



Guias de prática clínica: orientações para indexação de acordo com a Metodologia LILACS

Nota Técnica N. 01/2021

GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA COMO ASSUNTO

DOI: <u>10.5281/zenodo.6784462</u>



This work is licensed under a

Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Objetivo: Orientar a análise e leitura técnica dos documentos para identificar *Guias de Prática*

Clínica, seja como tipo de publicação ou descritor de assunto.

Público-alvo: Profissionais da informação que atuam na indexação de documentos usando a

Metodologia LILACS ou na elaboração de estratégias de busca na LILACS e nas Bibliotecas

Virtuais em Saúde (BVS). **Conteúdo:** Metodológico

Data de criação: junho 2021

Introdução

Os Guias de Prática Clínica consistem em um conjunto de diretrizes para auxiliar o profissional da saúde nas tomadas de decisões. São desenvolvidas por agências governamentais em qualquer nível: instituições, organizações, sociedades profissionais, juntas governamentais ou por reunião de especialistas.

Por incorporarem as melhores evidências científicas auxiliam no processo de tomada de decisão em saúde por meio de suas recomendações. Bem elaboradas, essas diretrizes reduzem as variações e discrepâncias nos cuidados de saúde empregados nas atividades de diagnóstico, tratamento, prognóstico ou prevenção. Ao mesmo tempo, desencorajam as intervenções potencialmente prejudiciais ou ineficazes ao paciente.^{1,2}

Por se tratar de um documento de alta relevância, já que seu uso reflete diretamente nos resultados dos cuidados em saúde, o indexador deve estar seguro ao indexar corretamente esse





Tipo de Publicação, para que possibilite a correta recuperação desses documentos pelos usuários.

O simples fato de o título de uma publicação conter a palavra "guia" não a caracteriza como tal. Muitos artigos de revisão, declarações de consensos e recomendações são equivocadamente rotulados de "guias" e não possuem um rigor metodológico adequado para serem assim designados. Importante ressaltar que existe uma grande variabilidade na qualidade dos Guias publicados e que muitas não apresentam padrões fundamentais em seu desenvolvimento.¹

10.5281/zenodo.6784462

Os guias de prática clínica geralmente preenchem/obedecem a maioria dos seguintes critérios:

- Escopo e objetivo claro
- Envolvimento de uma organização/agência patrocinadora
- Rigor no desenvolvimento
- Clareza na apresentação
- Aplicabilidade
- Independência editorial

Muitos Guias são elaborados utilizando a abordagem de classificação do sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) para qualificar os estudos que serviram de fundamento na concepção do trabalho.^{3,4} A menção ou abordagem da classificação GRADE em seu conteúdo evidencia o rigor metodológico na elaboração das diretrizes.

Características estruturais e de conteúdo permitem ao indexador fazer a distinção entre uma guia de prática clínica, que pode ser indexada como Tipo de publicação, daqueles documentos que mencionam, analisam ou comentam diretrizes.





RIREME de Informação em Ciências da Saúde

Características fundamentais dos guias de prática clínica

Fonseca NM, Pontes JP, Vaz Perez M, Alves RR, Fonseca GG. SBA 2020: Atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes. Braz J Anesthesiol. 2020;70(4):364-87. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.006



SBA 2020: Atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes



Neuber Martins Fonseca @ a,b,c,h,*, João Paulo Jordão Pontes @ d,b,d Marcelo Vaz Perez @ e.f.h, Rodrigo Rodrigues Alves @ d. e Gabriel Gondim Fonseca 0*

- ⁸ Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Faculdade de Medicina, Disciplina de Anestesiologia, Uberlândia, MG, Brasil
 ^b Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Faculdade de Medicina, Centro de Ensino e Treinamento (CET), Uberlândia, MG,

- Brasil

 C Comissão de Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Rio «

 Hospital Santa Genoveva de Uberlândia, CET/SBA, Uberlândia, MG, Brasil

 Immandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, Sª Brasil

 Conselho Ediroriol da Revista Brasileira de Anestesiologia, São Paulo, Sª Brasil

 Immandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Anestheciolomo, Sociel

 Titula Superior em Anestesiologia (TSA), Sociedade Brasil

 European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care, i

rage safe and quality patient care, but cannot ass

rage sate and quality patient care, but cannot assy in commendation, they are subject to review as kn for example. The objective was to assess safety as in patients using antithrombotic drugs, such as: possible technique-associated complications; spinal hematoma-associated risk factors, prevention strategies, diagnosis and treatment; safe interval for discontinuing and reinitiating medication after regional blockade.

© 2020 Sociedade Brasileira de Amestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an

open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/license)

Palavra Diretriz no título do documento

Sigla da Sociedade Brasileira de Anestesiologia indicando a responsabilidade e caracterizando um grupo de especialistas

Objetivo claro

Avaliar aspectos da segurança em anestesia e analgesia regional em pacientes em uso de medicações antitrombóticas, tais como: possíveis complicações decorrentes da técnica; fatores de risco associados ao hematoma espinhal, estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento; intervalo seguro para suspensão e reinício da medicação após o blo-

queio regional.

Os nomes comerciais aqui apresentados são apenas exemplos ilustrativos, de forma que os autores não apresentam conflitos de interesses

Atualização d regional e usc

Objetivo

Padrões evolutiva Venoso Perioper antitrombóticas preocupações coneuroaxial. Des Sociedade Brasi camentos anticinstituições reg ANVISA. Além dam abordar es no manejo perio flitantes. Em re

anaesthesia" [All Fields] OR "anesthesia, conduc-tion" [MeSH Terms] OR "anesthesia" [All Fields] AND "Conduction" [All Fields]) OR "conduction anesthesia" [All Fields] OR "regional" [All Fields] AND "anesthesia" [All Fields] OR "regional anesthesia" [All Fields].

Forca e grau de recomendações

As recomendações adotadas utilizaram o sistema de

As recomendações adotadas utilizaram o sistema de classificação com base no nivel de evidência e força de recomendação conforme a descrição GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

O nivel de classificação de evidências GRADE combina uma descrição objetiva dos tipos de estudos/consenso de especialistas que apoplam a recomendação. O hematoma espinal é uma complicação rara e a impossibilidade de fazer ensaios clínicos randomizados, assim como meta-análtise, não permite disponibilizar nivel mais atto (A) de evidência. Numerosas séries observacionais e epidemiológicas (tripicamente, nivel de evidência 8) documentama as condições para desempenho seguro de anestesia no neuroeixo e analgesia no paciente anticoagulado. Entretanto, evidências de atta qualidade podem vir de grandes séries observacionais/epidemiológicas, resultando em redução de risco, as recomendações dessas fontes podem ser categorizadas como grande. Assim, dependendo da redução de risco, as recomendações dessas fontes podem ser categorizadas como

unito grande. Assim, dependendo da redução de risco, as recomendações desaas fontes podem ser categorizadas como nivel de evidência à ou B. Frequentemente, recomendações envolvendo o manuseio anestésico de novos agentes anti-trombóticos, para os quaiso sóa dos que envolvem segurança e/ou risco são esparsos, baseiam-se na farmacologia dos fármacos alteradores da hemostasia, risco de sangramento cirúrgico e opinião de especialistas (nivel c de evidência). O grau de recomendação indica a força da diretir 2 o grau de consenso. O Grau 1 emite evidências conflictantes ou opinião sobre a utilidade e o Grau 3 sugere que o procedimento pode não ser útil (e é possívelmente prejudicial). Esta diretirz não contém recomendações de Grau 3. A palevra "recomendações" trita (esta diretira não contém recomendações de Grau 3. A palevra "recomendamos" é usada para recomendações fortes (notas 1A, 18 e 1C), e "sugerimos" para recomendações más fracas (notas 2 A, 28 e 2 C). Nos casos em que a evidência é escassa (como com os novos anticoagulantes oraís), os autores valorizaram muito a segurança do paciente e proqueram tempos conservadores (ou se)a, mais

Esta seção também aborda extensivamente o risco de sangramento em pacientes submetidos a bloquelo de plexo ou bloquelo regional periférico. Essas recomendações destinam-se ao uso por anestesiologistas e outros médicos e prestadores de serviços de saúde que realizam bloquelo anestésico/ analgésico regional neuroaxial e periférico. No entanto, podem servir como um recurso para outros profissionais de saúde envolvidos no manejo de pacientes submetidos a procedimentos semelhantes (p. ex., mielografia e punção lombar).

Incidência, fatores de risco e evolução neurológica

Hematoma Espinhal/Peridural (HEP), definido como sangra Hematoma Espinhal/Peridural (HEP/), definido como sangra-mento sintomático no interior do canal vertebral, é uma complicação rara e potencialmente catastrófica da aneste-sia no neuroeixo. ² O HEP ocorre máis espontaneamente do que como resultado de anestesia do neuroeixo. A maioria dos hematomas espontâneos é idiopática, mas casos relaci-onados a terapia anticoagulante e malformações vasculares representam a segunda e terceira causas mais comuns, res-pectivamente.

Quando associado a anestesia no neuroeixo, o uso co

pectivamente.

Quando associado a anestesia no neuroeixo, o uso concomitante de anticoagulantes representa o principal fator de risco associado ao HEP.¹ A hemorragia no canal medular ocorre mais comumente no espaço peridural, provavelmente devido ao plezo venoso peridural promeinente, embora variáveis anestésicas, como o tamanho da aguiha e a colocação do cateter, também possam afetar o local do sanegramento clinicamente significativo.¹³

A incidência real de disfunção neurológica resultante de complicações hemorrágicas associadas ao bloqueio neural central é desconhecida. As primeiras revisões de literatura estimaram ao corrência de 1 caso em 150.000 punções sepridurais e 1 caso em 200.000 punções subaracnóideas.⁴ Entretanto, as séries emovividas nesses cálculos emoviveram pacientes que não estavam recebendo tromboprofilaxia. Outras séries de casos e levantamentos epidemiológicos realizados sugerem risco maior.¹⁸

Além disso, como não existe um sistema obrigatório de notificação e dou registro centralizado, é provável que muitos HEP não sejam relatados e a frequência seja maior do que a calculada. Apesar de a incidência do HEP ser pequena, a gravidade clínica de suas consequências, juntamente como sucusto de litigio subsequente ao evento adverso, torna crucial o desenvolvimento de estratégias sólidas para o manejo de pacientes anticoagulados durante anestesia no neuroelvo.¹⁸

Com a introducão. na América do Norte, de 30m ade

Com a introdução, na América do Norte, de 30 mg de Com a introdução, na América do Norte, de 30 mg de enoxaparina administradas duas vezes ao dia para trom-boprofilaxia, um número alarmante de casos de hematoma peridural, alguns com paraplegia permanente, foram reportados. A incidência de HEP calculada em duas doses diárias de enoxaparina foi de 1:40.800 após anestesia subaracnóidea, 1:6.600 após punção peridural simples e 1:3.100 após punção peridural com inserção de cateter peridural. "Na Europa, o uso de dose única de 40 mg de enoxaprina, mostrou incidência menor de HEP. Em estudo retrospectivo realizado na Suécia, if oi encontrado risco de 1:156.000 após anestesia subaracnóidea e 1:18.000 em anestesia peridural, sendo

Rigor no desenvolvimento

Utilização do sistema GRADE abordando a qualidade das evidências





para receber 60 mg de AAS ou placebo. Das 1422 pacientes para receoer sumg de AAS ou placenoo. Das 1442 pacientes do grupo do AAS e que receberam anestesia peridural, não houve relato de HEP.²¹ No outro estudo, foram avaliadas 3531 gestantes; 451 pacientes receberam AAS e foram submetidas a anestesia peridural, e também não houve caso de HEP.²¹ Os resultados corroboram com as evidências de que o uso do AAS na população obstétrica e ortopédica és eguro.^{21,32} Em relação ao uso dos outros AINES, dos 1035 pacientes submetidos à hisiação noetífural de corticosternidas para tra-submetidos à hisiação noetífural de corticosternidas para tra-

Em relação ao uso dos outros AINEs, dos 1035 pacientes submetidos à injeção peridural de corticosteroides para tra-tamento de dor crônica, 249 receberam ínjeção peridural na vigência de tratamento com esses fármacos e não foi observado HEP.¹³ sugerindo segurança da anestesia no neuroeixo em pacientes recebendo AINEs. Dessa forma, o uso isolado do AAS e outros AINEs não aumenta de forma significativa o risco de HEP. Entretanto, a combinação desses fármacos com outros que interferem na coagulação normal, como heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular, anticoagulantes o rais e outros antiplaquetários, demonstram aumento do risco de HEP.^{3,15,36}

Recomendações

equências do sangramento, caso

1. O uso isolado do AAS parece não representar risco adi-cional para o deservolvimento de HEP em pacientes submetidos a anestesia peridural ou subaracnóidea. Nos pacientes em uso desses fármaco, não há preocupação específica quanto ao intervalo entre punção espi-nhal/peridural ou inserção de cateter e a última dose administrada do fármaco. Da mesma forma, não há necessidade de aguardar intervalo de supensão do fár-maco para a retirada do cateter ou para a administração pós-operatória do fármaco após retirada do cateter (18).^{2,31-32}

2. No uso isolado dos outros AINEs, parece não haver risco No uso isolado dos outros AINES, parece não haver risco adicional de HEP em pacientes submetidos à anestesia subaracnóidea ou peridural. ¹¹ Nos pacientes em uso desses fármacos não há preocupação específica quanto ao intervalo entre punção espinhal/peridural ou inserção de cateter e a última dose administrada do fármaco. Da mesma forma, não há necessidade de aguardar intervalo de suspensão do fármaco para a retirada do cateter ou para a administração pós-operatória do fármaco após a retirada do cateter (18). ³⁴

3.

- para a administração pos-operatoria do fármaco apos a retirada do cateter (18).³². Em pacientes que recebem AA5 ou outros AINES, sugerimos cautela na realização de técnicas de bloqueio no neuroeixo, caso haja uso simultâneo de outros medicamentos que afetamo s mecanismos de coagulação como anticoagulantes orais, HNF e HBPM devido ao aumento do risco de complicações hemorrágicas (2C).¹² Devido à ausência de efeito na função plaquetária com inibidores soletivos da COX-2 e risco menor de sangramento perioperatório, esses medicamentos não precisam ser interrompidos (18).^{52,57} Alám disso, por terem mínimo efeito na função plaquetária, os inibidores de COX-2 devem ser preferdos em pacientes que necessitam de terapia anti-inflamatória na presença de anticoagulação (2C).^{1,22} Co uso de analégisicos, como dipirona e paracetamol, parece não contraindicar a anestesia no neuroeixo, pois ñao há, a tê o momento, casos de HEP relacionado ao uso dessas medicações (2C).^{1,13}

Tienopiridínicos

Ticlopidina (Ticlid®), Clopidogrel (Plavix®) e Prasugrel (Efient®) são inibidores plaquetários pertencentes à classe

Clareza e Aplicabilidade

horas, dalteparina 200 Ul.kg⁻¹ por dia, ou tinzaparina 175 Ul.kg⁻¹ por dia, é recomendado um intervalo de pelo menos 24 horas entre a última dose e o bloqueio no neuroeixo para assegurar hemostasia normal (2C).

Bloqueio do plexo e periférico no paciente anticoagulado

anticoagulado

Embora o HEP seja a maior complicação hemorrágica da anestesia regional, devido à natureza catastrófica de sangramento em espaço restrito e não compressivel, or risco asociado após bloqueiso de plexo e nervos periféricos permanece indefinido.¹ Os casos publicados de sangramento/hematomas clinicamente significativos agos técnicas de plexo ou periféricos, tanto em pacientes com hemostasia normal como naqueles em uso de terapia antitrombótica e que apresentaram algum grau de déficit neurológico, apresentaram reuperação astifactiva da função nervos entre 6 a 12 meses. Assim, enquanto o sangramento em uma bainha neurovascular pode resultar em reduções significativas no hematócrito, a natureza expansivel do local periféricos ano em acientes submetidos a bloqueiso de nervos periféricos tanto com hemostasia normali^{18,18} como em pacientes com se de terapia antitrombótica ou cagulopatias. ^{139,16} Embora a maioria dos casos evoluiu sem dano neurológico, houve prologamento da estadia hospitalar, com prejuto e insatisfação do paciente, assim como necessidade de transfusão de concentrados de hemácias. Em umos houve notes de 1018 de Asericeros Scrédes of Regional.

necessidade de transtusao de concentrados de nemacias. Em um caso houve morte por sangramento macioc. ⁶¹
A diretriz de 2018 da American Society of Regional Anesthesis revisou todos os casos de complicações hemor-rágicas relacionadas a bloqueios de plexos profundos ou nervo periférico. ⁷ Foi encontrada uma série de 32 casos, sendo 14 casos em pacientes com hemostasia normal e 18

ocorra (2C)."

3. Até a realização de estudos maiores, essa força tarefa sugere o uso da ultrassonografia para realização de biotoqueios periféricos superficiais e profundos com o intuito de reduzir o risco de punção vascular inadvertida (2C). 166

as mesmas recomen bloqueio do neuroei Para pacientes subr técnicas periféricas, a realização do blo trombótica de acoro vascularização e con ocorra (2 C). 1.2 4té a realização de a

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

- eca NM, Alves RR, Pontes JPJ. Sociedade Brasileira de tesiologia. SBA recommendations for regional anesthesis by in patients taking anticoagulants. Rev Bras Anestesiol
- 1. FORSECA PM, ANNES DM, LANGE AND FOR PEGIONAL AND STREAM PARTICIPATION OF THE PM AND STREAM PARTICIPATION OF THE PARTICIPATION OF THE PARTICIPATION OF THE PARTICIPATION OF THE PARTICIPATIO

Independência editorial







Barroso WK, Rodrigues Cl, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. 2021;116(3)516-658.

http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 Barroso et al. **Diretrizes** Palavra "Diretrizes" no título do documento

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020

Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020

Realização: Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

Conselho de Normatizações e Diretrizes (2020-2021): Brivaldo Markman Filho, Antonio Carlos Sobral Sousa, Aurora Felice Castro Issa, Bruno Ramos Nascimento, Harry Correa Filho, Marcelo Luiz Campos Vieira

Coordenador de Normatizações e Diretrizes (2020-2021): Brivaldo Markman Filho

Coordenador Geral: Weimar Kunz Sebba Barroso

Núcleo Coordenador: Weimar Kunz Sebba Barroso, Cibele Saad Rodrigues, Luiz Aparecido Bortolotto, Marco Antônio Mota-Gomes

Antônio Mota-Gomes

Autores da Diretriz: Weimar Kunz Sebba Barroso, 1:5 Cibele Isaac Saad Rodrigues, 5 Luiz Aparecido Bortolotto, 1 Marco Antônio Mota-Gomes, 5 Andréa Araujo Brandão, 4 Audes Diógenes de Magalhães Feitosa, 7 Carlos Alberto Machado, 5 Carlos Eduardo Poli-de-Figueiredo, 10 Celso Amodeo, 11 Décio Mion Júnior, 1:5 Eduardo Costa Duarte Barbosa, 1 Fernando Nobre, 14:5 Isabel Cristina Britto Guimarães, 1 José Fernando Vilela-Maria, 1 Juan Carlos Yugar-Toledo, 1 Maria Eliane Campos Magalhães, 1 Mário Fritsch Toros Neves, 5 Paulo César Brandão Veiga Jardim, 2 Moberto Dischinger Miranda, 1 Mario Histo Fritsch Toros Neves, 5 Paulo César Brandão Veiga Jardim, 2 Moberto Dischinger Miranda, 1 Mario Hario Fritsch Toros Neves, 6 Rodra C. Fuchs, 3 Alexandre Alessi, 2 Alexandre Jorge Gomes de Lucena, 2 Andro Avezum, 3 Ana Luiza Lima Sousa, 1 Andre Ana Piandro Sposió, 3 Angela Maria Ceraldo Pierin, 4 Ananelise Machado Gomes de Paiva, 4 Androi Cardos de Souza Spinelli, 4 Armando da Rocha Nogueira, 7 Nelson Dinamarco, 2 Bruna Eibel, 3 Caludía Lúcia de Moraes Foriaz, 3 Claudía Regina de Oliveira Anini, 1 Elizabeto Barbista, 1 Elizabeto Alessio Cardini, 1 Elizabeto Elizabete Vianade Frieritas, 4 Elizabeth da Rosa Duarte, 4 Elizabeth Silaid Muxfeldt, 5 Emilton Lima Júnio, 5 Erika Maria Conçalves Campana, 4 Elizabeth da Rosa Duarte, 4 Elizabeth Silaid Muxfeldt, 5 Emilton Lima Júnio, 5 Frandro Consolim-Colombo, 5 Frandro José Cesarino, 8 Frandro Antonio de Almeida, 6 Hávio Antonio de Oliveira Borelli, 4 Flávio Danni Fuchs, 4 Frida Liane Plavnik, 4 Cil Fernando Salles, 7 Cilson Soares Feitosa, 6 Ciovanio Vieira da Silva, 1 Carda Maria Cuerra, 4 Heitor Moreno Júnior, 5 Heilius Carl

Indicação das três sociedades médicas responsáveis pela elaboração do documento

Apresentação clara das recomendações para uso de medicamentos

Classe	Classe e Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Freq.*	Comentários e recomendações
Diuréticos tiazídicos e similares	Hidroclorotiazida	25-50	1	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.
	Clortalidona	12,5-25	1	
	Indapamida	1,5	1	
Diuréticos de alça	Furosemida	20-240	1-3	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquidos (edema).
	Bumetanida	1-4	1-3	
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25-100	1-2	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na IRC e quando associada a inibidores da ECA ou BRA.
	Amilorida	2,5-5	1	Disponível unicamente associada à hidroclorotiazida ou à clortalidona.
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di- hidropiridinicos	Anlodipino	2,5-10	1	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Pode provocar edema de membros inferiores relacionado com a dose utilizada.
	Felodipino	2,5-10	1	
	Nifedipino	10-60	1-3	
	Nitrendipino	10-30	1	
	Manidipino	10-30	1	
	Lacidipino	2-6	1	
	Lercanidipino	10-20	1	
	Levanlodipino	2,5-5	1	
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) não di- hidropiridínicos	Verapamila	120-360	1-2	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Evite a associação com betabloqueadores e em pacientes com bradicardía.
	Diltiazem	80-240	1-2	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)	Captoprila	25-150	2-3	Evite o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais e outras complicações na gestação. Contraindicada em associação a outros inhibiores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na ICC. Risco de hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio.
	Enalaprila	5-40	1-2	
	Benazeprila	10-40	1-2	
	Lisinoprila	10-40	1	
	Fosinoprila	10-40	1	
	Ramiprila	2,5-20	1-2	
	Perindoprila	2.5-10	1	





Não se caracterizam guias de prática clínica

Ubeda C, Nocetti D, Aragón M, Aragón G, Aragón D, Medina O. Diagnostic reference levels in dental radiological procedures: a practical guide. Int J Odontostomat. 2020;14(4):610-16. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000400610

Int. J. Odontostomat. 14(4):610-616, 2020.

Niveles de Referencia para Diagnóstico en Procedimientos Radiológicos Dentales: Una Guía Práctica

Diagnostic Reference Levels in Dental Radiological Procedures: A Practical Guide

Carlos Ubeda1; Diego Nocetti1; Marco Aragón2; Gonzalo Aragón3; Diego Aragón4 & Oscar Medina5

UBEDA, C.; NOCETTI, D.; ARAGÓN, M.; ARAGÓN, G.; ARAGÓN, D. & MEDINA, O. Niveles de referencia para diagnóstico en procedimientos radiológicos dentales: una quia práctica. Int. J. Odontostomat. 14(4):610-616, 2020.

RESUMEN: Las exposiciones médicas con radiación ionizante son actualmente la principal fuente de exposición a RESUMEN: Las exposicones medicas con radiación indizante son actualmente la principal tuente de exposición a la radiación artificial a nivel global, entre ellas, los exámenes dentales corresponden a uno de los más fricuentes. Para prevenir dosis innecesariamente altas a los pacientes durante estas exposiciones, la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) recomienda la utilización de Niveles de Referencia para Diagnóstico (DRL-s), como una heramienta efectiva de ayuda a la optimización de la protección radiológica en la exposición médica de pacientes. Dado que la legisla-ción de Chile aún no ha incorporado el uso de los DRLs, el presente trabajo de revisión tuvo como objetivo analizar la publicación N° 13.5 de la ICRP para generar un documento que sirva de guía para los odontólogos, explicando de manera didáctica y en un lenguaje sencillo, pero técnico, los principales aspectos a tener en cuenta para establecer los DRLs en procedimientos de radiología dental.

PALABRAS CLAVE: niveles de referencia para diagnóstico, radiología dental, seguridad y protección

Organismo Internacional de Energía Atómica, el cual destaca la importancia de conocer y aplicar los DRLs: Granismo Internacional de Energía Atómica, 2016).

a. DRL: Es una forma de nivel de investig

Así, el presente artículo de revisión narrativa tuvo como objetivo analizar profundamente la publi-cación N° 135 de la ICRP (International Commission on Radiation Protection, 2017) para generar un documento que sirva como guía práctica para los odontólogos, explicando de manera didáctica y en un lenguaje sencillo, pero técnico, los principales aspec-tos a tener en cuenta para establecer los DRLs en procedimientos de radiología dental.

DESARROLLO

Antecedentes. En el año 1990 fue mencionado por primera vez el concepto de DRL (International Commission on Radiation Protection, 1990), donde se indicaba que: "Se debería considerar el uso de restricindicaba que: "Se debería considerar el uso de restric-ciones de dosis, o niveles de investigación, seleccio-nados por la autoridad profesional o reguladora apro-piada, para su aplicación en los procedimientos diag-nósticos comunes. Estas restricciones se deberían aplicar con cierta flexibilidad, con el fin de permitir el

a. DRL: Es una forma de nivel de investigación utiliza-da como herramienta <u>para ayudar-a-la-optimización</u> de la-protección en la exposición medica de pacientos sometidos a procedimientos de diagnóstico e

b. Magnitud de DRL: Una magnitud que sea fácilmen-te medible y que permita evaluar la cantidad de radiación utilizada para realizar una tarea clínica concreta (Tablas I y II).

c. Valor de DRL: Un valor numérico arbitrario de una magnitud de DRL. Se habla de "valor típico de DRL" cuando se refiere a centros sanitarios que tengan una o varias salas de rayos X, o un pequeño grupo de instalaciones que utilican una nueva técnica. En este caso se utiliza la mediana de la magnitud seleccionada. Además, se establece el percentil 75 de la distribución de las medianas de la magnitud DRJ elecida en ción de las medianas de la magnitud DRL elegida en:

(a) unos nocos centros sanitarios, una localidad o una (a) unos pocos centros santarios, una localidad o una ciudad (denominado "valor local de DRL"); (b) múlti-ples instalaciones en todo el país (denominado "valor nacional de DRL"); o (c) múltiples países en una mis-ma región del mundo (denominado "valor regional de

Embora o título contenha o termo "guia prático" o trabalho não se caracteriza como um guia de prática clínica

O artigo se trata de uma revisão narrativa com o objetivo de analisar com mais profundidade a publicação da Comissão Internacional de Proteção Radiológica, não sendo um guia original



Leite FR, Araújo EA, Ribeiro CC. Recomendações nutricionais na distrofia muscular de Duchenne. Rev Bras Neurol. 2021;57(1):30-8.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177699/rbn-571-6-recomendacoes-nutricionais-nadistrofia-muscular-de-duchenne.pdf

Recomendações nutricionais na Distrofia Muscular de **Duchenne**

Nutritional recommendations in Duchenne Muscular Dystrophy

Flávia Rodrigues Leite¹. Evelyn Alves Araújo¹. Camila Cury Ribeiro

Palavras chave: D

RESUMO

OBJETIVO: Pesquisar as recomendações nutricionais para pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, atrevês de levantamento bibliográfico nos abases cientificas PubMed e Scielo, foram utilizadas as palavras com os termos Nutrição, Nutrientes, Nutraceluticos, Vitaminas e Antioxidantes. Foi realizada a busca dos antigos publicados nos últimos 10 anos. RESULTADOS: jút he last 10 years. RESULTS: A total of 102 articles Foram selecionados 102 artigos, dos quais após andisor dos critérios de exclusão e inclusão, resultaram em 31 inclusioner; relacida a base dos antigos publicados nos últimos 10 anos. RESULTADOS: jút he last 10 years. RESULTS: A total of 102 articles foram selecionados 102 artigos, dos quais após andisor deficiências nútricionais e desnutrição.

Pacientes que fazem uso crônico de corticoides poder desenvolver sobrepeso e obesidade devido a intensificaçã da forme, resistência à insulina, e culminar nas docneç crônicas não transmissíveis (DCNT's)¹. Atualmente não constituirado para por constituirado para p

Pacientes que fazem uso crônico de corticoides podem desenvolver sobrepeso e obesidade devido a intensificação da fome, resistência à insulina, e culminar nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's)1. Atualmente não existe cura para a doença e os tratamentos disponíveis são utilizados como medidas para desacelerar o curso da doença. Ensaios clínicos que associam uso de medicamentos com alguns compostos ou este de forma isolada, demonstraram melhora de alguns parâmetros da doença.

Os compostos bioativos, vitaminas, antioxidantes, suplementos a base de aminoácidos e proteínas, como whey protein, arginina, taurina, coenzima Q10, chá verde, cúrcuma, resveratrol, ômega 3, entre outros, tem sido utilizados para minimizar os danos no tecido muscular e diminuição de citocinas inflamatórias^{4,5}. A terapia nutricional pode apresentar relevante papel na manutenção/recuperação do estado nutricional e no retardo da progressão da doença6. No Brasil, não há guias ou protocolos que auxiliem e orientem profissionais a respeito da terapia nutricional. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo revisar as recomendações nutricionais internacionais para portadores da DMD.

MÉTODO

Revisão integrativa através de levantamento bibliográfico no qual foram avaliados periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases científicas Scielo No título desse estudo encontramos a palavra "recomendações", sugerindo que possa se caracterizar uma diretriz. No entanto, a ausência da indicação de uma organização/sociedade/agência e a descrição metodológica do trabalho evidenciam não se tratar de um quia de prática clínica

forma foram eleitos 31 artigos utilizados como base para a elaboração dessa revisão e um livro.

Após análise do conteúdo obtido da amostra, foi possível identificar que há o predomínio de alterações nutricionais na população acometida pela DMD, emergindo questões como: qual seria o papel do nutricionista no cuidado desses pacientes? e quais são as medidas necessárias para recuperação e manutenção do estado nutricional e auxílio na diminuição da progressão da doença?

DISCUSSÃO

Na DMD ocorre uma produção exacerbada de espécies reativas de oxigênio (EROs), que são subprodutos do processo inflamatório sistêmico. Estas moléculas são geradas durante o processo de estresse oxidativo, gera danos nos tecidos e alterações em organelas e no DNA, além de exacerbada peroxidação lipídica e oxidação proteica5. A necessidade de micronutrientes como o cálcio e vitamina D podem estar aumentados nos pacientes , devido ao aumento de inflamação sistêmica, alimentos e suplementos com ação antioxidante também podem ser utilizados como coadjuvantes2,7

Em torno 47% dos pacientes DMD relataram queixa de constipação, apresentam os sintomas típicos como fezes endurecidas, de grosso calibre, defecação não frequente e presença de dor. A diminuição da mobilidade, desidratação devido à disfunção da deglutição, falta de fibra alimentar e hipomotolidade digestória são fatores de risco que podem

Revista Brasileira de Neurologia » Volume 57 » Nº 1» JAN/FEV/MAR 2021

Leite FR et al.

levar a ocorrência de constipação principalmente na adolescência, apresentando evacuação incompeta7,8. O uso de alimentos laxativos, consumo adequado de fibras e água podem minimizar essa condição.

Pacientes com DMD apresentam alterações na composição corporal, aumento de gordura corporal e perda de massa magra, em decorrência da diminuição da deambulação e do gasto energético basal (GEB).

Comumente crianças apresentam peso normal de acordo com o índice de massa corporal (IMC), porém Orientações Nutricionais na DMD

espessadas ou com uso de suplementos em pó10.

A diminuição da ingestão calórica, de proteínas, vitaminas, minerais e líquidos pode ser observada nos pacientes que apresentam perda gradual da força dos músculos respiratórios, que podem apresentar dificuldades na ingestão alimentar devido a fadiga, distúrbios de mastigação e deglutição devida à perda de função dos músculos respiratórios, uso de ventilação (BIPAP), dificuldade em coordenar respiração e deglutição contribuem para desnutrição energético proteica (DEP).





Os descritores

A nota de escopo do <u>descritor</u> e o <u>manual de indexação</u> definem GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA [Tipo de publicação] como um trabalho que consiste em um conjunto de orientações ou princípios para auxiliar o profissional da saúde nas decisões relacionadas com o tratamento do paciente, ou seja, diagnóstico adequado, terapêutica ou outros procedimentos clínicos para uma determinada condição clínica. Os guias de prática clínica podem ser desenvolvidos por agências governamentais em qualquer nível, instituições, organizações, como sociedades profissionais ou juntas governamentais ou por reunião de especialistas para discussão. Podem servir de base para a avaliação da qualidade e eficiência do tratamento em relação à melhora do estado de saúde, menor variação dos serviços ou procedimentos realizados e redução da variação nos resultados da assistência à saúde prestada.⁵

É usado para guias originais específicos relativos à atenção à saúde;

GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA COMO ASSUNTO [Descritor]

Consistem em trabalhos sobre orientações ou guias que apresentam regras de política atuais ou futuras para o praticante de cuidados de saúde, para ajudá-lo nas decisões de cuidados ao paciente a respeito de diagnóstico, terapia ou circunstâncias clínicas relacionadas.

O uso deste Descritor deve ser restrito a documentos que tratam da elaboração metodológica dos guias, sobre sua aplicação, avaliação, revisão, economia, etc.

Exemplo do uso de GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA COMO ASSUNTO [Descritor].

A indexação

As características que devem ser observadas para a decisão da indexação ou não de um documento como GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA [Tipo de publicação] dizem respeito à sua estrutura, conteúdo e informação. Não cabe ao indexador fazer o julgamento da sua qualidade ou efetividade.

Pontos a serem considerados na análise e indexação do documento:

- Verifique a estrutura e composição geral do documento. Possui em seu conteúdo recomendações, diretrizes, ou orientações para uma determinada prática clínica?
- Atente para as palavras: guia, orientação, recomendação, diretiva, diretriz, protocolo, instruções, *guidelines*. O uso dessas palavras pode dar pistas de que se trata de um guia de prática clínica. Ao indexar documentos em outros idiomas, atente para os termos específicos adotados.
- Observe se trata-se de uma diretriz original ou de adições, comentários ou análise de diretrizes já publicadas. É muito comum, principalmente em periódicos científicos, a publicação de discussões, comentários ou avaliações sobre diretrizes oficiais publicadas originalmente por outros órgãos ou entidades. Considere, nesse caso, o uso de GUIAS DE PRÁTICAS CLÍNICAS COMO ASSUNTO [Descritor], podendo ser indexado como primário ou secundário.



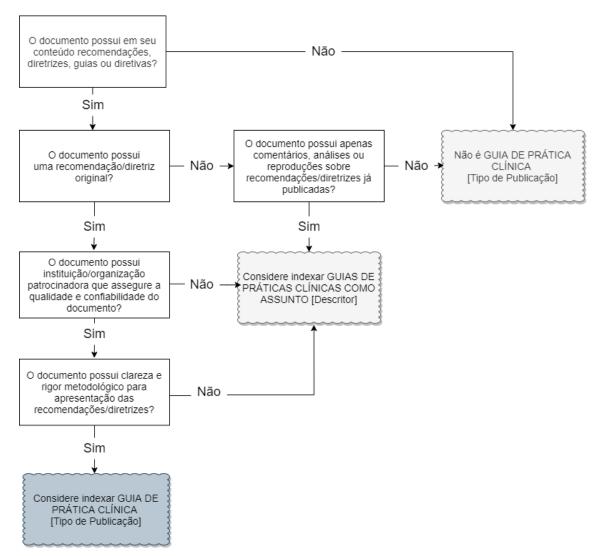


- Há uma organização, associação, entidade, sociedade médica que possa ser identificada como responsável pela qualidade e rigor metodológico do guia?
- Não tome a decisão analisando apenas o título do documento ou seção em que foi publicado no periódico. Muitos trabalhos utilizam termos como recomendações, consensos, guia, diretriz, porém são estudos que apresentam opiniões pessoais ou revisões de trabalhos sem o rigor metodológico demandado pelos guias de prática clínica.





ÁRVORE DE DECISÃO



Descritores e qualificadores relacionados

ABORDAGEM GRADE [Descritor]

Abordagem comum, sensível, transparente e estruturada à classificação da qualidade da evidência (ou certeza) e à força das recomendações desenvolvidas pelo grupo de trabalho denominado Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, cujo acrônimo é GRADE em inglês.

Pode ser usado na indexação quando na discussão da classificação de níveis de evidência utilizando a abordagem GRADE.

FIDELIDADE A DIRETRIZES [Descritor]

Concordância no cumprimento ou seguimento oficial, reconhecidos, ou exigências institucionais, diretrizes, recomendações, protocolos, caminhos e outras padronizações.

Eventualmente podem ser discutidos aspectos relacionados à observância das recomendações e que a coordenação com esse descritor seja requerida.





CONSENSO [Descritor]

Opinião geral coletiva ou de concordância. O julgamento é feito pela maioria dos interessados.

É comum que as recomendações tenham seu início a partir de processos grupais formados por especialistas. Quando discutido e abordado tal aspecto no texto esse descritor poderá ser usado na coordenação da indexação.

CONFERÊNCIAS DE CONSENSO COMO ASSUNTO [Descritor]

Trabalhos sobre o conceito de conferências de desenvolvimento de consenso, como seu projeto geral ou um meio de comunicação científica.

Esse descritor pode ser considerado quando o desenvolvimento de uma diretriz tenha se originado em conferências de consenso e que tal aspecto tenha sido discutido no documento.

TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA [DESCRITOR]

Processo de formulação de um diagnóstico baseado no histórico médico-clínico e em exames físicos ou mentais e/ou a escolha de uma intervenção apropriada.

Os guias de prática clínica são produtos direto da medicina baseada em evidências e que tem por objetivo oferecer suporte ao profissional na melhor tomada de decisão clínica. A coordenação com esse descritor pode ser considerada se esse aspecto tenha sido discutido no texto.

PAÍS [Descritor]

A coordenação com o país é muito comum pois a diretriz está, quase sempre, vinculada a alguma associação, organização, sociedade etc., de uma mencionada nacionalidade. Também é preciso que se considere a abrangência e aplicabilidade geográfica das recomendações.

NORMAS [Qualificador]

Usado com descritores de instalações, pessoal e programas para o desenvolvimento, teste e aplicação de padrões de adequação ou desempenho aceitável e com substâncias químicas e fármacos para padrões de identificação, qualidade e potência. Inclui normas de saúde e segurança em indústrias e ocupações.

O qualificador normas possui como termos alternativos critérios e diretrizes. Sua coordenação na indexação de guias pode ser necessária para relacionar com os aspectos de prática terapêutica ou diagnóstica apresentada no documento.

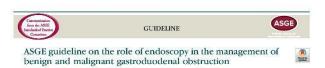






Exemplo de indexação de documento

ASGE Standards of Practice Committee, Jue TL, Storm AC, Naveed M, Fishman DS, Qumseya BJ, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the management of benign and malignant gastroduodenal obstruction. Gastrointest Endosc. 2021;93(2):309-322.e4. doi: 10.1016/j.gie.2020.07.063



Prepared by: ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE

Freparen By Assic Standardon Of Proceding Committee Comm

This document was reviewed and approved by the Governing Board of the American Society for Gastrointestinal Endoscories

This American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline provides evidence-based recommendations for the endoscopic management of gastric outlet obstruction (GOO). We applied the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Paduation methodology to address key chiral questions. These include the comparison of (1) surgical gastrojchinostomy to the placement of self-expandable metallic stens (SEMS) for malignant GOO, (2) covered versus uncovereed SEMS for malignant GOO, and (3) endoscopic and surgical interventions for the management of benign GOO. Recommendations provided in this document were founded on the certainty of the evidence, balance of benefits and harms, considerations of patient and caregiver preferences, resource utilization, and cost-effectiveness. (Gastrointest Endose 2021;93:309-22.)

The clinical syndrome of gistric outlet obstruction (GOO) occurs as a result of a narrowing in the region of the gistroduodenum resulting in failed or delayed passage of gastric contents from stomath to jejnum. GOO typically presents with early satiety, weight loss, nauses, voniting, and abdominal pain. Fitologies of GOO include both malignant and benign processes. Historically, peptic utilized Sease (PUD) was the most common cause of GOO. The development and use of acid-suppressing medication and the diagnosis and neutrement of Helicolacter polari has decreased the incidence of PUD, and thus malignancy is more the leading cause of GOO. The most common malignant causes of GOO are pancreast; gistric, and dwodenal cancer (Table 1). The worldwide incidence and mortality of gastric cancer is higher than pancreatic cancer. In the United States,

Copyright © 2021 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy 0016-5107/536.00 https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.07.063

however, pancreatic and gastric cancers are the 11th and 16th most common newly presenting cancers. Pancreatic cancer has a high mortality rate and is the third leading cause of cancer death in the United States-9 GOO occurs in approximately 20% of cases of advanced pancreatic cancer, and it is estimated that more than 11,000 pancreatic cancer patients were diagnosed with GOO in 2019. ¹⁶⁷ The most common benign etiology of GOO is PID from either nonstreoidal ani-inflammatory drugs (NSAIDs) or II pilori infection. Other inflammatory drugs (NSAIDs) or II pilor infection.

AIMS AND SCOPE

The aim of this document is to provide evidence-based recommendations for the endoscopic management of GOO. The committee formulated clinical questions central to the endoscopic management of GOO, comparing clinical outcomes and adverse events with different treatment.

Tipo de Publicação

Guias de Prática Clínica

Pré-codificados

Humanos

Descritores Primários

Obstrução Duodenal/cirurgia Obstrução da Saída Gástrica /cirurgia Endoscopia Gastrointestinal/normas Stents Metálicos Autoexpansíveis/normas

Descritores Secundários

Endoscopia Gastrointestinal/métodos Obstrução Duodenal/etiologia Obstrução da Saída Gástrica/etiologia Abordagem GRADE

www.gieioumal.org

Volume 93, No. 2 : 2021 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 309





Referências

- 1 Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140(6 Suppl 1):S1-43. doi: 10.1016/j.otohns.2009.04.015
- 2 Franco JV, Arancibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. Medwave 2020;20(3):e7887. doi: 10.5867/medwave.2020.03.7887
- 3 Kavanagh BP. The GRADE system for rating clinical guidelines. PLoS Med. 2009;6(9):e10000945. doi: 10.1371/journal.pmed.1000094
- 4 GRADE Working Group. From evidence to recommendations transparent and sensible [Internet]. [place unknown]: [publisher unknown]; c2021 [cited 2021 June 8]. Available from: https://www.gradeworkinggroup.org/
- 5 BIREME. Biblioteca Virtual em Saúde. Manual de Indexação de Documentos para a Base de Dados LILACS (2021) [Internet]. São Paulo: BIREME; 2021 [cited 2021 June 8]. Available from: https://lilacs.bvsalud.org/metodologia-lilacs/manual-de-indexacao-de-documentos-para-a-base-de-dados-lilacs/