



MIOPATIAS AUTOIMUNES SISTÊMICAS

ELETRONEUROMIOGRAFIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

***SOUZA FHC, ARAUJO DB, VILELA VS, BEZERRA MC, SIMOES RS, BERNARDO WM, MIOSSI R,
CUNHA BM, SHINJO SK, ALVES Tafa.***

ELABORAÇÃO: 31 DE MAIO DE 2018.

AS MIOPATIAS AUTOIMUNES SISTÊMICAS (MAS) CONSTITUEM UM GRUPO DE DOENÇAS BASTANTE HETEROGÊNEO CLASSIFICADO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS. OS QUATRO SUBTIPOS SÃO DERMATOMIOSITE, POLIOMIOSITE, MIOSITE AUTO-IMUNE NECROSANTE E MIOSITE POR CORPOS DE INCLUSÃO. O DIAGNÓSTICO DO SUBTIPO EXATO DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA É BASEADO NA COMBINAÇÃO DE HISTÓRIA CLÍNICA, TEMPO DE PROGRESSÃO DA DOENÇA, PADRÃO DE ENVOLVIMENTO MUSCULAR, NÍVEIS DE ENZIMAS MUSCULARES, ACHADOS ELETROMIOGRÁFICOS, ANÁLISE DE BIÓPSIA MUSCULAR E, EM ALGUMAS CONDIÇÕES, A PRESENÇA DE CERTOS AUTOANTICORPOS. O OBJETIVO DESTA DIRETRIZ É APRESENTAR AOS MÉDICOS, ESPECIALISTAS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE AS PRINCIPAIS APLICAÇÕES DA ELETRONEUROMIOGRAFIA NOS CASOS DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA. PARA ISSO FOI REALIZADA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA, FEITA SEM RESTRIÇÃO DE PERÍODO, NA BASE DE DADOS MEDLINE, RECUPERANDO 2064 TRABALHOS, SENDO QUE DESTES 14 FORAM SELECIONADOS PARA RESPONDER À DÚVIDA CLÍNICA: QUANDO DEVE INDICAR A ELETRONEUROMIOGRAFIA EM PACIENTES COM MIOPATIA AUTOIMUNE SISTÊMICA (MAS)? OS DETALHES DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DESSA DIRETRIZ ESTÃO EXPOSTOS NO ANEXO I.

INTRODUÇÃO

Devido as miopatias autoimunes sistêmicas (MAS) serem condições raras e heterogêneas e de causa desconhecida, escassez de estudos bem desenhados para melhor definição de sua abordagem é identificada, encontrando-se esta lastreada, predominantemente, por estudos observacionais de caráter retrospectivo, ensaios clínicos em sua grande maioria abertos, séries de casos e relatos de casos. O manejo farmacológico das MAS compreende a indução da remissão seguida de sua manutenção. Neste âmbito, a terapia imunossupressora constitui-se como base do tratamento. Atualmente, os corticosteroides representam os medicamentos de primeira linha, tanto na indução de resposta quanto para sua manutenção, sendo que outras abordagens farmacológicas disponíveis incluem outros agentes imunossupressores ou imunomoduladores como metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetil, ciclofosfamida, ciclosporina, tacrolimus, imunoglobulina intravenosa ou agentes imunobiológicos ^{1,2}(**A**) ³(**B**). As indicações para introdução destes outros agentes, em monoterapia ou combinados, incluem doença refratária, recorrência ou mediante necessidade de redução da dose do corticosteroide com o intuito de se evitar efeitos colaterais atribuídos a este medicamento. A seguir serão apresentadas as principais evidências disponíveis na atualidade a respeito dos medicamentos utilizados nos casos refratários das MAS.

RESULTADOS

IMPACTO DA EMG NO DIAGNÓSTICO

Um estudo retrospectivo sobre os achados da eletroneuromiografia em 178 pacientes com miopatia confirmada indicou que o exame foi capaz de identificar apenas 44% dos pacientes com miopatia inflamatória. A acurácia do teste nas diferentes miopatias inflamatórias foi de: 72% para poliomiosite (sensibilidade: 72,2%; especificidade: 71,4%), 91,7% para miosite de corpos de inclusão (sensibilidade: 91,7%; especificidade: 100%) e 75% para dermatomiosite (sensibilidade: 80%; especificidade: 66,7%)²(B).

Em um estudo transversal 25 pacientes com suspeita de miopatia inflamatória foram submetidas a análise eletromiográfica e a avaliação de velocidade de condução de fibra muscular (MFCV). Os resultados foram comparados aos achados da biópsia. A acurácia diagnóstica dos estudos combinados da: avaliação de velocidade de condução de fibra muscular e eletromiografia foi de 72% (sensibilidade de 77% e especificidade de 67%), comparada a 60% para eletromiografia (sensibilidade de 85% e especificidade de 33%) isolada. Porém com a realização da MFCV não foi possível discriminar a miopatia inflamatória de outras miopatias³(B).

Devido a biópsia muscular ser considerada um exame invasivo e incompatível com método de diagnóstico de poliomiosite na China, um estudo retrospectivo na China ressalta informações da eletromiografia que possam melhorar a acurácia no diagnóstico da poliomiosite. Dos 93 pacientes estudados, 40 foram submetidos a biópsia e 80% desses apresentaram poliomiosite de fato. Foram observados: potenciais de unidade motora diminuídos (>20% dos casos), potencial de fibrilações e ondas positivas⁴(B).

Achados anormais estiveram mais presentes no músculo distal inferior do que o músculo distal superior, assim como o músculo proximal superior quando comparado ao músculo distal superior. Uma regressão linear revelou associação positiva entre a duração da poliomiosite e a redução da amplitude do potencial de unidade motora do músculo bíceps braquial⁴(**B**).

Em 7 diferentes centros europeus os pacientes com miopatia de diferentes etiologias e de etiologias desconhecidas foram avaliados por 3 três diferentes consensos diagnósticos: clínico, eletrodiagnóstico e o consenso final (avaliações clínicas e os resultados da eletromiografia). A sensibilidade diagnóstica global do eletrodiagnóstico nesta população de pacientes com miopatia encaminhados para o teste de eletrodiagnóstico foi de 82,5%. Uma alta sensibilidade de 90,2% foi observada em miopatia inflamatória⁵(**B**).

ACHADOS NA ELETROMIOGRAFIA

As avaliações da eletroneuromiografia em 30 pacientes com miosite de corpo de inclusão (IBM) demonstram o perfil heterogêneo na eletromiografia devido ao padrões grandes e pequenos dos potenciais de unidade motora observados em 36,7%. Foram observadas fibrilações e ondas agudas positivas em 56,6% dos casos. A eletromiografia de fibra única revelou um jitter levemente anormal e uma densidade de fibra levemente aumentada. A miosite de corpo de inclusão demonstra um perfil na eletromiografia heterogêneo. Um padrão de grandes e pequenos potenciais de unidade motora é altamente sugestivo de miosite de corpo de inclusão, mas é visto em apenas cerca de um terço dos casos⁶(**C**).

A análise retrospectiva de 20 pacientes com miosite de corpo de inclusão dos quais 13 foram submetidos a eletromiografia indicou potenciais de unidade motora polifásica excessivos ($> 12\%$ por músculo) em 85,6% dos pacientes. A duração média do potencial foi reduzido em 76,9% dos casos. A realização da eletromiografia quantitativa foi capaz de diagnosticar a miopatia, porém sem a análise quantitativa possibilitou o diagnóstico de apenas 1 paciente com miopatia⁷(**C**).

Estudo realizado em 25 pacientes com miosite de corpo de inclusão esporádica apresentaram fibrilação e ondas agudas positivas de pequena amplitude e de menor duração. Os potenciais de unidade motora polifásicos aumentados ($>5\text{mV}$) estiveram presentes em 32% (8/25) dos pacientes. A eletromiografia de fibra única detectou aumento da densidade das fibras em 44% dos casos, porém não houve diferença significativa na densidade da fibra entre os cinco casos de neuropatia (2,41) e os vinte casos sem neuropatia (2,10). A eletromiografia de fibra única foi anormal em 17 (68%) casos⁸(C).

Eletromiografia foi realizado em 42 pacientes, incluindo cinco com malignidade. O número de achados anormais na eletromiografia foi significativamente maior em pacientes com malignidades (OR, 9,05; IC95%, 1,08 a 75,57; $p = 0,044$). Esses pacientes apresentaram aumento da incidência de descarga repetitiva complexa (OR, 26,25; IC95%, 2,67 a 258,52; $p = 0,008$), em comparação com aqueles sem, o que permaneceu significativo após ajuste para idade. A DRC conferiu uma razão de chances de 25,99 (IC 95%, 1,27 a 531,86; $p = 0,034$) para malignidade⁹(B).

Estudo realizado na Polônia analisou retrospectivamente o registro de pacientes com miosite por corpos de inclusão. Foram descritas atividades espontâneas anormais em pelo menos um músculo em 62,5% (10/16) e em 28,9% de todos os músculos testados dos pacientes com miosite por corpos de inclusão esporádica. No geral os achados foram principalmente nos músculos: tibial anterior (40%) e vasto lateral (28%). Ao dividir os pacientes em subgrupos por miosite por corpos de inclusão “clínica-patologicamente definida” e “provável miosite por corpos de inclusão esporádica”, a atividade espontânea foi registrada em 70% dos casos e em 26,4% dos músculos no subgrupo definido com miosite por corpos de inclusão. Em contrapartida, somente 50% dos casos de provável miosite por corpos de inclusão apresentaram anormalidades em 43,5% dos músculos¹⁰(C).

AVALIAÇÃO ELETROMIOGRAFICA DURANTE O TRATAMENTO

A análise eletromiográfica dos achados nos 8 pacientes com poliomiosite tratados com esteróides foi realizada tanto na fase aguda (não tratada) quanto na fase crônica com tratamento. As avaliações da primeira fase indicaram sinais miopáticos difusos ou focais potenciais de ação da unidade motora com curtas durações e pequenas amplitudes, potenciais polifásicos curtos durante atividade voluntária fraca e padrões de interferência com amplitudes baixas durante contração voluntária máxima ou moderada. Já na segunda fase, os potenciais de desnervação espontânea diminuíram em 50% dos pacientes e aumentaram em 25%. Ocorreu uma diminuição significativa do tempo potencial médio registrado na fase aguda retornou gradualmente ao normal, porém em 62,5% dos casos posteriormente apresentou aumento¹¹(C).

Doze pacientes com polimiosite ou dermatite miose foram submetidos a avaliações da doença por meio de testes antes do tratamento e após 6 e 12 meses do início do tratamento. Foi observado que o aumento da força muscular esteve relacionado à diminuição dos valores séricos de enzimas, diminuindo a atividade espontânea e diminuindo a proporção de componentes de alta frequência no sinal da eletromiografia, exceto durante o período inicial de tratamento, quando um aumento temporário de alta frequência componentes foi gravado¹²(C).

O estudo comparou os dados eletromiográficos de pacientes com poliomiosite em fase aguda (16) com aqueles na fase crônica (17). Dos 33 pacientes com poliomiosite estudados, os potenciais de fibrilação estiveram mais presentes nos pacientes com a forma aguda da doença (87,5% versus 47,1%). Quanto a duração dos potenciais polifásicos, pacientes com poliomiosite tiveram seus resultados comparados ao controle. A incidência de MUAPs mais rápidos esteve associada aos pacientes com poliomiosite. A amplitude também foi estudada, porém não foram encontradas diferenças significantes entre os pacientes com poliomiosite e o grupo controle e entre a fase aguda e a fase crônica da doença¹³(C).

Registros SFEMG em 34 pacientes com polimiosite ou dermatomiosite indicaram aumento acentuado da densidade de fibra (1,0 a 6,0; 2,34 +/- 0,43) com jitter em padrões normais ou aumentados (5 a 78 micros; 41,6 +/- 10,3 micros). A eletromiografia de rotina demonstrou lesões miogênicas em apenas 24 pacientes (70,6%). A densidade da fibra foi um pouco maior no subgrupo normal ou no subgrupo neurogênico do que no subgrupo miogênico, mas sem significância estatística¹⁴(C).

Dos 98 pacientes estudados, 24 pacientes estavam em uso de corticosteróides no momento da eletromiografia inicial (10 com poliomiosite, 10 com dermatomiosite e 4 com miosite de corpos de inclusão). O tratamento com corticosteróides resulta em menos anormalidades na eletromiografia em dermatomiosite e poliomiosite, porém o número de pacientes em tratamento com atividade espontânea em um ou mais músculos quando comparado com pacientes não tratados não apresentou diferença significativa. Os potenciais de unidade motora e IP padrão de interferência miotáticos estavam presentes em igual número em pacientes tratados e não tratados com dermatomiosite. As descobertas eletromiográficas dos 4 pacientes com miosite de corpos de inclusão usando corticosteróides foram semelhantes às daquelas de pacientes não tratados com miosite de corpos de inclusão. Foi identificada atividade espontânea em dermatomiosite e poliomiosite principalmente nos músculos próximos do braço e nos músculos distais da perna¹⁵(B).

RECOMENDAÇÃO

Eletroneuromiografia na investigação diagnóstica é capaz de identificar pacientes com miopatia. Na eletromiografia em pacientes com miosite de corpos de inclusão esporádica os achados mais frequentes são: fibrilações e ondas agudas positivas de pequena amplitude e de menor duração. O exame eletromiográfico também pode ser útil no acompanhamento de tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Marinos C, Dalakas, M.D. Inflammatory Muscle Diseases N Engl J Med 2015;372:1734-47. DOI: 10.1056/NEJMra1402225
2. Lyu RK, Cornblath DR, Chaudhry V. Incidence of irritable electromyography in inflammatory myopathy. J Clin Neuromuscul Dis. 1999 Dec;1(2):64-7. PubMed PMID:19078554.
3. Blijham PJ, Hengstman GJ, Ter Laak HJ, Van Engelen BG, Zwarts MJ. Muscle-fiber conduction velocity and electromyography as diagnostic tools in patients with suspected inflammatory myopathy: a prospective study. Muscle Nerve.2004 Jan;29(1):46-50. PubMed PMID: 14694497.
4. Yang F, Jing F, Chen Z, Ling L, Wang R, Wang X, Tin C, Pu C, Shi X, Huo Y, Zhang X, Huang X, Yu S. Electrophysiological and clinical examination of polymyositis: a retrospective analysis. Am J Med Sci. 2014 Aug;348(2):162-6. doi: 10.1097/MAJ.0000000000000216. PubMed PMID: 24556930.
5. Pugdahl K, Johnsen B, Tankisi H, Camdessanché JP, de Carvalho M, Fawcett PR, Labarre-Vila A, Liguori R, Nix W, Schofield I, Fuglsang-Frederiksen A. Added value of electromyography in the diagnosis of myopathy: A consensus exercise.Clin Neurophysiol. 2017 May;128(5):697-701. doi: 10.1016/j.clinph.2017.02.001. PubMed PMID: 28315611.
6. Joy JL, Oh SJ, Baysal AI. Electrophysiological spectrum of inclusion body myositis. Muscle Nerve. 1990 Oct;13(10):949-51. PubMed PMID: 2172812.
7. Brannagan TH, Hays AP, Lange DJ, Trojaborg W. The role of quantitative electromyography in inclusion body myositis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997 Dec;63(6):776-9. PubMed PMID: 9416815; PubMed Central PMCID: PMC2169851.
8. Hatanaka Y, Oh SJ. Single-fiber electromyography in sporadic inclusion body myopathy. Clin Neurophysiol. 2007 Jul;118(7):1563-8. Epub 2007 May 15. PubMed PMID: 17507289.
9. Kim NR, Nam EJ, Kang JW, Song HS, Im CH, Kang YM. Complex repetitive discharge on electromyography as a risk factor for malignancy in idiopathic inflammatory myopathy. Korean J Intern Med. 2014 Nov;29(6):814-21. doi:10.3904/kjim.2014.29.6.814.. PubMed PMID: 25378981; PubMed Central PMCID: PMC4219972.
10. Nojszewska M, Gawel M, Kierdaszuk B, Sierdziński J, Szmidt-Sańczkowska E, Seroka A, Kamińska AM, Kostera-Pruszczyk A. Electromyographic findings in sporadic inclusion body myositis. J Electromyogr Kinesiol. 2018 Apr;39:114-119. doi:10.1016/j.jelekin.2018.02.003. PubMed PMID: 29482084.

11. Mechler F. Changing electromyographic findings during the chronic course of polymyositis. *J Neurol Sci.* 1974 Oct;23(2):237-42. PubMed PMID: 4427116.
12. Sandstedt PE, Henriksson KG, Larsson LE. Quantitative electromyography in polymyositis and dermatomyositis. *Acta Neurol Scand.* 1982 Feb;65(2):110-21. PubMed PMID: 7072481.
13. Trojaborg W. Quantitative electromyography in polymyositis: a reappraisal. *Muscle Nerve.* 1990 Oct;13(10):964-71. PubMed PMID: 2233854.
14. Jian F, Cui LY, Li BH, Du H. Changes of single fiber electromyography in patients with inflammatory myopathies. *Chin Med Sci J.* 2005 Mar;20(1):1-4. PubMed PMID: 15844301.
15. Blijham PJ, Hengstman GJ, Hama-Amin AD, van Engelen BG, Zwartz MJ. Needle electromyographic findings in 98 patients with myositis. *Eur Neurol.* 2006;55(4):183-8. Epub 2006 Jun 13. PubMed PMID: 16772711.
16. Levels of Evidence and Grades of Recommendations - Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Disponível em URL: http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/old_levels.htm
17. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.
18. Wells G, Shea B, O'Connell D, Robertson J, Peterson J, Welch V, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Disponível em http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
19. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med* 2013; 6:50-4.

ANEXO I

1. Dúvida Clínica

Quando deve ser indicada a eletroneuromiografia em pacientes com MAS?

2. Critérios de elegibilidade

Os principais motivos de exclusão foram: não respondiam ao PICO e desenho de estudo.

Revisões narrativas, relatos de casos, séries de casos, trabalhos com apresentação de resultados preliminares foram, a princípio, excluídos.

3. Busca de Artigos

3.1. Bases de Dados

A base de informação científica consultada foi Medline (via PubMed) e em referências dos estudos selecionados.

3.2. Identificação de descritores

P	Paciente com miopatia autoimune sistêmica
I	Eletroneuromiografia
C	
O	Indicação

3.3. Estratégia de Pesquisa

- Medline - (((Muscular Disease OR Myopathies OR Myopathy OR Muscle Disorders OR Muscle Disorder OR Myopathic Conditions OR Myopathic Condition) AND (Autoimmune OR Autoimmune Disease OR Autoimmune Diseases OR Systemic)) OR (Polymyositides OR Idiopathic Polymyositides OR Idiopathic Polymyositis OR Dermatomyositides OR Dermatopolymyositis OR Dermatopolymyositides OR Myositides OR Inflammatory Muscle Diseases OR Inflammatory Muscle Disease OR Inflammatory Myopathy OR Inflammatory Myopathies OR Inclusion Body Myositides OR Inclusion Body Myopathy, Sporadic) AND (Myography OR Electromyographies OR Electromyography OR Electromyogram)
- Busca manual – Referência das referências.

4. Avaliação Crítica

4.1. Relevância – importância clínica

Essa diretriz foi preparada por meio de uma pergunta clinicamente relevante a fim de reunir informações em medicina para padronizar a conduta e ajudar na tomada de decisões durante o diagnóstico.

4.2. Confiabilidade – Validade interna

A seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e resumos obtidos com a estratégia de busca nas bases de informação consultadas foi conduzida de forma independente e cegada, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, separando-se por fim os trabalhos com potencial relevância. Quando o título e o resumo não fossem esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra.

Somente os trabalhos cujos textos completos encontravam-se disponíveis foram considerados para avaliação crítica.

Não foi feita restrição quanto ao ano de publicação.

Idiomas: português, inglês, espanhol.

4.3. Aplicação dos resultados – Validade externa

O nível de Evidência Científica foi classificado por tipo de estudo segundo Oxford¹⁶ (**tabela 01**).

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C: Relatos de casos / estudos não controlados.
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Tabela 01: Grau de recomendação e força de evidência

A evidência selecionada foi definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um Check-list apropriado de avaliação crítica (**Tabela 2**). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD¹⁷, considerando os ensaios JADAD < três (3) como inconsistentes (grau B), e aqueles com escore ≥ três (3), consistentes (grau A).

Quando a evidência selecionada foi definida como estudo comparativo (coortes observacionais ou ensaio clínico não randômico), esta era submetida a um Check-list apropriado de avaliação crítica (**Tabela 3**), permitindo a classificação do estudo, segundo o escore NEW CASTLE OTAWA SCALE¹⁸, considerando os estudos coortes consistentes com escore ≥ 6 e inconsistentes < 6.

Dados do estudo Referência, Desenho de estudo, JADAD, força da evidência	Cálculo da amostra Diferenças estimadas, poder, nível de significância, total de pacientes
Seleção dos pacientes Critérios de inclusão e exclusão	Pacientes Recrutados, randomizados, diferenças prognósticas
Randomização Descrição e alocação vendada	Seguimento dos pacientes Tempo, perdas, migração
Protocolo de tratamento Intervenção, controle e cegamento	Análise Intenção de tratamento, analisados intervenção e controle
Desfechos considerados Principal, secundário, instrumento de medida do desfecho de interesse	Resultado Benefício ou dano em dados absolutos, benefício ou dano em média

Tabela 2 - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados

Representatividade dos expostos e seleção dos não expostos (máx. 2 pontos)	Definição da exposição (máx. 1 ponto)	Demonstração de que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo (máx. 1 ponto)	Comparabilidade na base do desenho ou da análise (máx. 2 pontos)	Avaliação do desfecho (máx. 1 ponto)	Tempo apropriado de seguimento (máx. 2 pontos)	Score e nível da evidência
---	--	---	---	---	---	-----------------------------------

Tabela 3 - Roteiro de avaliação crítica de estudos coortes

5. Método de Extração e Análise dos resultados

Para resultados com evidência disponível serão definidos de maneira específica, sempre que possível, a população, a intervenção, os desfechos, a presença ou ausência de benefício e/ou dano e as controvérsias.

Os resultados serão expostos preferencialmente em dados absolutos, risco absoluto, número necessário para tratar (NNT), ou número para produzir dano (NNH), e eventualmente em média e desvio padrão (**tabela 4**).

Evidência incluída
Desenho do estudo
População selecionada
Tempo de seguimento
Desfechos considerados
Expressão dos resultados: porcentagem, risco, odds, hazard ratio, média

Tabela 4 - Planilha utilizada para descrição e exposição dos resultados de cada estudo

6. Resultados

Trabalhos recuperados (05/2018)

BASE DE INFORMAÇÃO	NÚMERO DE TRABALHOS
Primária	
PubMed-Medline	2064

Tabela 5 – Número de trabalhos recuperados com as estratégias de busca utilizadas para cada base de informação científica

7. Aplicação da evidencia – Recomendação

As recomendações serão elaboradas pelos autores da revisão, com a característica inicial de síntese da evidência, sendo submetida a validação por todos os autores participantes da elaboração da Diretriz.

A evidência disponível seguirá alguns princípios de exposição: será pelo desfecho e terá como componentes: o número de pacientes, o tipo de comparação, a magnitude e a precisão (desvio padrão e IC95%).

Terá a sua força estimada (Oxford¹⁶/GRADE¹⁹) em 1b e 1c (graus A) ou forte e em 2a, 2b e 2c (graus B) ou moderada ou fraca ou muito fraca.

8. Conflito de interesse

Não há nenhum conflito de interesse relacionado a esta revisão a ser declarado por nenhum dos autores.

9. Declaração final

O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira em conjunto com as Sociedades de Especialidades, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.



APOIO AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES