

BMJ Best Practice

Resfriado comum

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
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	18
Abordagem passo a passo do tratamento	18
Visão geral do tratamento	21
Opções de tratamento	22
Novidades	26
Acompanhamento	27
Recomendações	27
Complicações	27
Prognóstico	28
Diretrizes	29
Diretrizes de tratamento	29
Recursos online	30
Referências	31
Aviso legal	38

Resumo

- ◇ A maior parte da população apresenta pelo menos um episódio por ano; esses episódios geralmente são autolimitados e remitem em poucos dias.
- ◇ Geralmente, o diagnóstico é clínico, baseado na história e no exame físico. Pode ser necessário realizar investigações se os sintomas se agravarem ou não remitem no prazo habitual.
- ◇ O tratamento inclui a tranquilização de que esta é uma condição autolimitada, repouso, ingestão adequada de líquidos e analgésico/antipirético para dor/febre. Antibióticos não são recomendados.
- ◇ Descongestionantes e/ou anti-histamínicos podem ajudar na redução dos sintomas nasais em adultos; no entanto, as evidências são limitadas, e esses tratamentos geralmente não são recomendados em crianças pequenas. Antitussígenos podem ser usados para tosse; no entanto, não há nenhuma evidência que respalde ou refute a sua utilização. Opioides não são recomendados para este fim em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade.
- ◇ As complicações incluem infecções bacterianas, como otite média, sinusite ou pneumonia.

Definição

Uma inflamação aguda e autolimitada da mucosa do trato respiratório superior que pode envolver de forma isolada ou simultaneamente o nariz, a garganta, os seios nasais e a laringe. O quadro clínico raramente caracteriza-se por um conjunto distinto de sintomas específicos; a doença varia conforme o indivíduo e o patógeno causador. Ocasionalmente, há uma disseminação para o trato respiratório inferior. Os sintomas incluem a faringite, espirros, congestão nasal e/ou coriza, cefaleia, tosse, mal-estar e febre baixa. A condição está associada a mais de 200 subtipos de vírus.

Epidemiologia

Por ano, as crianças têm cerca de 6 a 8 resfriados, e os adultos, de 2 a 4.[2] [3] [4] [5] [6] Adultos que têm contato com crianças pegam mais resfriados que os que não têm contato com crianças.[7] Infecções do trato respiratório superior, congestões nasais, queixas da garganta e tosse são responsáveis por 11% das consultas de clínica geral em países ocidentais.[2] O resfriado comum é a doença aguda mais frequente nos EUA, responsável por aproximadamente 37 milhões (3%) das consultas em atendimento ambulatorial anualmente.[8] Um estudo realizado nos EUA revelou que 23.6% dos adultos tiveram algum tipo de resfriado nas 4 semanas anteriores.[9]

Quanto à incidência, não há diferenças importantes em termos de sexo ou etnia. A maioria das infecções ocorre no inverno. Acredita-se também que diferentes vírus possam ser responsáveis pelos resfriados no verão e no inverno.[7] A doença é altamente contagiosa e é responsável por um considerável absenteísmo escolar e ao trabalho, mas ainda não se sabe qual é a principal forma de disseminação, se pelo contato das mãos, por aerossóis da tosse ou do espirro ou pela contaminação de superfícies por esses aerossóis que então transportam o patógeno infeccioso para as membranas da mucosa bucal (por exemplo, ao comer).

A mortalidade/morbidade associada é rara, embora os resfriados comuns sejam responsáveis por um desconforto considerável, absenteísmo escolar e ao trabalho e custos com os cuidados de saúde.[9]

Etiologia

A maioria dos resfriados comuns é causada pelo rinovírus (até 50%), que se apresenta de várias formas.[8] [10] Outros patógenos conhecidos incluem o coronavírus (10% a 15%), o vírus da gripe (influenza) (5% a 15%), o vírus da parainfluenza (5%), o vírus sincicial respiratório (5%) e o metapneumovírus.[8] Em geral, nenhum organismo infeccioso é identificado. A reinfecção pode ocorrer após reexposição ao mesmo subtipo viral, mas a doença geralmente é mais leve e com menor duração. Há uma associação entre adenovírus, enterovírus e o resfriado comum. A faringite deve-se comumente ao adenovírus, que também pode causar infecções do trato respiratório inferior. As bactérias comuns do trato respiratório (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) podem estar associadas ao resfriado comum.[11] No entanto, essa associação não tem implicações em termos de antibioticoterapia para o resfriado comum típico.

Fisiopatologia

Um influxo de leucócitos polimorfonucleares (LPNs) na submucosa nasal ocorre poucos dias após a inoculação viral e está correlacionado aos sintomas.[12] [13] Não há evidências de que a secreção purulenta esteja relacionada à infecção bacteriana ou que responda a antibióticos.[8]

Classificação

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10)[1]

- J00 Nasofaringite aguda (resfriado comum)
- J01 Sinusite aguda
- J02 Faringite aguda
- J03 Amigdalite aguda
- J04 Laringite e traqueíte agudas
- J05 Laringite obstrutiva aguda (crupe) e epiglote
- J06 ITRSs agudas de localizações múltiplas e não especificadas.

Prevenção primária

A disseminação para terceiros pode ser limitada por medidas físicas,[16] incluindo a lavagem das mãos,[17] tapar a boca e o nariz ao espirrar ou tossir, descartar adequadamente os lenços que contêm secreções nasais e não ir ao trabalho ou à escola. Não existem evidências para dar suporte à utilização de máscaras faciais.[18] [19]

A suplementação com vitamina C não traz benefícios na incidência dos resfriados, mas pode reduzir sua duração. Os autores recomendam ensaios terapêuticos adicionais.[20] A evidência de equinácia profilática é inconclusiva.[21] Nenhuma recomendação segura pode ser feita com relação à suplementação profilática de zinco em virtude da falta de dados. Suplementos orais de zinco podem ser úteis em crianças que vivem em regiões (tais como em países em desenvolvimento) onde se sabe que há alta prevalência de deficiência de zinco.[22] Estudos revelaram que a suplementação com vitamina D3 não previne infecções do trato respiratório superior em crianças ou adultos, mesmo em doses altas.[23] [24]

Prevenção secundária

Deve-se evitar contato com o muco ou catarro nasal de indivíduos com resfriado comum. As mãos devem ser lavadas antes de comer ou antes de tocar a região nasal, ocular ou oral. O fato de evitar contato com outros indivíduos com resfriado comum, especialmente durante os primeiros dias da doença, reduz a chance de disseminação contagiosa.[16]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 30 anos de idade apresenta uma história de 2 dias de coriza e faringite. Ele sente-se com calor e com sudorese, apresenta cefaleia leve, expectoração clara e dores musculares. Ele gostaria de usar antibióticos conforme lhe foram prescritos no ano anterior, para sintomas similares. No exame físico, apresenta-se afebril e com pulso normal, faringe levemente inflamada e linfadenopatia cervical indolor à palpação. Não há rigidez da nuca, e o tórax está limpo. O paciente usou medicamentos de venda livre para a tosse, mas sem sucesso. Ele fuma 10 cigarros por dia.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A abordagem deve incluir:

- Uma história que revele vários sintomas compatíveis com o diagnóstico
- A identificação de fatores de risco sugestivos da doença (por exemplo, ocorrência sazonal, tabagismo, exposição a indivíduos afetados)
- Um breve exame físico, incluindo temperatura, exame da orofaringe, narinas, pescoço e tórax; se o paciente parecer doente, considere a gripe (influenza) como a causa e monitore o pulso e a pressão arterial para descartar o choque séptico de causa bacteriana (por exemplo, septicemia meningocócica).
- A exclusão de diagnósticos alternativos por meio do rastreamento de traços característicos de distúrbios similares.

Não é necessário nenhum exame laboratorial nos estágios iniciais.

História

Os sintomas comuns incluem uma ou todas as condições a seguir:

- Coriza/nariz congestionado
- Espirros
- Faringite
- Tosse
- Cefaleia
- Mal-estar
- Febre.

Um diagnóstico alternativo ou subjacente deverá ser considerado se:

- O principal sintoma for faringite (considerar amigdalite estreptocócica, especialmente em pacientes com menos de 15 anos de idade). O uso do sistema de pontuação de McIsaac

[VIDEO: Critérios de Avaliação e Tratamento da Faringite (McIsaac)]

pode ser útil para diferenciar da amigdalite estreptocócica[25]

- O paciente apresentar rinite há mais de 14 dias (por exemplo, rinite alérgica)

- A doença tiver começado subitamente com febre, calafrios e dores musculares intensas (por exemplo, gripe [influenza] ou pneumonia)
- Os sintomas incluem:
 - Dor pleurítica, grande quantidade de escarro ou escarro com sangue (por exemplo, pleurisia ou pneumonia)
 - O paciente apresentar otalgia (por exemplo, otite média)
 - O paciente apresentar dor facial (sinusite)
- O paciente apresentar características de meningismo (alteração do nível de consciência, fotofobia, hipotonia, rigidez de nuca, convulsões e taquicardia).

Exame físico

Temperatura:

- Em adultos, uma temperatura elevada é incomum, mas é comum em crianças. Uma temperatura acima de 38 °C (100.4 °F) aumenta a probabilidade do diagnóstico de gripe (influenza).^[26] O pulso e a pressão arterial devem ser medidos para descartar o choque séptico de causa bacteriana (por exemplo, septicemia meningocócica) em pessoas que aparentam estar moderadamente adoecidas. A septicemia meningocócica pode mimetizar o resfriado comum, pois ambos podem apresentar febre e dores musculares. No entanto, esses pacientes têm menos probabilidade de apresentar sintomas respiratórios, como faringite, espirros e rinite. Provavelmente eles terão febre, taquicardia e hipotensão.

Exame da orofaringe:

- Uma infecção viral típica apresentará uma inflamação eritematosa inespecífica da faringe. A faringe posterior poderá ter uma drenagem purulenta. A presença de pus nas amígdalas sugere uma amigdalite estreptocócica e deve ser acompanhada de um exame dos linfonodos cervicais anteriores.

Narinas:

- Pode haver eritema e edema. Uma drenagem purulenta em ambas as narinas é comum.

Rigidez de nuca:

- Deve ser avaliada, pois pode indicar meningismo. Os lactentes podem exibir uma fontanela abaulada e choro em tom agudo característico. Um sinal positivo de Kernig ou de Brudzinski indica uma inflamação meníngea e sugere uma meningite. Isso está presente em uma minoria dos pacientes.

É imprescindível que o tórax esteja limpo para um diagnóstico de resfriado comum. Se o paciente tiver sinais que afetam o trato respiratório inferior, outros diagnósticos deverão ser considerados, como uma exacerbação aguda da asma, uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou pneumonia. Em crianças deve-se considerar a bronquiolite e a crupe.

Exames laboratoriais

Não são necessários exames laboratoriais para confirmar o diagnóstico. O uso de um teste laboratorial remoto para proteína C-reativa em ambientes de atenção primária para pacientes que apresentam

sintomas respiratórios agudos pode reduzir o uso de antibióticos, mas sem efeito nos desfechos relatados pelo paciente.^[27] Não há consenso sobre o local de atendimento para resfriado comum.

No acompanhamento, quando os sintomas persistem além do tempo normal da doença, ou quando há características atípicas, justifica-se fazer determinadas investigações laboratoriais. Exames específicos podem confirmar ou descartar diagnósticos alternativos, como um swab da garganta, para descartar faringite estreptocócica, ou uma radiografia torácica, para confirmar pneumonia. O teste Monospot deve ser solicitado quando houver suspeita clínica de mononucleose infecciosa.

O teste viral rápido não mostrou reduzir o uso de antibióticos, mas reduziu a necessidade de radiografias torácicas no pronto-socorro, porém sem demonstrar outros efeitos em outros exames ou no tempo de espera.^[28] O exame viral deve ser realizado somente como parte da pesquisa ou como ferramenta para o diagnóstico precoce da gripe (influenza) durante uma pandemia.

Fatores de risco

Fortes

exposição a indivíduos afetados

- O fato de dividir quartos em uma residência está associado a maiores taxas de conversão de anticorpos para rinovírus comuns do que não compartilhar o quarto de dormir.^[10]

idade jovem

- As crianças apresentam mais episódios do que os adultos.^{[2] [3] [4] [5]}

estação do inverno

- As infecções respiratórias são mais comuns no inverno do que em outras estações.^[10]

frequentar creches

- De acordo com os dados de análise de um estudo realizado nos EUA, as crianças que frequentam creches desenvolvem mais infecções do trato respiratório superior que aquelas em outros cenários e têm probabilidade 4.5 vezes maior de precisar de internação hospitalar.^[14]

exposição à fumaça de cigarro ou a outros irritantes respiratórios

- Os fumantes apresentam maior risco de desenvolver a doença do que os não fumantes.^[15]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem a exposição a indivíduos afetados, pouca idade, inverno, frequentar creches e exposição à fumaça de cigarro ou a outros irritantes respiratórios.

início agudo (comum)

- O início é rápido, com evolução em 1 a 2 dias.

rinite (comum)

- Pode haver presença de rinite clara ou purulenta. Secreções com alguma coloração geralmente são um sinal de oxidação e não indicam necessariamente complicações por uma superinfecção bacteriana de uma doença viral.

faringite (comum)

- Um aspecto característico.

espirros (comum)

- Um aspecto característico.

drenagem/gotejamento pós-nasal (comum)

- Um aspecto característico.

tosse (comum)

- Uma expectoração clara inicialmente, podendo tornar-se purulenta e pode ser não produtiva.

febre (comum)

- Mais provável em crianças; uma febre acima de 38 °C (>100.4 °F) sugere uma causa alternativa em adultos.

faringe vermelha inespecífica (comum)

- Característica comum no exame da orofaringe.

edema/eritema da mucosa nasal (comum)

- Característica comum no exame das narinas.

drenagem purulenta nas narinas e na faringe posterior (comum)

- Característica comum no exame das narinas/orofaringe.

pulso <100 bpm; ausência de hipotensão (comum)

- O pulso deve ser <100 bpm e a pressão arterial deve ser normal para a idade do paciente. O pulso e a pressão arterial (PA) devem ser monitorados em todos os pacientes que aparentem estar moderadamente adoecidos, para descartar o choque séptico de causa bacteriana (por exemplo, septicemia meningocócica).

Outros fatores de diagnóstico**mal-estar (comum)**

- Indisposição, mas sem cansaço extremo; uma fadiga persistente pode sugerir uma causa alternativa.

mialgia (comum)

- Um sintoma constitucional, sugestivo de viremia.

halitose (comum)

- Sinal inespecífico.

amígdalas inflamadas (comum)

- Podem sugerir uma amigdalite estreptocócica na presença de exsudatos.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
nenhum exame inicial <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, nenhum exame é necessário. 	diagnóstico clínico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • A contagem leucocitária pode estar elevada com uma linfocitose em casos de infecções virais. • Um hemograma completo não é indicado habitualmente. 	contagem leucocitária elevada, linfocitose
swab da garganta <ul style="list-style-type: none"> • Justificado somente com uma pontuação McIsaac de 2 a 3 ou mais. 	positivo para Streptococcus
cultura de escarro <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser justificada em infecções persistentes com disseminação para o trato respiratório inferior. • Uma cultura de escarro não é indicada como rotina. 	cultura positiva para patógeno bacteriano
teste de anticorpos heterófilos <ul style="list-style-type: none"> • Também conhecido como teste Monospot, teste de aglutinação de heterófilos ou reação de Paul-Bunnell-Davidsohn. • Teste definitivo para mononucleose infecciosa. • Anticorpos heterófilos estão presentes em cerca de 80% a 90% das pessoas com mononucleose infecciosa. • Indicado em um paciente que se apresenta com cansaço extremo ou sintomas persistentes. 	anticorpos heterófilos positivos
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> • A proteína C-reativa é um marcador de fase aguda de resposta e, no contexto clínico correto, é um marcador intermediário de infecção. • Um teste de proteína C-reativa não é indicado habitualmente. 	altos níveis de proteína C-reativa podem indicar uma infecção mais grave
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> • Indicada se houver sinais/sintomas sugestivos de disseminação para o trato respiratório inferior. Não é indicada como investigação de primeira linha. 	não há alterações em infecções não complicadas
TC dos seios da face <ul style="list-style-type: none"> • Indicada em casos de dor crônica no maxilar ou na testa e uma história clínica compatível com sinusite. • Investigações radiológicas não são rotineiramente indicadas no resfriado comum. 	o nível hidroaéreo pode estar presente na sinusite

Exame	Resultado
exame viral <ul style="list-style-type: none"> O exame viral deve ser realizado somente como parte de pesquisa ou como ferramenta para o diagnóstico precoce da gripe (influenza) durante uma pandemia. O teste viral rápido pode ser útil como confirmação de infecção viral (em vez de bacteriana), mas não é rotineiramente indicado. 	infecção viral confirmada

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Febre do feno (rinite alérgica)	<ul style="list-style-type: none"> A rinite ocorre em resposta à exposição a alérgenos específicos. Ciclo crônico flutuante, conforme exposição a alérgenos e de padrão sazonal. A presença de faringite tornaria um resfriado comum mais provável. Outras características de atopia sugestivas da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> O teste de contato cutâneo para a identificação de alérgenos e a determinação da imunoglobulina E (IgE) específica in vitro são testes diagnósticos.
Sinusite crônica	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas duram mais de 6 semanas. Geralmente diagnosticada com o auxílio de estudos radiológicos. As características clínicas comuns da sinusite crônica incluem a hiposmia ou anosmia. É mais comumente caracterizada por uma inflamação crônica do que por uma infecção bacteriana, especialmente em adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> As tomografias computadorizadas (TCs) dos seios da face são anormais em pessoas que sofrem de sinusite crônica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Amigdalite estreptocócica	<ul style="list-style-type: none"> O uso do sistema de pontuação de Mclsaac <p>[VIDEO: Critérios de Avaliação e Tratamento da Faringite (Mclsaac)]</p> <p>pode ajudar a fazer a distinção; uma pontuação de 2 ou 3 indica a necessidade de se obter um swab da garganta.[25]</p> <ul style="list-style-type: none"> Linfonodos cervicais anteriores sensíveis à palpação, edemas ou exsudatos tonsilares (amigdalianos), ausência de tosse, temperatura acima de 38 °C (>100.4 °F) e menos de 15 anos de idade. 	<ul style="list-style-type: none"> Uma cultura faríngea positiva para estreptococo confirma o diagnóstico na maioria dos casos.
Sinusite aguda	<ul style="list-style-type: none"> Doença aguda, geralmente de causa infecciosa. No geral, o diagnóstico é clínico, podendo manifestar-se com uma congestão nasal, tosse, muco nasal de coloração anormal e pressão/dor facial. A sensibilidade facial é um sinal raro e não confiável; no entanto, uma dor reproduzível à percussão dos seios paranasais (frontais e maxilares) é fortemente indicativa de uma sinusite bacteriana aguda. Dor de dente e uso de descongestionantes tópicos ou orais sem resposta satisfatória aumentam a probabilidade de uma sinusite bacteriana aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Mononucleose infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes subclínica em crianças pequenas. • Síndrome bem descrita com exantema maculopapular, sensação de fadiga, febre, laringite e mal-estar. • A hepatoesplenomegalia é comum. 	<ul style="list-style-type: none"> • O hemograma completo revela uma linfocitose. • O teste positivo para anticorpos heterófilos geralmente é diagnóstico; pode ser falso-negativo nos estágios iniciais da doença. • Títulos de anticorpos antívirus Epstein-Barr (EBV) podem ajudar a diferenciar as formas agudas das formas crônicas da infecção por EBV.
Influenza sazonal	<ul style="list-style-type: none"> • Febre, cefaleia, dores musculares e mal-estar são características predominantes. • Os sintomas são mais graves que uma infecção do trato respiratório superior (ITRS). • Uma febre acima de 38 °C (>100.4 °F) é sugestiva em adultos. • Pode causar períodos prolongados de absenteísmo/inatividade. • Pode causar complicações graves em idosos e pessoas imunocomprometidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cultura viral, a coloração com anticorpo imunofluorescente direto e a reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa são exames reconhecidos.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Gripe (influenza) H1N1 ("gripe suína")	<ul style="list-style-type: none"> Características clínicas típicas de influenza (por exemplo, febre, tosse, faringite, dores musculares e mal-estar), geralmente em comunidades onde o vírus H1N1 (vírus da gripe suína) esteja disseminado, ou em alguém que tenha viajado para tais comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Os exames de cultura viral, a coloração de anticorpo imunofluorescente direto e a reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa detectam o vírus da gripe (influenza). A forma mais definitiva de identificar o vírus da gripe (influenza) A, o H1N1, é um teste específico da reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa em tempo real, que pode ser realizado em laboratórios especializados. Ele pode ser feito diretamente em amostras dos pacientes (por exemplo, por swab ou aspirado nasofaríngeo, lavagem e swab nasal ou aspirado traqueal) ou em vírus cultivados a partir de amostras dos pacientes.
Infecção pelo vírus da influenza aviária A (H5N1)	<ul style="list-style-type: none"> Características clínicas típicas de influenza (por exemplo, febre, tosse, faringite, dores musculares e mal-estar), geralmente em comunidades onde o vírus H5N1 esteja disseminado, ou em alguém que tenha viajado para tais comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Os exames de cultura viral, a coloração de anticorpo imunofluorescente direto e a reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa detectam o vírus da gripe (influenza). A forma mais definitiva de identificar o vírus da gripe (influenza) A, o H5N1, é um teste específico da reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa em tempo real, que pode ser realizado em laboratórios especializados. Ele pode ser feito diretamente em amostras dos pacientes (por exemplo, por swab ou aspirado nasofaríngeo, lavagem e swab nasal ou aspirado traqueal) ou em vírus cultivados a partir de amostras dos pacientes.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Coqueluche	<ul style="list-style-type: none"> Depois de várias semanas, os sintomas iniciais do trato respiratório superior podem desencadear uma tosse mais grave; inicialmente há uma tosse paroxística que vai aumentando de frequência progressivamente, mas que depois permanece constante durante várias semanas. Podem ocorrer guinchos inspiratórios e vômitos pós-tosse. É possível ouvir um estridor inspiratório na ausculta. 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência de Bordetella pertussis em swabs ou aspirados nasofaríngeos.
Difteria	<ul style="list-style-type: none"> Pode haver história de exposição ou viagem a áreas endêmicas. Faringite e febre baixa (geralmente <39 °C [<102 °F]), seguidas de disfagia, disfonia, dispneia e uma tosse rouca, caso haja extensão da pseudomembrana e/ou envolvimento dos nervos faríngeos e laríngeos posteriores. Uma pseudomembrana marrom-acinzentada pode formar-se sobre as amígdalas e/ou faringe após 2 a 5 dias de faringite. Na ausência de tratamento, ela pode tornar-se espessa e disseminar-se. O edema cervical e a linfadenopatia podem causar uma aparência característica de pescoço de touro. 	<ul style="list-style-type: none"> Microscopia e culturas de swabs do nariz e da garganta, obtidas quando possível da parte inferior da pseudomembrana, apresentam resultados positivos para Corynebacterium diphtheriae.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Doença meningocócica	<ul style="list-style-type: none"> • Pode apresentar sinais/sintomas respiratórios inespecíficos. Pode apresentar a tríade taquicardia, hipotensão arterial e febre alta. • À medida que a doença evolui, pode haver sede, desconforto respiratório, rash petequeial, vasoconstrição periférica, alteração do nível de consciência, fotofobia, hipotonia, rigidez de nuca, convulsões e taquicardia. • Os lactentes podem exibir uma fontanela abaulada e choro em tom agudo característico. • Um sinal positivo de Kernig ou de Brudzinski indica uma inflamação meníngea e sugere uma meningite; presente apenas em uma minoria dos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • O isolamento da <i>Neisseria meningitidis</i> de um local estéril do corpo (sangue, líquido cefalorraquidiano [LCR], articulação, líquido pleural, líquido pericárdico, aspiração ou biópsia de uma lesão purpúrea) é o teste definitivo para o diagnóstico de infecções meningocócicas invasivas.
Infecção primária pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos indivíduos infectados pelo HIV desenvolvem uma doença clínica aguda que geralmente ocorre 2 a 4 semanas após a exposição ao HIV. • Muitas vezes a doença é reconhecida de forma retrospectiva porque as características são inespecíficas. • O início é agudo e dura até 2 semanas. • Os sintomas comuns são uma patologia do tipo febre glandular, com febre, mal-estar, mialgia, faringite, cefaleias, diarreia, neuralgia ou neuropatia, linfadenopatia, exantema maculopapular e ulceração mucocutânea. 	<ul style="list-style-type: none"> • A imunodeficiência humoral mostra níveis baixos de imunoglobulina. A imunodeficiência celular indica uma disfunção da célula T, e/ou HIV.

Abordagem passo a passo do tratamento

Tranquelize o paciente de que a natureza do quadro clínico é autolimitada e que os sintomas geralmente desaparecem em 7 a 10 dias. A gravidade e a duração dos sintomas parecem estar relacionadas àquilo que o paciente acredita e sente sobre o tratamento recebido, e o tratamento fornecido de maneira empática, como percebido pelo paciente, está associado a melhoras dos sintomas e dos marcadores bioquímicos.[29] [30] [31] Oriente também os pacientes sobre hábitos de higiene e como limitar a disseminação para outras pessoas, bem como a importância do repouso e de se manter a ingestão de líquidos para preservar a hidratação. As implicações da maior ingestão de líquidos em infecções respiratórias agudas ainda não foram estudadas em nenhum ensaio até hoje.[32]

O alívio sintomático é a base do tratamento. Muitos medicamentos de venda livre aliviam os sintomas do resfriado comum; no entanto, são limitadas as evidências de boa qualidade que respaldem o uso destes medicamentos.[33]

[The BMJ: what treatments are effective for common cold in adults and children?]

Febre e dor

O paracetamol é recomendado para dor e/ou febre. Evidências sugerem que ele pode também ser útil para congestão nasal e rinorreia, mas não para faringite, mal-estar, espirros ou tosse.[34] Apesar disso, ele ainda é um dos agentes analgésicos/antipiréticos mais usados, constituindo a primeira escolha de muitos médicos para o manejo da dor e da febre em adultos e crianças.[35]

Uma revisão dos AINEs constatou benefícios na redução do desconforto, mas não constatou benefícios no alívio dos sintomas respiratórios. É preciso considerar os possíveis efeitos adversos (por exemplo, efeitos adversos gastrointestinais, erupções cutâneas).[36] Estudos sobre a aspirina revelaram que ela é eficaz para dor e febre, sem efeitos gastrointestinais adversos graves no uso em curto prazo,[37] embora tenha sido relatado um pequeno aumento do risco de dispepsia.[38] A aspirina deve ser evitada em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade pelo risco da síndrome de Reye.

Há analgésicos disponíveis como agente único ou em formulações de combinação (com descongestionantes e/ou anti-histamínicos).

Sintomas nasais

Há muitas e diferentes formulações de descongestionantes e/ou anti-histamínicos disponíveis para venda livre para o tratamento dos sintomas nasais (por exemplo, congestão, rinorreia, espirros), inclusive formulações combinadas e de agente único.

Em adultos, descongestionantes e/ou anti-histamínicos são a melhor opção para pacientes com sintomas nasais incômodos; no entanto, o efeito é considerado pequeno.[33]

Monoterapia com descongestionantes

- Descongestionantes simpatomiméticos estão disponíveis em formulações orais (por exemplo, pseudoefedrina) ou intranasais (por exemplo, oximetazolina). Não há evidências que comprovem que uma via de administração seja melhor que a outra.[33] Uma revisão Cochrane constatou um pequeno alívio da congestão nasal em decorrência de várias doses de descongestionantes

nasais (3 ou 4 doses por dia durante 5 a 10 dias), mas não ficou claro se isso foi benéfico para os pacientes.[39]

- Demonstrou-se que o spray nasal de oximetazolina tem efeito na redução da resistência das vias aéreas, mas há evidências limitadas dos benefícios orientados ao paciente.[40] [41] Descongestionantes intranasais devem ser usados por um período máximo de 3 a 7 dias devido ao risco de congestão nasal crônica/com efeito rebote (rinite medicamentosa).

Monoterapia com anti-histamínicos

- Uma revisão Cochrane constatou que anti-histamínicos sedativos (mais antigos, de primeira geração) estão associados ao alívio de espirros e da rinorreia, mas não da congestão nasal; são comuns relatos de sedação. Estudos de avaliação de anti-histamínicos não sedativos (mais recentes, de segunda geração) mostram efeito incerto sobre a congestão nasal, sem nenhum efeito sobre os espirros ou a rinorreia.[42]

Formulações de combinação com descongestionantes e anti-histamínicos

- Anti-histamínicos e descongestionantes costumam ser formulados juntos, com ou sem um analgésico. Certas combinações destes agentes podem melhorar a congestão, a rinorreia e os espirros; no entanto, a qualidade dos dados obtidos em testes destas formulações é fraca. Os efeitos adversos incluem cefaleia, sedação e insônia.[43]

Ipratrópio

- O ipratrópio, um agente antimuscarínico, tem demonstrado ser eficaz no tratamento dos sintomas nasais. Uma revisão sistemática constatou evidências de baixa qualidade que sugerem que o spray nasal de ipratrópio é eficaz para a rinorreia em comparação com o placebo, mas não para a congestão nasal. Efeitos adversos (por exemplo, xerostomia, sangramento nasal, secura nasal) foram mais frequentes em comparação com o placebo ou com a ausência de tratamento.[44]

Em crianças, as evidências para estes tratamentos são mais limitadas. Não há evidências de que descongestionantes aliviem os sintomas nasais em crianças. Sabe-se que eles causam efeitos adversos (por exemplo, torpor, irritação gastrointestinal, danos mais graves, como convulsões e aumento da frequência cardíaca, e morte). Portanto, o uso de descongestionantes não é recomendado em crianças <6 anos de idade, sendo recomendada cautela em crianças dos 6 aos 12 anos.[33] A Food and Drug Administration dos EUA não recomenda produtos para resfriados que contenham descongestionante e/ou anti-histamínicos em crianças menores de 4 anos de idade devido a possíveis efeitos adversos graves e fatais.[45] A orientação difere entre países. Por exemplo, no Reino Unido e no Canadá, tratamentos de venda livre para resfriados não são recomendados em crianças abaixo dos 6 anos de idade em absoluto.

Há evidências de baixa qualidade de que soluções salinas em gotas ou sprays podem ser eficazes e seguras em crianças menores. Elas melhoram a congestão nasal em crianças mais velhas e, possivelmente, reduzem a intensidade da rinorreia.[46]

[FDA: use caution when giving cough and cold products to kids]

Apesar destas advertências, os dados do Pediatric Cough and Cold Safety Surveillance System indicam que a taxa global de efeitos adversos relacionados aos medicamentos de venda livre para tosse e resfriado em crianças com <12 anos de idade é relativamente baixa (1 efeito adverso por 1.75 milhão de unidades vendidas), sendo 67% dos efeitos adversos relacionados à ingestão acidental não

supervisionada. Fatalidades foram extremamente raras (0.6% dos pacientes) e não associadas a doses terapêuticas.[47]

Tosse

Há muitos e diferentes antitussígenos ou expectorantes disponíveis, inclusive formulações de agente único ou combinadas (geralmente, combinadas com descongestionantes e/ou anti-histamínicos). Não há nenhuma evidência que respalde ou refute o uso de agentes antitussígenos, expectorantes ou mucolíticos de venda livre para reduzir a incidência de tosse em adultos ou crianças, particularmente em crianças pequenas.[48] [49] No entanto, o American College of Chest Physicians não recomenda o uso de medicamentos de venda livre para tosse e resfriados para o tratamento da tosse.[50]

Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[51]

Demonstrou-se que o mel oferece mais alívio dos sintomas da tosse, em comparação com a ausência de tratamento, placebo e difenidramina em crianças de 1 a 18 anos, mas não é melhor que o dextrometorfano.[52] [50]

Uma revisão de corticosteroides inalatórios para tosse aguda e subaguda encontrou evidências insuficientes para recomendar seu uso rotineiro em infecções agudas do trato respiratório em adultos. No entanto, alguns ensaios demonstraram benefícios, apontando a necessidade de ensaios adicionais adequadamente equipados e de alta qualidade.[53]

Antibioticoterapia

Antibióticos não são eficazes para os sintomas do resfriado comum e são conhecidos por causar efeitos adversos.[54] Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças e o American College of Physicians dos EUA não recomendam tratamento com antibióticos.[8] Corpos reguladores de outros países também dão suporte a essa recomendação.[55] [56]

Os antibióticos são muitas vezes solicitados pelos pacientes durante as consultas, mas há evidências crescentes de que isso estimule cepas de bactérias resistentes e cause danos desnecessários. Há evidências limitadas de que a secreção nasal purulenta sugestiva de infecção bacteriana não responda a antibióticos.[54] Descobriu-se que uma prescrição protelada de antibióticos, juntamente com aconselhamento sobre a história natural da doença e os tratamentos sintomáticos, reduz a taxa de uso de antibióticos (31%) em comparação com tratamento imediato com antibióticos (93%) que tem taxas similares de satisfação do paciente.[57] Fornecer informações por escrito sobre o uso de antibióticos para os pais de crianças com infecções do trato respiratório superior também pode reduzir o número de antibióticos usados sem afetar a satisfação dos pais.[58] Outras intervenções que podem ter efeito sobre a redução da prescrição de antibióticos em infecções agudas do trato respiratório em um cenário de atenção primária incluem o teste da proteína C-reativa, manejo de infecções guiado pela procalcitonina e tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes; no entanto, há apenas evidências de qualidade moderada para essas intervenções.[59]

Outros tratamentos

Nenhum outro tratamento é respaldado por evidências adequadas. Algumas intervenções, como o uso de zinco por via oral ou por via inalatória,[60] [61] equinácea[21] [60] e ar umidificado[62] foram

estudados em ensaios clínicos controlados com placebo. No geral, elas demonstraram evidências mínimas de eficácia.

O zinco administrado em até 24 horas do início dos sintomas mostrou reduzir a duração dos sintomas de resfriado comum em pessoas saudáveis, mas é preciso cautela em razão da heterogeneidade dos dados. É necessário realizar estudos adicionais para conhecer a posologia ideal do zinco. Pastilhas de zinco foram amplamente estudadas, com redução significativa da duração dos sintomas de resfriado em doses iguais ou maiores que 75 mg/dia. Para se obter o máximo de benefício com a suplementação de zinco, este deve ser usado em pastilhas, com essa dose, durante todo o resfriado. No entanto, nenhuma recomendação segura pode ser feita com relação à suplementação profilática de zinco em virtude da falta de dados. Em geral, é preciso contrabalançar os possíveis benefícios com base nos efeitos colaterais. Não se deve usar zinco intranasal, pois ele tem efeitos adversos significativos e há relatos de que ele causa anosmia ocasional, a qual pode ser permanente.[63]

A suplementação com vitamina C não traz benefícios na incidência dos resfriados, mas pode reduzir sua duração. Os autores recomendam mais ensaios terapêuticos.[20]

Os produtos inalatórios comerciais são populares, embora as evidências de ensaios clínicos que dão suporte à sua eficácia sejam limitadas. Estudos que avaliaram uma combinação de cromoglicato sódico intranasal e inalatório obtiveram evidências inconclusivas da eficácia.[64] [65] Há algumas evidências quanto à eficácia de vaporizantes descongestionantes no alívio sintomático.[66] Com base nas evidências atuais, corticosteroides intranasais não têm nenhum efeito no tratamento do resfriado comum.[67]

Tratamentos para os quais há evidência de benefício em um único ensaio clínico ou ensaios clínicos de baixa qualidade são chá verde,[68] alho,[69] [70] vários fitoterápicos da medicina chinesa[71] [72] e *Pelargonium sidoides* (planta também conhecida como umckaloabo).[73] Há evidências limitadas de que o espinheiro marítimo (ou *Hippophae*) seja ineficaz.[74]

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)
todos os pacientes		
1a	tranquilização e cuidados de suporte	
adjunto	analgésicos/antipiréticos	
adjunto	descongestionante e/ou anti-histamínico	
adjunto	antitussígenos	

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

todos os pacientes

1a tranquilização e cuidados de suporte

» Tranquilize o paciente de que a natureza do quadro clínico é autolimitada e que os sintomas geralmente desaparecem em 7 a 10 dias.

» Oriente os pacientes sobre hábitos de higiene e como limitar a disseminação para outras pessoas, bem como a importância do repouso e de manter a ingestão de líquidos para preservar a hidratação. As implicações da maior ingestão de líquidos em infecções respiratórias agudas ainda não foram estudadas em nenhum ensaio até hoje.[32]

» O uso de antibióticos não é recomendado para o resfriado comum.[8] [54] [55] [56] Descobriu-se que a prescrição protelada de antibióticos, juntamente com aconselhamento sobre a história natural da doença e tratamento sintomático, reduz a taxa de uso de antibióticos (31%) em comparação com o tratamento imediato com antibióticos (93%), com taxas similares de satisfação do paciente.[57] O fornecimento de informações por escrito sobre o uso de antibióticos para os pais de crianças com infecções do trato respiratório superior também pode reduzir o número de antibióticos usados sem afetar a satisfação dos pais.[58]

adjunto analgésicos/antipiréticos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 15 mg/kg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: crianças: 5-10 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 30 mg/kg/dia; adultos: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

Agudo

OU

» **naproxeno**: adultos: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **aspirina**: adultos: 300-600 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» O paracetamol é recomendado para dor e/ou febre. Evidências sugerem que ele pode também ser útil para congestão nasal e rinorreia, mas não para faringite, mal-estar, espirros ou tosse.[34] Apesar disso, ele ainda é um dos agentes analgésicos/antipiréticos mais usados, constituindo a primeira escolha de muitos médicos para o manejo da dor e da febre em adultos e crianças.[35]

» Uma revisão dos AINEs constatou benefícios na redução do desconforto, mas não constatou benefícios no alívio dos sintomas respiratórios. É preciso considerar os possíveis efeitos adversos (por exemplo, efeitos adversos gastrointestinais, erupções cutâneas).[36]

» Estudos sobre a aspirina revelaram que ela é eficaz para dor e febre, sem efeitos gastrointestinais adversos graves no uso em curto prazo,[37] embora tenha sido relatado um pequeno aumento do risco de dispepsia.[38] A aspirina deve ser evitada em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade pelo risco da síndrome de Reye.

adjunto **descongestionante e/ou anti-histamínico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oximetazolina nasal**: (0.05%) crianças ≥6 anos de idade e adultos: 1-2 gotas/aplicações em cada narina duas a quatro vezes ao dia quando necessário

OU

» **ipratrópio nasal**: (0.06%) crianças com 6-11 anos de idade: 2 aplicações em cada narina três vezes ao dia quando necessário; crianças ≥12 anos de idade e adultos: 2 aplicações em cada narina três ou quatro vezes ao dia quando necessário

Agudo

OU

» **cetirizina/pseudoefedrina**: crianças ≥ 12 anos de idade e adultos: 5 mg/120 mg (1 comprimido) por via oral (liberação prolongada) duas vezes ao dia quando necessário

» Há muitas formulações disponíveis para tratar a rinorreia, a congestão nasal ou os espirros, incluindo formulações combinadas ou agente único. Os descongestionantes estão disponíveis em formulações orais ou intranasais. Alguns exemplos são fornecidos, mas esta lista não é exaustiva, devendo-se consultar um formulário local.

» Descongestionantes e/ou anti-histamínicos são a melhor opção para adultos com sintomas nasais incômodos; no entanto, o efeito é considerado pequeno, devendo-se limitar o uso a 3 a 7 dias.[33]

» O uso de descongestionantes e/ou anti-histamínicos não é recomendado em crianças <6 anos de idade, sendo recomendada cautela em crianças dos 6 aos 12 anos. Não há evidências de que eles aliviem os sintomas nasais em crianças. Sabe-se que eles causam efeitos adversos (por exemplo, torpor, irritação gastrointestinal, danos mais graves, como convulsões e aumento da frequência cardíaca, e morte). Há evidências de baixa qualidade de que soluções salinas em gotas ou sprays podem ser eficazes e seguras em crianças menores.[33]

» A Food and Drug Administration dos EUA não recomenda produtos para resfriados em crianças menores de 4 anos de idade.[45] No Reino Unido e no Canadá, os produtos para resfriado não são recomendados para crianças com menos de 6 anos de idade. [FDA: [use caution when giving cough and cold products to kids](#)]

» Descongestionantes intranasais devem ser usados por um período máximo de 3 a 7 dias devido ao risco de congestão nasal crônica/com efeito rebote (rinite medicamentosa).

» O ipratrópio tem demonstrado ser eficaz no tratamento dos sintomas nasais. Efeitos adversos (por exemplo, xerostomia, sangramento nasal, secura nasal) foram mais frequentes em comparação com o placebo ou com a ausência de tratamento.[44]

Agudo**adjunto**

» [The BMJ: what treatments are effective for common cold in adults and children?]

antitussígenos

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Não há nenhuma evidência que respalde ou refute o uso de agentes antitussígenos, expectorantes, agentes mucolíticos ou anti-histamínicos de venda livre (inclusive combinações destes agentes) para reduzir a incidência de tosse em adultos ou crianças, particularmente em crianças pequenas.[48] [49]No entanto, o American College of Chest Physicians não recomenda o uso de medicamentos de venda livre para tosse e resfriados para o tratamento da tosse.[50]

» Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[51]

» Demonstrou-se que o mel oferece mais alívio dos sintomas da tosse, em comparação com a ausência de tratamento, placebo e difenidramina em crianças de 1 a 18 anos, mas não é melhor que o dextrometorfano.[52] [50]

Novidades

IMP-1088

O IMP-1088, um inibidor duplo das N-miristoiltransferases humanas (NMT1 e NMT2), bloqueia uma etapa fundamental da formação do capsídeo viral. O medicamento ataca a NMT em células humanas, em vez do vírus em si. Como os vírus usam a NMT humana para a formação do capsídeo, o bloqueio desta proteína resulta em atividade antiviral contra vários rinovírus. O IMP-1088 está em fase inicial de descoberta, e testes em humanos só devem ter início daqui a alguns anos.^[75]

Probióticos

Uma revisão sistemática relatou que probióticos apresentaram melhor resultado que placebo na redução do número de participantes apresentando episódios de infecções do trato respiratório superior (ITRSs), a duração média de um episódio de ITRS aguda, uso de antibiótico e ausência na escola devido à gripe. Isso indica que os probióticos podem ser mais benéficos que o placebo na prevenção de ITRS agudas, embora probióticos tenham mais efeitos adversos, principalmente gastrointestinais. Entretanto, a qualidade da evidência foi baixa ou muito baixa.^[76]

Acupuntura e moxibustão

Mais pesquisas são necessárias antes que se possam fazer recomendações a respeito de terapias como acupuntura e moxabustão para o tratamento dos sintomas do resfriado comum.^[77]

Outras terapias complementares

Ensaio clínico isolado relataram benefícios proporcionados pelo comprimido efervescente Huo Xiang Zhengqi^[78] e pelo gerânio africano^[79] no tratamento dos sintomas do resfriado comum.

Vacinas

Nenhuma vacina foi desenvolvida para o resfriado comum pela dificuldade de se isolarem os numerosos agentes etiológicos.^[80]

Recomendações

Monitoramento

A maioria dos pacientes não requer monitoramento. Caso os sintomas persistam por mais de 2 semanas, deve-se considerar um diagnóstico alternativo. Se a tosse persistir por mais de 4 semanas, convém considerar uma radiografia torácica. Se complicações, como otite média ou sinusite, tiverem resultado de episódios prévios, justifica-se manter o paciente sob observação por um período mais longo. Em casos de história de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou de pneumonia prévia, talvez seja necessária uma observação redobrada quanto a infecções superpostas e complicações mais graves, como câncer pulmonar. Um paciente com febre, taquicardia e hipotensão e/ou rigidez de nuca requer encaminhamento hospitalar imediato e/ou tratamento com antibióticos parenterais para suspeita de septicemia meningocócica.

Instruções ao paciente

Tranquilize o paciente de que a natureza do quadro clínico é autolimitada e que os sintomas geralmente desaparecem em 7 a 10 dias. Repouso e ingestão regular de líquidos são recomendados. Oriente os pacientes a retornarem se os sintomas se agravarem ou excederem o tempo esperado para recuperação.

Hábitos gerais de higiene são recomendados para limitar a disseminação. Lenços de papel ou guardanapos contaminados com secreções nasais devem ser higienicamente descartados. As mãos devem ser lavadas abundantemente durante o preparo de alimentos e antes das refeições. É aconselhável afastar-se do trabalho e da escola para limitar a disseminação para outras pessoas.

[CDC: common colds - protect yourself and others]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
otite média	curto prazo	média
Apresenta-se com febre e dor em crianças pequenas. Em crianças mais velhas, a dor de ouvido pode ser localizada. Uma efusão purulenta no ouvido médio e uma membrana timpânica com perda dos pontos de referência e aparência característica de anel ou "rosquinha" (evidência de pressão positiva) são patognomônicas. Deve-se administrar antibióticos para infecção confirmada.		
exacerbação aguda da asma	curto prazo	baixa
Agravamento progressivo dos sintomas, como dispneia, sibilância, tosse e constrição torácica.		
A administração de broncodilatadores e corticosteroides alivia a obstrução do fluxo aéreo.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
sinusite aguda	variável	média
<p>Há suspeita de sinusite bacteriana após 2 semanas de congestão nasal, drenagem pós-nasal, tosse, cefaleia ou dor facial; o tratamento é sintomático e inclui corticosteroides tópicos e descongestionantes orais.</p> <p>A sensibilidade facial é um sinal raro e não confiável; no entanto, uma dor reproduzível à percussão dos seios paranasais (frontais e maxilares), dor de dente e uso de descongestionantes tópicos e orais sem resposta satisfatória são sinais fortemente sugestivos de sinusite bacteriana aguda.</p>		
broncoespasmo	variável	baixa
<p>Dispneia, sibilância, cianose e tosse são os traços característicos. O paciente pode ficar com muita falta de ar ao falar; um tórax silencioso com taquicardia pode estar presente em casos graves.</p> <p>Antibióticos não são recomendados. Oxigênio e beta-agonistas nebulizados podem ser necessários em casos graves.</p>		
pneumonia adquirida na comunidade	variável	baixa
<p>Em idosos ou indivíduos imunocomprometidos, a disseminação a partir do trato respiratório superior pode causar uma doença com risco de vida.</p>		
Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	variável	baixa
<p>Exacerbações agudas da DPOC são comumente desencadeadas por patógenos bacterianos ou virais ou por poluentes, com um agravamento agudo e sustentado dos sintomas respiratórios e do estado funcional.</p>		

Prognóstico

A maioria das pessoas se recupera dentro de 2 semanas. Em um estudo realizado com crianças entre 6 meses e 12 anos de idade, 26% ainda apresentavam sintomas 7 dias após o início e 6% após 14 dias.^[81] A tosse é o sintoma persistente mais comum, durando 15.3 a 28.6 dias.^[82] É importante aconselhar os pacientes sobre isso, de modo a reduzir as expectativas deles de melhora rápida e para evitar consultas em busca de tratamentos adicionais (por exemplo, antibióticos). A recorrência é comum, embora não esteja claro se o patógeno causador seja o mesmo vírus, um subtipo ou outro patógeno diferente.

A parte mais desafiadora da consulta geralmente é a negociação sobre o diagnóstico e as opções de tratamento e, sobretudo, o uso de antibióticos. Deve ser enfatizado que os sintomas não remitem imediatamente.

Diretrizes de tratamento

Europa

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

América do Norte

Pharmacologic and nonpharmacologic treatment for acute cough associated with the common cold: CHEST expert panel report

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 from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention

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

Última publicação em:
2016

Recursos online

1. [The BMJ: what treatments are effective for common cold in adults and children? \(external link\)](#)
2. [FDA: use caution when giving cough and cold products to kids \(external link\)](#)
3. [CDC: common colds - protect yourself and others \(external link\)](#)

Artigos principais

- Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. 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 Mar 15;164(6):425-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6;(7):CD006207. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- van Driel ML, Scheire S, Deckx L, et al. What treatments are effective for common cold in adults and children? *BMJ.* 2018 Oct 10;363:k3786. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;(2):CD004976. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Isbister GK, Prior F, Kilham HA. Restricting cough and cold medicines in children. *J Paediatr Child Health.* 2012 Feb;48(2):91-8. [Resumo](#)
- Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 24;(11):CD001831. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 4;(6):CD000247. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). 2015. <http://www.who.int/> (last accessed 24 August 2017). [Texto completo](#)
2. Fry J, Sandler G. Common diseases. Their nature, prevalence and care. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic; 1993.
3. Tupasi TE, de Leon LE, Lupisan S, et al. Patterns of acute respiratory tract infection in children: a longitudinal study in a depressed community in Metro Manila. *Rev Infect Dis.* 1990 Nov-Dec;12(suppl 8):S940-9. [Resumo](#)
4. Cruz JR, Pareja G, de Fernandez A, et al. Epidemiology of acute respiratory tract infections among Guatemalan ambulatory preschool children. *Rev Infect Dis.* 1990 Nov-Dec;12(suppl 8):S1029-34. [Resumo](#)

5. Kvaerner KJ, Nafstad P, Jaakkola JJ. Upper respiratory morbidity in preschool children: a cross-sectional study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Oct;126(10):1201-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Witek TJ, Ramsey DL, Carr AN, et al. The natural history of community-acquired common colds symptoms assessed over 4-years. Rhinology. 2015 Mar;53(1):81-8. [Resumo](#)
7. NHS Clinical Knowledge Summaries. Common cold. August 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
8. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. 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 Mar 15;164(6):425-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Bramley TJ, Lerner D, Sames M. Productivity losses related to the common cold. J Occup Environ Med. 2002 Sep;44(9):822-9. [Resumo](#)
10. Monto AS. Occurrence of respiratory virus: time, place and person. Pediatr Infect Dis J. 2004 Jan;23(suppl 1):S58-64. [Resumo](#)
11. Kaiser L, Lew D, Hirschel B, et al. Effect of antibiotic treatment in a subset of common cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions. Lancet. 1996 Jun 1;347(9014):1507-10. [Resumo](#)
12. Winther B, Brofeldt S, Christensen B, et al. Light and scanning electron microscopy of nasal biopsy material from patients with naturally acquired common colds. Acta Otolaryngol. 1984 Mar-Apr;97(3-4):309-18. [Resumo](#)
13. Winther B, Farr B, Turner RB, et al. Histopathologic examination and enumeration of polymorphonuclear leukocytes in the nasal mucosa during experimental rhinovirus colds. Acta Otolaryngol Suppl. 1984;413:19-24. [Resumo](#)
14. Bell DM, Gleiber DW, Mercer AA, et al. Illness associated with child day care: a study of incidence and cost. Am J Public Health. 1989 Apr;79(4):479-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Cohen S, Tyrrell DA, Russell MA, et al. Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. Am J Public Health. 1993 Sep;83(9):1277-83. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD006207. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Hübner NO, Hübner C, Wodny M, et al. Effectiveness of alcohol-based hand disinfectants in a public administration: impact on health and work performance related to acute respiratory symptoms and diarrhoea. BMC Infect Dis. 2010 Aug 24;10:250. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. MacIntyre CR, Chughtai AA. Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. BMJ. 2015 Apr 9;350:h694. [Resumo](#)

19. Smith JD, MacDougall CC, Johnstone J, et al. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2016 May 17;188(8):567-74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD000980. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Karsch-Völk M, Barrett B, Kiefer D, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 20;(2):CD000530. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Vakili R, Vahedian M, Khodaei GH, et al. Effects of zinc supplementation in occurrence and duration of common cold in school aged children during cold season: a double-blind placebo-controlled trial. *Iranian J Pediatr*. 2009;19(4):376-80. [Texto completo](#)
23. Martineau AR, Hanifa Y, Witt KD, et al. Double-blind randomised controlled trial of vitamin D3 supplementation for the prevention of acute respiratory infection in older adults and their carers (ViDiFlu). *Thorax*. 2015 Oct;70(10):953-60. [Resumo](#)
24. Aglipay M, Birken CS, Parkin PC, et al. Effect of high-dose vs standard-dose wintertime vitamin D supplementation on viral upper respiratory tract infections in young healthy children. *JAMA*. 2017 Jul 18;318(3):245-54. [Resumo](#)
25. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ*. 1998 Jan 13;158(1):75-83. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Call SA, Vollenweider MA, Hornung CA, et al. Does this patient have influenza? *JAMA*. 2005 Feb 23;293(8):987-97. [Resumo](#)
27. Aabenhus R, Jensen JU, Jørgensen KJ, et al. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 6;(11):CD010130. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, et al. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 15;(9):CD006452. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Barrett B, Brown R, Rakel D, et al. Placebo effects and the common cold: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2011 Jul-Aug;9(4):312-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):390-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11):CD010907. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Guppy MP, Mickan SM, Del Mar CB, et al. Advising patients to increase fluid intake for treating acute respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD004419. [Texto completo](#) [Resumo](#)

33. van Driel ML, Scheire S, Deckx L, et al. What treatments are effective for common cold in adults and children? BMJ. 2018 Oct 10;363:k3786. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Li S, Yue J, Dong BR, et al. Acetaminophen (paracetamol) for the common cold in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 1;(7):CD008800. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Eccles R. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold and flu. J Clin Pharm Ther. 2006 Aug;31(4):309-19. [Resumo](#)
36. Kim SY, Chang YJ, Cho HM, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 21;(9):CD006362. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. McCarthy DM. Efficacy and gastrointestinal risk of aspirin used for the treatment of pain and cold. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2012 Apr;26(2):101-12. [Resumo](#)
38. Lanas A, McCarthy D, Voelker M, et al. Short-term acetylsalicylic acid (aspirin) use for pain, fever, or colds - gastrointestinal adverse effects: a meta-analysis of randomized clinical trials. Drugs R D. 2011 Sep 1;11(3):277-88. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Deckx L, De Sutter AI, Guo L, et al. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 17;(10):CD009612. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Eccles R, Martensson K, Chen SC. Effects of intranasal xylometazoline, alone or in combination with ipratropium, in patients with common cold. Curr Med Res Opin. 2010 Apr;26(4):889-99. [Resumo](#)
41. Allan GM, Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. CMAJ. 2014 Feb 18;186(3):190-9. [Resumo](#)
42. De Sutter AI, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 29;(11):CD009345. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;(2):CD004976. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. AlBalawi ZH, Othman SS, AlFaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 19;(6):CD008231. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. US Food and Drug Administration. Use caution when giving cough and cold products to kids. February 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
46. King D, Mitchell B, Williams CP, et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 20;(4):CD006821. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Green JL, Wang GS, Reynolds KM, et al. Safety profile of cough and cold medication use in pediatrics. Pediatrics. 2017 Jun;139(6). [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Isbister GK, Prior F, Kilham HA. Restricting cough and cold medicines in children. J Paediatr Child Health. 2012 Feb;48(2):91-8. [Resumo](#)

49. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 24;(11):CD001831. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, et al. Pharmacologic and nonpharmacologic treatment for acute cough associated with the common cold: CHEST expert panel report. *Chest*. 2017 Nov;152(5):1021-37. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. 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](#)
52. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, et al. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 10;(4):CD007094. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. El-Gohary M, Hay AD, Coventry P, et al. Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: a systematic review. *Fam Pract*. 2013 Oct;30(5):492-500. [Resumo](#)
54. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 4;(6):CD000247. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Public Health England. Managing common infections: guidance for primary care. December 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
56. National Institute for Health and Care Excellence. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics. July 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
57. 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](#)
58. O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, et al. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;(11):CD011360. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. 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](#)
60. Nahas R, Balla A. Complementary and alternative medicine for prevention and treatment of the common cold. *Can Fam Physician*. 2011 Jan;57(1):31-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Caruso TJ, Prober CG, Gwaltney JM Jr. Treatment of naturally acquired common colds with zinc: a structured review. *Clin Infect Dis*. 2007 Sep 1;45(5):569-74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Singh M, Singh M, Jaiswal N, et al. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 29;(8):CD001728. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. D'Cruze H, Arroll B, Kenealy T, et al. Is intranasal zinc effective and safe for the common cold? A systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care*. 2009 Jun;1(2):134-9. [Resumo](#)

64. Aberg N, Aberg B, Alestig K. The effect of inhaled and intranasal sodium cromoglycate on symptoms of upper respiratory tract infections. *Clin Exp Allergy*. 1996 Sep;26(9):1045-50. [Resumo](#)
65. Butler CC, Robling MR, Prout H, et al. The management of suspected acute viral upper respiratory tract infection in children: a community-based randomised controlled trial of treatment with intranasal sodium cromoglycate. *Lancet*. 2002 Jun 22;359(9324):2153-8. [Resumo](#)
66. Paul IM, Beiler JS, King TS. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):1092-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 13;(10):CD008116. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Rowe CA, Nantz MP, Bukowski JF, et al. Specific formulation of *Camellia sinensis* prevents cold and flu symptoms and enhances gamma,delta T cell function: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Coll Nutr*. 2007 Oct;26(5):445-52. [Resumo](#)
69. Pittler MH, Ernst E. Clinical effectiveness of garlic (*Allium sativum*). *Mol Nutr Food Res*. 2007 Nov;51(11):1382-5. [Resumo](#)
70. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 11;(11):CD006206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Zhang X, Wu T, Zhang J, et al. Chinese medicinal herbs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004782. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Byun JS, Yang SY, Jeong IC, et al. Effects of So-cheong-ryong-tang and Yeon-gyo-pae-dok-san on the common cold: randomized, double blind, placebo controlled trial. *J Ethnopharmacol*. 2011 Jan 27;133(2):642-6. [Resumo](#)
73. Timmer A, Günther J, Motschall E, et al. Pelargonium sidoides extract for treating acute respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 22;(10):CD006323. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Larmo P, Alin J, Salminen E, et al. Effects of sea buckthorn berries on infections and inflammation: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Eur J Clin Nutr*. 2008 Sep;62(9):1123-30. [Resumo](#)
75. Mousnier A, Bell AS, Swieboda DP, et al. Fragment-derived inhibitors of human N-myristoyltransferase block capsid assembly and replication of the common cold virus. *Nat Chem*. 2018 Jun;10(6):599-606. [Resumo](#)
76. Hao Q, Dong BR, Wu T. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 3;(2):CD006895. [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Suzuki M, Yokoyama Y, Yamazaki H. Research into acupuncture for respiratory disease in Japan: a systematic review. *Acupunct Med*. 2009 Jun;27(2):54-60. [Resumo](#)
78. Fan T, Zhang Y, Jiang H, et al. Huo Xiang Zhengqi dropping pill in treating wind cold and dampness stagnation pattern of common cold: a randomized controlled trial [in Chinese]. *Chin J Evid Based Med*. 2012;3:283-8.

79. Ross SM. African geranium (EPs 7630), part I: a proprietary root extract of *Pelargonium sidoides* (EPs 7630) is found to be effective in resolving symptoms associated with the common cold in adults. *Holist Nurs Pract*. 2012 Mar-Apr;26(2):106-9. [Resumo](#)
80. Simancas-Racines D, Franco JV, Guerra CV, et al. Vaccines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 18;(5):CD002190. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. *BMJ*. 2003 Nov 8;327(7423):1088-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. *Ann Fam Med*. 2013 Jan-Feb;11(1):5-13. [Texto completo](#) [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 considerálas 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	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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

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:

Bruce Arroll, MBChB, PhD, FRNZCGP

Professor

Department of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, Auckland, New Zealand

DIVULGAÇÕES: BA is an author of a number of references cited in this topic.

Timothy Kenealy, MBChB, PhD, FRNZCGP

Associate Professor of Integrated Care

Department of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, Auckland, New Zealand

DIVULGAÇÕES: TK is an author of a number of references cited in this topic.

// Colegas revisores:

Christopher Cates, MA, FRCGP

Senior Research Fellow

Division of Community Health Sciences, St. George's University of London, London, UK

DIVULGAÇÕES: CC declares that he has no competing interests.

Christopher Del Mar, MA MB, BChir MD, FRACGP, FAFPHM

Professor

Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Queensland, Australia

DIVULGAÇÕES: CDM declares that he has no competing interests.

An De Sutter, MD, PhD

Associate Professor

Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, Belgium

DIVULGAÇÕES: ADS declares that she has no competing interests.

Greg Poland, FRCOG

Mary Lowell Leary Endowed Professor

General Internal Medicine, Paediatrics, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: GP has no competing interests in regards to the common cold. He does consult with a variety of manufacturers and performs research studies related to influenza, funded by vaccine manufacturers, none of which involves virus related to the common cold.

Peter Dicipinigitis, MD

Professor of Clinical Medicine

Albert Einstein College of Medicine, Director, Intensive Care Unit, Weiler Division/Montefiore Medical Center, Bronx, NY

DIVULGAÇÕES: PD has served as a consultant to Reckitt Benckiser, Procter & Gamble, Wyeth Pharmaceuticals, Novartis, Glaxo SmithKline, and Boehringer Ingelheim.