

BMJ Best Practice

Bronquite aguda

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Critérios de diagnóstico	13
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Novidades	22
Acompanhamento	23
Recomendações	23
Complicações	23
Prognóstico	24
Diretrizes	25
Diretrizes de diagnóstico	25
Diretrizes de tratamento	25
Referências	27
Aviso legal	31

Resumo

- ◇ A tosse tipicamente piora à noite ou durante a prática de exercícios; duração >2 semanas em 50% dos pacientes e 4 semanas em 25% dos pacientes; pode estar associada a broncoespasmos e/ou produção excessiva de muco.
- ◇ O diagnóstico é essencialmente clínico. Outras causas de tosse aguda, como pneumonia, asma ou gotejamento pós-nasal, devem ser descartadas em caso de suspeita.
- ◇ O tratamento visa a reduzir os sintomas até que a infecção seja revertida ou as lesões brônquicas sejam reparadas. Antibióticos não são recomendados para a maioria dos pacientes.
- ◇ Complicações são raras; a principal é uma síndrome pós-bronquite capaz de produzir tosse que se prolonga por vários meses.

Definição

A bronquite aguda é definida como uma infecção do trato respiratório inferior autolimitada, o que a diferencia de resfriados comuns e de outras doenças do trato respiratório superior. Bronquite refere-se especificamente a infecções que causam a inflamação dos brônquios (vias aéreas); pneumonia, por sua vez, denota uma infecção no parênquima pulmonar que resulta na consolidação do segmento ou lobo afetado.

Embora não haja uma definição universalmente aceita para a bronquite aguda, os critérios propostos por MacFarlane oferecem uma abordagem prática: (a) doença aguda com duração <21 dias; (b) tosse como sintoma predominante; (c) pelo menos 1 outro sintoma no trato respiratório inferior, como produção de escarro, sibilância, dor torácica; (d) ausência de explicação alternativa para os sintomas.[1] Embora os critérios de MacFarlane determinem que os sintomas geralmente duram <3 semanas, outros estudos mostraram que a tosse pode se prolongar por >30 dias em cerca de um quarto dos pacientes com bronquite aguda.[2] Logo, a bronquite aguda ainda poderá estar presente em pacientes com tosse com duração >1 mês.

Este tópico aborda a bronquite aguda em adultos.

Epidemiologia

Uma das doenças mais comuns encontradas na prática clínica. A bronquite aguda figura entre os diagnósticos ambulatoriais mais comuns em adultos, com aproximadamente 100 milhões (10%) de consultas em atendimento ambulatorial nos EUA anualmente.[3] No Reino Unido, as infecções do trato respiratório correspondem a 300 a 400 consultas por 1000 pacientes a cada ano.[4] A maior incidência ocorre no outono e inverno.

Etiologia

A maioria dos casos de bronquite aguda é causada por infecções virais. Os vírus mais comuns envolvidos na bronquite aguda são os mesmos que causam doenças do trato respiratório superior, como coronavírus, rinovírus, vírus sinciciais respiratórios e adenovírus. Em algumas populações mais jovens de recrutas das forças armadas e estudantes universitários, foram isolados outros patógenos de pacientes com bronquite aguda, como *Chlamydia pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*. No entanto, esses patógenos foram identificados somente em uma minoria dos pacientes com bronquite aguda, não estando claro se esses agentes estão envolvidos na causa dos sintomas. A incerteza sobre a participação desses organismos é sustentada por um estudo que identificou o *Mycoplasma* em um subgrupo de pacientes que apresentaram bronquite aguda, mas que descobriu que o tratamento desses pacientes com um macrolídeo não resultou em uma recuperação mais rápida do que a de pacientes sem *Mycoplasma* tratados com o mesmo antibiótico.[5] Raramente, pode-se observar a presença de *Bordetella bronchiseptica*, mas, até o momento, só foi relatada em indivíduos imunocomprometidos.[6]

Fisiopatologia

Os sintomas da bronquite aguda são causados pela inflamação aguda da parede brônquica, que causa aumento da produção de muco e edema dos brônquios. Isso causa tosse produtiva, que é característica de infecções do trato respiratório inferior. Enquanto a infecção pode desaparecer após alguns dias, a regeneração da parede brônquica pode levar várias semanas. Durante o período de regeneração, os

pacientes continuam a tossir. Estudos da função pulmonar de pacientes com bronquite aguda demonstram obstrução brônquica semelhante à da asma. À medida que os sintomas de bronquite aguda regredem, a função pulmonar retorna ao normal.

Metade de todos os pacientes com bronquite aguda continua a tossir por >2 semanas.^[2] Em um quarto dos pacientes, a tosse pode durar >1 mês. Isso é conhecido como síndrome pós-bronquite. Esse período provavelmente reflete a regeneração contínua das paredes brônquicas após o desaparecimento da infecção aguda.

Prevenção primária

Aconselhar pacientes fumantes a deixar de lado o hábito do tabagismo é a abordagem mais eficaz à prevenção da bronquite aguda. Além disso, há evidências de que o uso de vitaminas A e D poderia reduzir o risco de bronquite aguda e outras infecções respiratórias.[8] [9] [10]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher com 34 anos de idade e sem doença pulmonar subjacente conhecida apresentou uma história de 12 dias de tosse que evoluiu com produção de escarro. Inicialmente, não havia dispneia, mas agora ela sente falta de ar após a realização de algum esforço físico. Inicialmente ela apresentou congestão nasal e faringite leve, mas agora os sintomas estão todos relacionados a tosse produtiva sem paroxismos. A paciente nega contato com pessoas doentes. No exame físico, ela não apresenta dificuldade respiratória e está afebril, com sinais vitais normais. Não se observou qualquer sinal de infecção do trato respiratório superior (ITRS). Sibilos dispersos estão presentes de forma difusa na ausculta pulmonar.

Outras apresentações

A bronquite aguda também pode se apresentar na forma de uma sibilância que lembra a asma, com tosse mínima ou somente tosse noturna. Embora a maior parte dos pacientes com bronquite aguda apresente tosse produtiva, pacientes nos estágios posteriores da doença poderão desenvolver tosse não produtiva.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é principalmente clínico. São realizadas investigações para descartar outras causas dos sintomas.

História

Os pacientes geralmente apresentam tosse, que pode ser produtiva, e sintomas sugestivos de obstrução brônquica (como sibilo intermitente ou dispneia). No entanto, o ponto-chave é que a tosse e os sintomas de obstrução brônquica são agudos e estão relacionados a outros sinais de infecção respiratória, como rinorreia, faringite e febre baixa. Não há definição aceita universalmente para bronquite aguda. Os critérios sugeridos por MacFarlane determinam que a doença aguda dura <21 dias.[1] No entanto, a duração da tosse é >2 semanas em 50% dos pacientes e pode durar até 4 semanas em 25% dos pacientes.[2]

É importante investigar os sintomas de condições respiratórias crônicas (como asma) e outras infecções do trato respiratório inferior, como pneumonia (dispneia, tosse, dor torácica pleurítica, febre, calafrios, mal-estar e hemoptise). Em pacientes cuja tosse progrediu além de 30 dias também se deve suspeitar de distúrbio inflamatório pulmonar crônico (sarcoidose, síndrome de Goodpasture) ou malignidade (câncer pulmonar), especialmente se a hemoptise ou outros sintomas sistêmicos, como perda de peso, estiverem presentes.

Diversos medicamentos ou exposições ambientais também podem provocar tosse aguda. Entre eles, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) ou exposições ocupacionais a pó/poeira ou produtos químicos. Em muitos desses casos, como pode ser o uso de inibidores da ECA, a tosse não é produtiva. Nas exposições ocupacionais, os sintomas geralmente se limitam a tosse, sem nenhum outro sintoma sistêmico, como febre, cefaleia ou letargia.

Há um número limitado de evidências para uma associação entre a poluição doméstica do ar (derivada do uso de combustível sólido doméstico) e o risco de infecção aguda do trato respiratório inferior.[7]

Exame físico

O exame físico pode revelar sinais de infecção do trato respiratório superior, como coriza, congestão nasal e hiperemia faríngea. Pode haver também evidência de obstrução brônquica (o que pode incluir fase expiratória prolongada) e sibilância, que pode ser causada por expiração forçada na posição prona ou por roncos. A presença de estertores ao exame físico sugere a necessidade de investigação de pneumonia ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

Testes de função pulmonar (TFPs)

Não se recomenda realizar testes de função pulmonar em pacientes com bronquite aguda. Caso um teste desse tipo seja feito em função de suspeita de asma subjacente, os médicos deverão estar cientes de que pacientes com bronquite aguda apresentarão obstrução brônquica leve a moderada que desaparece com a resolução da infecção, não devendo ser confundida com asma. Se houver suspeita de asma subjacente, os TFPs devem ser protelados até o paciente se recuperar totalmente da infecção.

Investigações laboratoriais

Não são necessários exames laboratoriais no diagnóstico da bronquite aguda. Em especial, o exame do escarro por coloração de Gram ou cultura não é útil. Se houver suspeita de outros diagnósticos (por exemplo, pneumonia), podem-se indicar exames laboratoriais para confirmá-los.

No Reino Unido, a Public Health England recomenda que a proteína C-reativa seja solicitada caso a antibioticoterapia seja considerada para ajudar a orientar o tratamento.[11]

Exames por imagem

Exames rotineiros de imagem não são indicados na suspeita de bronquite aguda. Nas situações em que outras doenças respiratórias possam estar presentes, como pneumonia, ICC ou bronquiectasia, ou na presença de hemoptise,[12] devem ser realizados os estudos de imagem adequados. No entanto, o objetivo deve ser descartar outras causas da tosse, e não confirmar a bronquite aguda.

Novas investigações

A procalcitonina é um novo biomarcador promissor para o diagnóstico de infecções bacterianas, pois tende a ser maior em infecções bacterianas graves e baixa em infecções virais. A Food and Drug Administration dos EUA aprovou a procalcitonina como um teste para orientar a antibioticoterapia em pacientes com infecções agudas do trato respiratório. Uma revisão Cochrane dos estudos que utilizam procalcitonina para diferenciar entre infecções respiratórias bacterianas e virais pode indicar um valor na redução do uso de antibióticos para essa doença. Embora a maioria dos pacientes do estudo tenha tido pneumonia, sepse ou outra infecção potencialmente grave, o estudo incluiu um subgrupo de pacientes que apresentaram bronquite aguda e reduziram o uso de antibióticos quando esse teste foi usado. São necessárias pesquisas adicionais.[13]

Fatores de risco

Fortes

exposição à infecção bacteriana atípica ou viral

- Como a bronquite aguda está relacionada a doenças virais e infecções bacterianas atípicas, a exposição é o maior risco para a doença. Ela é responsável pelo aumento sazonal nos meses de inverno e em pacientes expostos a contatos próximos que estão doentes com infecção respiratória.

Fracos

tabagismo

- Apesar de o tabagismo possuir correlação muito clara com a bronquite crônica e com o agravamento da asma, é escassa a quantidade de evidências na população de que o tabagismo aumenta o risco de bronquite aguda. No entanto, por conta da inflamação brônquica subjacente presente nos fumantes, existe a hipótese de que estes apresentam maior probabilidade de manifestar episódios mais graves e precisem buscar ajuda médica ao desenvolverem bronquite aguda.

exposição à poluição doméstica

- Há um número limitado de evidências para uma associação entre a poluição doméstica do ar (derivada do uso de combustível sólido doméstico) e o risco de infecção aguda do trato respiratório inferior.[7]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Fatores de risco importantes incluem tabagismo e exposição a infecções.

duração da tosse <30 dias (comum)

- Pacientes com bronquite aguda normalmente apresentam tosse com duração <30 dias; porém, alguns estudos mostraram que a tosse pode durar por >30 dias em cerca de um quarto dos pacientes.[2] Consequentemente, a bronquite aguda ainda pode estar presente em pacientes com tosse persistente por >1 mês.

tosse produtiva (comum)

- A tosse pode ser produtiva com escarro transparente, branco ou com coloração alterada.

ausência de história de doença respiratória crônica (comum)

- A bronquite aguda deve ser diagnosticada somente em pacientes em que problemas respiratórios subjacentes, como asma, tiverem sido excluídos como causas. A principal diferença entre asma e bronquite aguda é a cronicidade do broncoespasmo. Na asma, os broncoespasmos são recorrentes e progressivos.

exclusão de outras doenças respiratórias e cardíacas como causa dos sintomas (comum)

- A bronquite aguda poderá ser diagnosticada uma vez que outras doenças, como pneumonia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e gotejamento pós-nasal, sejam descartadas como causas. Estertores ao exame físico sugerem pneumonia ou ICC.

Outros fatores de diagnóstico

febre (comum)

- Febre baixa pode estar presente.

sibilos (incomum)

- Pode haver sibilância, especialmente na expiração forçada.

roncos (incomum)

- Roncos podem estar presentes.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • A bronquite aguda é geralmente diagnosticada clinicamente, embora possam ser necessários exames para excluir outros diagnósticos como asma ou pneumonia. 	características de bronquite aguda

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
testes de função pulmonar (TFPs) <ul style="list-style-type: none"> • Não recomendado em pacientes com bronquite aguda, mas pode ser útil na avaliação da asma; a função pulmonar melhorará com o tempo na bronquite aguda. 	obstrução brônquica leve/moderada
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser útil para descartar a pneumonia como causa de tosse e febre. 	normal
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser prescrito caso a antibioticoterapia seja considerada para auxiliar no tratamento.^[11] 	<20 mg/L (sem antibiótico); 20-100 mg/L (antibiótico tardio); >100 mg/L (antibiótico imediato)

Novos exames

Exame	Resultado
procalcitonina <ul style="list-style-type: none"> Um novo biomarcador promissor para o diagnóstico de infecções bacterianas, pois tende a ser maior em infecções bacterianas graves e baixa em infecções virais. A Food and Drug Administration dos EUA aprovou a procalcitonina como um teste para orientar a antibioticoterapia em pacientes com infecções agudas do trato respiratório. Uma revisão Cochrane dos estudos que utilizam procalcitonina para diferenciar entre infecções respiratórias bacterianas e virais pode indicar um valor na redução do uso de antibióticos para essa doença. Embora a maioria dos pacientes do estudo tenha tido pneumonia, sepse ou outra infecção potencialmente grave, o estudo incluiu um subgrupo de pacientes que apresentaram bronquite aguda e reduziram o uso de antibióticos quando esse teste foi usado. São necessárias pesquisas adicionais.^[13] 	elevado

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com pneumonia frequentemente cursam com febre mais alta que pacientes com bronquite aguda, podem parecer mais doentes e apresentar estertores ao exame dos pulmões. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia torácica detectará um infiltrado de pneumonia que não estará presente na bronquite aguda.
Rinite alérgica	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com rinite alérgica muitas vezes apresentam gotejamento pós-nasal causador de tosse. Ao exame físico, a rinite aguda deve ser evidente no exame nasal e com base na drenagem faríngea posterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma.
Asma	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com asma possuem sibilância bilateral. A principal diferença entre a asma e a bronquite aguda é a cronicidade dos broncoespasmos. Na asma, os broncoespasmos são recorrentes e progressivos. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste de função pulmonar (TFP) pode ser útil entre episódios de bronquite aguda para diagnosticar a asma em pacientes com achados obstrutivos residuais.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Coqueluche	<ul style="list-style-type: none"> A tosse possui um guincho característico em crianças com coqueluche, embora ele geralmente não esteja presente em adolescentes e adultos com a infecção. 	<ul style="list-style-type: none"> Culturas, reações em cadeia da polimerase ou testes de anticorpos fluorescentes diretos para Bordetella pertussis serão positivos.
insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com ICC podem tossir, mas também apresentam outros sinais e sintomas, como dispneia ao esforço, ortopneia, estertores no exame dos pulmões, edema periférico, pressão venosa jugular elevada e história de problemas cardíacos. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia torácica mostra congestão vascular pulmonar e também pode mostrar cardiomegalia na ICC.
Esofagite de refluxo	<ul style="list-style-type: none"> As aspirações da esofagite de refluxo podem causar uma tosse não produtiva que geralmente é de natureza crônica. Queimação e dor torácica características do refluxo podem ser úteis para diferenciá-lo da bronquite aguda. Quando houver presença de sibilância, muitas vezes ela ocorrerá apenas à direita, onde a aspiração é mais comum. 	<ul style="list-style-type: none"> A endoscopia digestiva alta pode mostrar inflamação esofágica ou erosões com refluxo. A monitoração do pH também pode ser útil para detectar ácido no esôfago distal.
Infecção do trato respiratório superior/ resfriado comum	<ul style="list-style-type: none"> Infecções do trato respiratório superior causadas por vírus e bronquite aguda podem ser indistinguíveis. Na verdade, muitos defendem chamar a bronquite aguda de "resfriado", de forma a sinalizar que a bronquite viral é simplesmente uma extensão de uma doença do trato respiratório superior. A tosse produtiva de um resfriado comum pode ser causada pela inflamação da traqueia ou da árvore brônquica ou, ainda, decorrente de drenagem pós-nasal de uma infecção do trato respiratório superior. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Síndrome da tosse das vias aéreas superiores	<ul style="list-style-type: none"> Tosse ≥ 8 semanas (geralmente seca). Uma sensação desagradável na garganta é a principal característica de diagnóstico. Gotejamento pós-nasal. O exame orofaríngeo revela um aspecto pavimentoso na parede orofaríngea posterior e nas estruturas locais das vias aéreas superiores. 	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ao teste de terapia empírica com um anti-histamínico de primeira geração associado a descongestionante dentro de 2 semanas.
Medicamentos/exposições ambientais	<ul style="list-style-type: none"> Diversos medicamentos ou exposições ambientais também podem causar tosse aguda. Entre eles, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) ou exposições ocupacionais a pó/poeira ou produtos químicos. Em muitos desses casos, como pode ser o uso de inibidores da ECA, a tosse não é produtiva. Nas exposições ocupacionais, os sintomas geralmente se limitam a tosse, sem nenhum outro sintoma sistêmico, como febre, cefaleia ou letargia. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum; o diagnóstico deve ser feito com base na história de exposição a agentes que podem causar tosse.
Câncer pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas persistem além de 30 dias. Podem ser observados sinais de hemoptise e/ou sistêmicos, como perda de peso e inapetência. 	<ul style="list-style-type: none"> Tomografia computadorizada (TC) ou radiografia do tórax podem detectar lesão. A broncoscopia pode detectar lesão brônquica.

Critérios de diagnóstico

Bronquite aguda^[1]

Os critérios de MacFarlane oferecem uma abordagem prática:

- Doença aguda < 21 dias
- Tosse como sintoma predominante
- Pelo menos 1 outro sintoma do trato respiratório inferior, como produção de escarro, sibilância, dor torácica
- Nenhuma explicação alternativa para os sintomas.

Abordagem passo a passo do tratamento

As estratégias de tratamento são direcionadas à minimização dos sintomas até a resolução da doença. Para muitos pacientes com pouca tosse, incapaz de prejudicar as atividades diárias ou o sono, a melhor abordagem pode ser não oferecer tratamento. Para pacientes com sintomas significativos que desejem receber tratamento, os medicamentos para reduzir os sintomas incluem antitussígenos ou broncodilatadores. Mucolíticos, corticosteroides e antibióticos possuem eficácia limitada no tratamento de pacientes com bronquite aguda.[14] Se houver febre, antipiréticos podem ser úteis para aumentar o conforto do paciente.

A instrução do paciente sobre a bronquite aguda como uma doença autolimitada que, geralmente, desaparece em 1 a 3 semanas sem tratamento, pode ajudar na satisfação do paciente.

Tratamento sintomático

O tratamento de pacientes com bronquite aguda pode incluir uso de antitussígenos, ou se houver sibilância, um broncodilatador. A opção por usar um broncodilatador ou um antitussígeno deve basear-se na experiência prévia do paciente, se os sintomas estão relacionados a atividades e se os sintomas são do tipo sibilância pura (nesse caso, um broncodilatador pode ser eficaz) ou focados principalmente no desconforto associado à tosse frequente (caso em que um antitussígeno pode ser mais útil).

Além disso, médicos e pacientes devem levar em consideração os possíveis efeitos adversos do tratamento e como eles poderiam afetar as atividades do paciente no dia a dia. Para indivíduos cujos trabalhos ou atividades de lazer envolvam coordenação motora fina, o uso de beta-agonistas poderia produzir tremores mais incômodos que a tosse. Da mesma forma, para indivíduos que precisam permanecer alertas durante o dia, o uso de codeína ou outro antitussígeno que contenha opioides pode ser contraindicado.

Os pacientes podem se enquadrar em mais de uma categoria de sintomas na evolução de suas doenças. Nesses casos, uma nova terapia pode ser adicionada à terapia previamente prescrita ou, caso seja determinado que a terapia anterior foi ineficaz, ela deverá ser interrompida e uma opção diferente deverá ser considerada. Efeitos adversos e interações de broncodilatadores, antitussígenos e antibióticos devem levados em consideração antes da prescrição de tratamento adicional.

Pacientes com sintomas significativos relacionados a sibilância, tosse associada ao aumento das atividades ou tosse noturna

O uso de salbutamol baseia-se na observação de que os testes de função pulmonar (TFPs) em pacientes com bronquite aguda assemelham-se aos de pacientes com asma leve/moderada e que o salbutamol pode reverter comprometimentos do VEF1 em pacientes com bronquite aguda.[2] [15] Em pacientes com bronquite aguda que apresentam sibilância, o salbutamol mostrou ser útil na redução da tosse e da sibilância. No entanto, esse benefício em potencial não é amparado pelos dados disponíveis e deve ser ponderado com relação aos efeitos adversos associados ao seu uso.[16]

Pacientes com tosse que atrapalha as atividades diárias

Antitussígenos podem ser tratamentos eficazes no manejo do quadro agudo de tosse intensa. Muitas vezes, eles são combinados com outros agentes, como a guaifenesina (um expectorante) [17] ou anti-histamínicos, mas os benefícios destes últimos na bronquite aguda não foram comprovados. A codeína e o dextrometorfano apresentam potencial para abuso e dependência.

Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, só devem ser usados em adultos maiores de 18 anos, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse em pacientes mais jovens.[18]

Antibioticoterapia

A maioria das principais agências reguladoras não recomenda o uso da antibioticoterapia empírica na bronquite aguda, já que esta geralmente é causada por um vírus, e o uso inapropriado de antibióticos pode resultar em eventos adversos e contribuir para a resistência antimicrobiana. Consulte as orientações locais para auxiliar nas decisões de tratamento, inclusive a escolha do antibiótico.

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças e o American College of Physicians não recomendam o tratamento rotineiro com antibióticos na bronquite aguda não complicada na ausência de pneumonia.[3]

No Reino Unido, a Public Health England (PHE) também não recomenda o tratamento com antibióticos para a bronquite aguda em pacientes sem comorbidades, embora ela recomende antibióticos nos seguintes grupos de pacientes:[11]

- Pacientes com idade ≥ 80 anos com uma das histórias abaixo ou pacientes com idade ≥ 65 anos com duas das histórias abaixo:
 - Internação no último ano
 - Uso de corticosteroides orais
 - Diabetes insulínica
 - Distúrbio neurológico grave/AVC
 - Insuficiência cardíaca congestiva.

A PHE recomenda que a proteína C-reativa seja solicitada caso a antibioticoterapia seja considerada para ajudar a orientar o tratamento. Os antibióticos não são recomendados se a proteína C-reativa for <20 mg/L e se os sintomas estiverem presentes há mais de 24 horas. Os antibióticos tardios são recomendados se a proteína C-reativa for 20-100 mg/L, e os antibióticos imediatos são recomendados se a proteína C-reativa for >100 mg/L. [11]

Uma prescrição protelada de antibióticos pode ser considerada junto com aconselhamento sobre a história natural da doença e os tratamentos sintomáticos. Outras estratégias incluem a tomada de decisão compartilhada e antibioticoterapia orientada por procalcitonina.[19] O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido dá suporte a uma estratégia de prescrição sem antibióticos (ou com antibióticos protelados).[20] Um estudo de coorte envolvendo 28,883 participantes revelou que a prescrição protelada pode resultar em um número reduzido de repetição de consultas em caso de piora da doença.[21] Outros estudos também dão suporte ao uso de estratégias de prescrição protelada, pois elas estão associadas a uma redução no uso de antibióticos em comparação com a prescrição imediata.[22] [23] Uma revisão Cochrane constatou que o antibiótico tardio alcançou taxas mais baixas de uso de antibióticos (31%), comparado ao antibiótico imediato (93%), com taxas similares de satisfação do paciente.[24]

Outra revisão Cochrane de 17 ensaios clínicos (3936 participantes) mostrou que existem evidências limitadas que suportem o uso de antibióticos no tratamento de bronquite aguda. Alguns pacientes podem se recuperar mais rapidamente com o tratamento com antibióticos; porém, a diferença (meio dia ao longo

de um período de 8 a 10 dias) não foi considerada significativa. Antibióticos podem apresentar um efeito benéfico em alguns pacientes (por exemplo, idosos, com comorbidades existentes); porém, isso deve ser ponderado em relação aos possíveis efeitos adversos e à contribuição para o desenvolvimento de resistência.[25]

A despeito dessas recomendações, a prescrição inapropriada de antibióticos em infecções respiratórias agudas é generalizada. A bronquite aguda resulta em mais prescrições inapropriadas de antibióticos que qualquer outra infecção do trato respiratório aguda.[3] Um estudo alemão revelou que 78% das prescrições de antibióticos para bronquite aguda não estavam de acordo com as recomendações de diretrizes locais.[26] Da mesma forma, um estudo australiano descobriu que os antibióticos são prescritos de 4 a 9 vezes mais que o recomendado pela orientação local.[27]

Tratamento da tosse persistente

A avaliação em busca de outras causas de tosse persistente deve ser considerada. Uma história cuidadosa que permita investigar exposições ocupacionais ou ambientais pode ajudar a indicar se os inalantes são a causa da tosse. Em pacientes com fatores de risco ou outras suspeitas de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), pode ser necessário um teste empírico com um antagonista H2 ou inibidor da bomba de prótons.

Pacientes adultos cuja tosse persiste por >3 ou 4 semanas podem beneficiar-se do tratamento com um broncodilatador beta-agonista de ação curta, embora o uso rotineiro de beta-agonistas para tosse crônica associada à bronquite aguda não seja recomendado.[16] Antibióticos não são indicados simplesmente por causa de uma duração prolongada de tosse na bronquite aguda, mas podem ser considerados para determinados pacientes.

Não há evidências de que o uso de corticosteroides, tanto inalatórios quanto sistêmicos, seja eficaz para a tosse pós-bronquite. Um ensaio clínico randomizado e controlado que comparou um ciclo de 5 dias de prednisolona a placebo constatou que não houve diferença na duração da tosse, gravidade dos sintomas ou pico de fluxo em adultos com tosse aguda e pelo menos um sintoma no trato respiratório inferior e nenhuma indicação de tratamento com antibióticos. Os autores concluíram que os corticosteroides orais não devem ser usados nesses casos em pacientes sem asma.[28]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)	
sem sibilância significativa, tosse associada a aumento da atividade ou tosse noturna	
1a	observação
com sibilância significativa, tosse associada a aumento da atividade ou tosse noturna	

Agudo		(resumo)
	1a	broncodilatador beta-agonista de ação curta
	adjunto	antitussígenos

Em curso		(resumo)
tosse persistente por mais de 4 semanas		
	1a	avaliar outras causas
	adjunto	broncodilatador beta-agonista de ação curta
	adjunto	considerar tratamento com antibióticos imediato ou tardio

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

sem sibilância significativa, tosse associada a aumento da atividade ou tosse noturna

1a

observação

» Como a bronquite aguda está mais comumente associada a infecções por mediação viral, as estratégias de tratamento são direcionadas à minimização dos sintomas até a resolução da doença. Para muitos pacientes com pouca tosse, incapaz de prejudicar as atividades diárias ou interromper o sono, a melhor abordagem pode ser não oferecer tratamento. Se houver febre, antipiréticos podem ser úteis para aumentar o conforto do paciente.

» A instrução do paciente sobre a bronquite aguda como uma doença autolimitada que, geralmente, desaparece em 1 a 3 semanas sem tratamento, pode ajudar na satisfação do paciente.

com sibilância significativa, tosse associada a aumento da atividade ou tosse noturna

1a

broncodilatador beta-agonista de ação curta

Opções primárias

» **salbutamol**: 100-200 microgramas (1-2 puffs) por via inalatória a cada 4-6 horas quando necessário; 2.5 mg nebulizados a cada 4-6 horas quando necessário

» O salbutamol pode ser usado para terapia presuntiva de pacientes com sibilância. No entanto, esse benefício em potencial não é amparado pelos dados disponíveis e deve ser ponderado com relação aos efeitos adversos associados ao seu uso.^[16]

» Seu uso está associado a reduções na frequência da tosse em 1 semana e na melhora geral dos sintomas em 1 semana.^{[29] [30]} A combinação de salbutamol com um antibiótico não mostrou benefícios adicionais em relação ao salbutamol isolado,^[29] embora os desfechos >1 semana não tenham sido estudados. Os benefícios do tratamento devem ser ponderados

Agudo

adjunto

por conta dos efeitos adversos (agitação e tremores), que podem ser mais incômodos para o paciente que a tosse em si.

antitussígenos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dextrometorfano**: 20 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário; ou 30 mg a cada 6-8 horas quando necessário; máximo de 120 mg/dia

OU

» **fosfato de codeína**: 15-30 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 120 mg/dia

» Antitussígenos podem ser tratamentos eficazes no manejo do quadro agudo de tosse intensa. Muitas vezes, eles são combinados com outros agentes, como a guaifenesina (um expectorante) ou anti-histamínicos, mas os benefícios destes últimos na bronquite aguda não foram comprovados. A codeína e o dextrometorfano apresentam potencial para abuso e dependência.

» Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, só devem ser usados em adultos maiores de 18 anos, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse em pacientes mais jovens.[18]

Em curso

tosse persistente por mais de 4 semanas

1a

avaliar outras causas

- » A avaliação em busca de outras causas de tosse persistente deve ser considerada.
- » Uma história cuidadosa que permita investigar exposições ocupacionais ou ambientais pode ajudar a indicar se os inalantes são a causa da tosse.
- » Em pacientes com fatores de risco ou outras suspeitas de sintomas de doença do refluxo

Em curso

adjunto

gastroesofágico (DRGE), pode ser necessário um teste empírico com um antagonista H2 ou inibidor da bomba de prótons.

broncodilatador beta-agonista de ação curta

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **salbutamol por via inalatória:** 100-200 microgramas (1-2 puffs) por via inalatória a cada 4-6 horas quando necessário; 2.5 mg nebulizados a cada 4-6 horas quando necessário

» O salbutamol pode ser usado para sibilância em pacientes com sintomas persistentes. No entanto, esse benefício em potencial não é amparado pelos dados disponíveis e deve ser ponderado com relação aos efeitos adversos associados ao seu uso.[16]

» Seu uso está associado a reduções na frequência da tosse em 1 semana e na melhora geral dos sintomas em 1 semana.[29] [30]

» A combinação de salbutamol com um antibiótico não mostrou benefícios adicionais em relação ao salbutamol isolado,[29] embora os desfechos >1 semana não tenham sido estudados.

» Os benefícios do tratamento devem ser ponderados por conta dos efeitos adversos (agitação e tremores), que podem ser mais incômodos para o paciente que a tosse em si.

adjunto

considerar tratamento com antibióticos imediato ou tardio

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A maioria das principais agências reguladoras não recomenda o uso da antibioticoterapia empírica na bronquite aguda, já que esta geralmente é causada por um vírus, e o uso inapropriado de antibióticos pode resultar em eventos adversos e contribuir para a resistência antimicrobiana. Consulte as orientações locais para auxiliar nas decisões de tratamento, inclusive a escolha do antibiótico.

» Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças e o American College of Physicians não recomendam o tratamento rotineiro com antibióticos na bronquite aguda não complicada na ausência de pneumonia.[3]

Em curso

» No Reino Unido, a Public Health England também não recomenda o tratamento com antibióticos para a bronquite aguda em pacientes sem comorbidades, embora ela recomende antibióticos em pacientes com ≥ 80 anos de idade com uma das histórias a seguir ou em pacientes com ≥ 65 anos de idade com duas das histórias a seguir: hospitalização no último ano, uso de corticosteroide oral, diabetes insulino dependente, distúrbio neurológico grave/ AVC ou insuficiência cardíaca congestiva. Ela também recomenda que a proteína C-reativa seja usada para orientar a terapia.[11]

» A prescrição protelada pode ser considerada juntamente com aconselhamento sobre a história natural da doença e tratamentos sintomáticos.[20] Outras estratégias incluem a tomada de decisão compartilhada e antibioticoterapia orientada por procacitonina.[19]

» Um estudo de coorte revelou que a prescrição protelada pode resultar em um número reduzido de repetição de consultas em caso de piora da doença.[21] Outros estudos também dão suporte ao uso de estratégias de prescrição protelada, pois elas estão associadas a uma redução no uso de antibióticos em comparação com a prescrição imediata.[22] [23] Uma revisão Cochrane constatou que o antibiótico tardio alcançou taxas mais baixas de uso de antibióticos (31%), comparado ao antibiótico imediato (93%), com taxas similares de satisfação do paciente.[24]

» Outra revisão Cochrane de 17 ensaios clínicos (3936 participantes) mostrou que existem evidências limitadas que suportem o uso de antibióticos no tratamento de bronquite aguda. Alguns pacientes podem se recuperar mais rapidamente com o tratamento com antibióticos; porém, a diferença (meio dia ao longo de um período de 8 a 10 dias) não foi considerada significativa. Antibióticos podem apresentar um efeito benéfico em alguns pacientes (por exemplo, idosos, com comorbidades existentes); porém, isso deve ser ponderado em relação aos possíveis efeitos adversos e à contribuição para o desenvolvimento de resistência.[25]

Novidades

Medicamentos alternativos/fitoterápicos

Vários produtos naturais foram estudados para o tratamento de bronquite aguda. Com base em um pequeno número de estudos realizados no leste europeu, o *Pelargonium sidoides* (também conhecido como EPs 7630) mostrou reduzir a duração e a intensidade dos sintomas de bronquite aguda.[31] [32] [33] [34] [35] Um pequeno ensaio clínico randomizado e controlado por placebo na China indicou que o uso de cápsulas de Gankeshuangqing pode reduzir os sintomas de bronquite aguda (chamada de síndrome vento-calor, segundo a medicina chinesa), sem relatos de eventos adversos.[36] Estudos adicionais sugerem que o extrato dessa hera pode reduzir os acessos de tosse e a tosse em geral em pacientes com bronquite aguda.[37] [38] Observou-se que o cineol (eucaliptol), o principal componente do óleo de eucalipto, aumenta a frequência dos batimentos mucociliares e tem efeitos broncodilatadores. Em um ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, descobriu-se que o cineol melhorou o escore dos sintomas de bronquite, devido à diminuição da tosse.[39] Resultados semelhantes foram obtidos em outro ensaio clínico randomizado e controlado de uma preparação contendo cineol, no qual os pacientes apresentaram redução de vários sintomas relacionados a tosse, incluindo tosse noturna, acessos de tosse e prejuízos em geral.[40] São necessários estudos adicionais para avaliar a eficácia e a segurança gerais desses produtos.

Recomendações

Monitoramento

O monitoramento de longo prazo de pacientes com bronquite aguda raramente é necessário. Na maioria dos pacientes, os sintomas remitem em algumas semanas. Em pacientes com síndrome pós-bronquite, podem ser necessárias avaliações adicionais para descartar outras causas de tosse crônica, como asma, gotejamento pós-nasal, refluxo gastroesofágico, uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) ou infecções (por exemplo, tuberculose [TB]).

Instruções ao paciente

A instrução do paciente sobre a bronquite aguda como uma doença autolimitada que, geralmente, desaparece em 1 a 3 semanas sem tratamento, pode ajudar na satisfação do paciente.

Para pacientes com sibilância que podem se beneficiar do uso de salbutamol, é importante que eles recebam instruções sobre o uso apropriado de um inalador dosimetrado. Quando usados adequadamente, broncodilatadores de ação curta aplicados por um inalador dosimetrado são tão eficazes quanto quando administrados por um nebulizador. Para usar um inalador dosimetrado de forma ideal, os pacientes devem segurá-lo ligeiramente afastado da boca para que o medicamento não cubra a língua nem o palato. A adição de um espaçador pode ajudar os pacientes que tenham dificuldade em utilizar o aparelho adequadamente, como crianças, adultos fragilizados ou pacientes com tremores.

Um episódio de bronquite aguda também cria a oportunidade de discutir o abandono do hábito de fumar com pacientes fumantes. Embora não haja evidências diretas da associação entre o uso de cigarros e a bronquite aguda, ainda assim essa é uma oportunidade de intervir no hábito de fumar.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
tosse crônica	curto prazo	baixa
Cerca de 25% dos pacientes tossirão por >4 semanas, enquanto que uma parcela desses tossirá por até 6 meses (síndrome pós-bronquite).[2] O tratamento para a tosse persistente deve ser com salbutamol ou broncodilatadores de ação curta semelhantes, conforme o necessário, até a resolução da tosse.		
pneumonia	curto prazo	baixa
A pneumonia é uma possível complicação da bronquite aguda e deve ser levada em consideração especialmente em idosos.		

Prognóstico

Duração da doença

Praticamente todos os pacientes com bronquite aguda se recuperam em até 6 semanas após os primeiros sintomas. Os pacientes geralmente retornam às funções plenas sem sintomas residuais após a bronquite aguda.

Recorrência

A recorrência de bronquite aguda é comum nos períodos subsequentes a infecções virais, especialmente em fumantes.

Oportunidades de aconselhamento

Haja vista que as infecções recorrentes são mais comuns em fumantes, os médicos podem usar o episódio de bronquite aguda como um estímulo para tentar motivar o paciente a parar de fumar.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Recommendations for the management of cough in adults

Publicado por: British Thoracic Society

Última publicação em:
2006

América do Norte

Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms

Publicado por: American College of Chest Physicians

Última publicação em:
2018

ACR appropriateness criteria: hemoptysis

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2014

Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines

Publicado por: American College of Chest Physicians

Última publicação em:
2006

Diretrizes de tratamento

Europa

Cough (acute): antimicrobial prescribing

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2019

Managing common infections: guidance for primary care

Publicado por: Public Health England

Última publicação em:
2017

Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2008

Recommendations for the assessment and management of cough in children

Publicado por: British Thoracic Society

Última publicação em:
2008

Europa

Recommendations for the management of cough in adults

Publicado por: British Thoracic Society

Última publicação em:
2006

América do Norte

Management of children with chronic wet cough and protracted bacterial bronchitis

Publicado por: American College of Chest Physicians

Última publicação em:
2017

Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care

Publicado por: American College of Physicians; Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2016

Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines

Publicado por: American College of Chest Physicians

Última publicação em:
2006

Artigos principais

- Harris AM, Hicks LA, Qaseem A, et al. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016;164:425-434. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 7;9:CD004417. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Smith SM, Fahey T, Smucny J, et al. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):CD000245. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. MacFarlane J, Holmes W, Gard P, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. *Thorax.* 2001;56:109-114. [Resumo](#)
2. Williamson HA Jr. Pulmonary function tests in acute bronchitis: evidence for reversible airway obstruction. *J Fam Pract.* 1987;25:251-256. [Resumo](#)
3. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A, et al. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016;164:425-434. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Gulliford MC, van Staa T, McDermott L, et al. Cluster randomised trial in the general practice research database: 1. electronic decision support to reduce antibiotic prescribing in primary care (eCRT study). *Trials.* 2011;12:115. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. King DE, Williams WC, Bishop L, et al. Effectiveness of erythromycin in the treatment of acute bronchitis. *J Fam Pract.* 1996;42:601-605. [Resumo](#)
6. Wernli D, Emonet S, Schrenzel J, et al. Evaluation of eight cases of confirmed *Bordetella bronchiseptica* infection and colonization over a 15-year period. *Clin Microbiol Infect.* 2011 Feb;17(2):201-3. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Jary H, Simpson H, Havens D, et al. Household air pollution and acute lower respiratory infections in adults: a systematic review. *PLoS One.* 2016 Dec 1;11(12):e0167656. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Chen H, Zhuo Q, Yuan W, et al. Vitamin A for preventing acute lower respiratory tract infections in children up to seven years of age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD006090. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Martineau AR, Jolliffe DA, Hooper RL, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2017;356:i6583. [Texto completo](#) [Resumo](#)

10. Ginde AA, Blatchford P, Breese K, et al. High-dose monthly vitamin D for prevention of acute respiratory infection in older long-term care residents: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:496-503. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Public Health England. Managing common infections: guidance for primary care. December 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
12. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: hemoptysis. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
13. Schuetz P, Wirz Y, Sager R, et al. Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Oct 12;10:CD007498. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: background. *Ann Intern Med*. 2001;134:521-529. [Resumo](#)
15. Melbye H, Kongerud J, Vorland L. Reversible airflow limitation in adults with respiratory infection. *Eur Resp J*. 1994; 7: 1239-1245. [Resumo](#)
16. Becker LA, Hom J, Villasis-Keever M, et al. Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD001726. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Prabhu Shankar S, Chandrashekhara S, Bolmall CS, et al. Efficacy, safety and tolerability of salbutamol + guaiphenesin + bromhexine (Ascoril) expectorant versus expectorants containing salbutamol and either guaiphenesin or bromhexine in productive cough: a randomised controlled comparative study. *J Indian Med Assoc*. 2010;108:313-314;316-318;320. [Resumo](#)
18. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA requires labeling changes for prescription opioid cough and cold medicines to limit their use to adults 18 years and older. January 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
19. Tonkin-Crine SK, Tan PS, van Hecke O, et al. Clinician-targeted interventions to influence antibiotic prescribing behaviour for acute respiratory infections in primary care: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 7;9:CD012252. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. National Institute for Health and Care Excellence. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics. July 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
21. Little P, Stuart B, Smith S, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. *BMJ*. 2017;357:j2148. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. de la Poza Abad M, Mas Dalmau G, Moreno Bakedano M, et al; Delayed Antibiotic Prescription Group. Prescription strategies in acute uncomplicated respiratory infections: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176:21-29. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Llor C, Bjerrum L. Antibiotic prescribing for acute bronchitis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2016;14:633-642. [Resumo](#)

24. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 7;9:CD004417. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Smith SM, Fahey T, Smucny J, et al. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):CD000245. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Kraus EM, Pelzl S, Szecsenyi J, et al. Antibiotic prescribing for acute lower respiratory tract infections (LRTI) - guideline adherence in the German primary care setting: an analysis of routine data. *PLoS One.* 2017;12:e0174584. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. McCullough AR, Pollack AJ, Plejdrup Hansen M, et al. Antibiotics for acute respiratory infections in general practice: comparison of prescribing rates with guideline recommendations. *Med J Aust.* 2017 Jul 17;207(2):65-69. [Resumo](#)
28. Hay AD, Little P, Harnden A, et al. Effect of oral prednisolone on symptom duration and severity in nonasthmatic adults with acute lower respiratory tract infection: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2017 Aug 22;318(8):721-730. [Resumo](#)
29. Hueston WJ. Albuterol delivered by metered-dose inhaler to treat acute bronchitis. *J Fam Pract.* 1994;39:437-440. [Resumo](#)
30. Hueston WJ. A comparison of albuterol and erythromycin for the treatment of acute bronchitis. *J Fam Pract.* 1991;33:476-480. [Resumo](#)
31. Timmer A, Günther J, Motschall E, et al. Pelargonium sidoides extract for acute respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10):CD006323. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Agbabiaka T, Guo R, Ernst E. Pelargonium sidoides for acute bronchitis: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine.* 2008;15:378-385. [Resumo](#)
33. Kamin W, Maydannik V, Malek FA, et al. Efficacy and tolerability of EPs 7630 in children and adolescents with acute bronchitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial with a herbal drug preparation from Pelargonium sidoides roots. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2010;48:184-191. [Resumo](#)
34. Kamin W, Maydannik VG, Malek FA, et al. Efficacy and tolerability of EPs 7630 in patients (aged 6-18 years old) with acute bronchitis. *Acta Paediatr.* 2010;99:537-543. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Matthys H, Lizogub VG, Malek FA, et al. Efficacy and tolerability of EPs 7630 tablets in patients with acute bronchitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled dose-finding study with a herbal drug preparation from Pelargonium sidoides. *Curr Med Res Opin.* 2010;26:1413-1422. [Resumo](#)
36. Ding HY, Zhang N-ZW, Chen B, et al. A multicentered, double-blind, randomized controlled trials of Gankeshuangqing Capsule in the treatment of wind-heat syndrome (acute upper respiratory infection or acute bronchitis). *Chin J Evid Based Med.* 2010;1:14-22.
37. Kemmerich B, Eberhardt R, Stammer H. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with

productive cough: a prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Arzneimittelforschung*. 2006;56:652-660. [Resumo](#)

38. Cwientzek U, Ottillinger B, Arenberger P. Acute bronchitis therapy with ivy leaves extracts in a two-arm study. A double-blind, randomised study vs. an other ivy leaves extract. *Phytomedicine*. 2011;18:1105-1109. [Resumo](#)
39. Fischer J, Dethlefsen U. Efficacy of cineole in patients suffering from acute bronchitis: a placebo-controlled double-blind trial. *Cough*. 2013;9:25. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Gillissen A, Wittig T, Ehmen M, et al. A multi-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial on the efficacy and tolerability of GeloMyrtol® forte in acute bronchitis. *Drug Res (Stuttg)*. 2013;63:19-27. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jun 13, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

William J. Hueston, MD

Senior Associate Dean for Academic Affairs

Professor of Family and Community Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI

DIVULGAÇÕES: WJH receives an honorarium for speaking at a board review course sponsored by the American Physicians' Institute on the subject of respiratory diseases, including acute bronchitis. He is also the author of a number of references cited in this monograph.

// Reconhecimentos:

Dr William J. Hueston would like to gratefully acknowledge Dr Ann M. Rodden, a previous contributor to this monograph. AMR declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

David L. Hahn, MD

Clinical Professor

School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin-Madison, WI

DIVULGAÇÕES: DLH declares that he has no competing interests.

Cristine Radojicic, MD

Staff Physician

Cleveland Clinic, Cleveland, OH

DIVULGAÇÕES: CR declares that she has no competing interests.

Philip W. Ind, BA (Cantab), MB BChir, MA (Cantab), FRCP

Consultant Physician

Honorary Senior Lecturer, Imperial College Healthcare Trust, Hammersmith Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: PWI declares that he has no competing interests.