



Capilaroscopia

indicações na reumatologia



Capilaroscopia - indicações na reumatologia

Autoria: Sociedade Brasileira de Reumatologia

Participantes: Kayser C, Bredemeier M, Caleiro MT, Capobianco K, Fernandes TM, Freire EAM, Kaisermman M, Lonzetti L, Miossi R, Müller CS, Fontenelle S, Sekiyama J, Simoes RS, Bernardo WM

Elaboração Final: 28 de julho de 2016

Sumário

Descrição de método de coleta de evidências:.....	4
Dúvida Clínica:.....	4
Grau de recomendação e força de evidência:.....	4
Objetivo:	5
Conflito de interesse:	5
Introdução.....	5
Fenômeno de Raynaud.....	6
Esclerose Sistêmica (ES)	7
Dermatomiosite	8
Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).....	8
Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC)	9
Recomendação:.....	9
Referências	10
ANEXO I	14
Dúvida Clínica.....	14
Pergunta Estruturada	14
Estratégia de Busca de Evidência.....	14
Trabalhos Recuperados	15
Critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos.....	15
5.1 Segundo os desenhos de estudo.....	16
5.3 Segundo a publicação	16
Método de avaliação crítica	16
Exposição dos resultados	18
Recomendações	19

Descrição de método de coleta de evidências:

Esta diretriz seguiu padrão de uma revisão sistemática com recuperação de evidências baseada no movimento da Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine*), em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica, melhorando assim a qualidade da assistência médica. A MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica.^{1,2}

As revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica por resumizarem sistematicamente informações sobre determinado tópico através de estudos primários (ensaios clínicos, estudos de coorte, casos-controle ou estudos transversais), utilizando-se de uma metodologia reprodutível, além de integrar informações de efetividade, eficiência, eficácia e segurança.^{1,2}

Utilizamos a forma estruturada de formular a pergunta sintetizada pelo acrônimo P.I.C.O., onde o P corresponde ao paciente ou população, I de intervenção ou indicador, C de comparação ou controle, e O de “outcome” ou desfecho. A partir da pergunta estruturada identificamos as palavras-chave ou descritores que irão constituir a base da busca da evidência nas diversas bases de dados disponíveis. ^{1,2} (**Anexo I**)

Dúvida Clínica:

Quais as principais indicações da capilaroscopia nas doenças reumatológicas?

Grau de recomendação e força de evidência:

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.

Objetivo:

Esta diretriz destina-se a médicos e estudantes de medicina e tem por objetivo apresentar as principais indicações da capilaroscopia nas doenças reumatológicas.

Conflito de interesse:

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos participantes da elaboração desta diretriz.

Introdução

A **capilaroscopia periungueal (CPU)** é uma técnica de imagem reprodutível, simples, barata e segura, utilizada na análise morfológica e funcional de capilares do leito ungueal, permitindo a avaliação de alterações estruturais da microcirculação periférica. Como esta rede participa de processos fisiológicos e pode ser local de alterações patológicas visíveis, a capilaroscopia é método diagnóstico não invasivo, utilizado na avaliação das doenças do espectro da esclerose sistêmica, desempenhando papel fundamental na distinção entre as formas primária e secundária do Fenômeno de *Raynaud*³. No quadro 1 verificamos as principais indicações da capilaroscopia na reumatologia.

Quadro 1. Principais indicações da capilaroscopia na reumatologia

Avaliação de indivíduos com Fenômeno de Raynaud (FRy)
Dermatomiosite (DM) ⁴
Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) ⁵
Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) ⁶
Esclerose Sistêmica (SSc) ^{7,8}

Fenômeno de Raynaud

O Fenômeno de Raynaud (FRy) é manifestação vascular periférica relativamente comum que tem sido amplamente explorado pela capilaroscopia^{9(B)}^{10(D)}. É dividido em FRy primário, quando não há evidência de condição subjacente, ou secundário, quando está associado à alguma condição ou doença. A importância deste método reside na detecção precoce da forma secundária, podendo auxiliar ainda na caracterização clínica e evolutiva da doença subjacente^{11(B)}. Estudo verificou que 20% dos pacientes inicialmente diagnosticados como portadores do FRy primário apresentaram evolução para a forma secundária, suspeita ou definitiva, no período de seguimento de 10 anos^{12(B)}. Contudo, dependendo da série de pacientes estudados, esta transição pode apresentar frequências distintas^{13,14(C)}. Analisando um total de 639 pacientes com FRy primário, outro estudo demonstrou que 12,6% dos indivíduos evoluíram para a forma secundária sendo esta transição verificada em tempo de seguimento médio de 10,4 anos, sendo possível

verificar que o melhor fator preditor para a transição foi o padrão periungueal anormal na capilaroscopia, com valor preditivo positivo de 47% ¹⁵(**A**).

Baseado no aspecto do padrão da microcirculação avaliada por meio da videocapilaroscopia periungueal, estudo demonstrou que 14,6% dos pacientes (n=19) foram classificados como tendo FRy secundário ao longo do período de acompanhamento de 29 ±10 meses. Contudo, é interessante notar que destes, 4,6% haviam exibido ao início do estudo padrão normal da microcirculação à capilaroscopia ¹⁶(**B**).

Além disso, estudos têm demonstrado que a presença de anormalidades na microcirculação periungueal verificadas à capilaroscopia é fator independente associado ao desenvolvimento de doença reumática autoimune^{17,18}(**B**). Em estudo envolvendo indivíduos adultos com histórico clínico isolado de fenômeno de Raynaud, foi verificado por meio de modelo prognóstico, haver correlação entre presença de anormalidades na capilaroscopia periungueal (microhemorragias, capilares gigantes e número de capilares) e a evolução para doenças do espectro da esclerose sistêmica ¹⁹(**B**).

Esclerose Sistêmica (ES)

Esclerodermia é termo abrangente e pode se apresentar sob duas formas: a sistêmica, conhecida como esclerose sistêmica (ES), que acomete outros órgãos além da pele e a forma localizada que afeta área localizada da pele. A microangiopatia típica da ES inclui a presença de alças dilatadas, megacapilares, neovascularização, áreas avasculares e desorganização da arquitetura vascular periungueal, denominadas em conjunto de padrão SD (*scleroderma pattern*) ²⁰(**B**)²¹(**C**). Estas anomalias vasculares podem ser reconhecidas mesmo nas fases iniciais da ES quando as características clínicas da doença encontram-se limitadas apenas ao

Fenômeno de Raynaud. A perda capilar progressiva caracteriza o comprometimento microvascular na ES e encontra-se associada a pior prognóstico ²²⁻²⁴(B)²⁵(C). Estudo analisando grupo de indivíduos portadores de ES verificou que a severidade do comprometimento de órgãos como pulmão, pele e coração esteve diretamente correlacionada ao padrão de lesão verificada na microcirculação apresentando um *continuum* desde estágios iniciais até o avançado²²(B). Desta forma, tem-se reforçado a necessidade do diagnóstico precoce da doença, parecendo ser a capilaroscopia método útil tanto para o estadiamento quanto fornecimento de informações a respeito do prognóstico.

Dermatomiosite

A capilaroscopia na dermatomiosite caracteriza-se pela presença de rarefação das alças capilares, presença de alças dilatadas e altamente ramificadas, e desorganização da arquitetura capilar ^{26,27}(C). O típico padrão SD descrito na ES, pode ser encontrado em um frequência variável em pacientes com dermatomiosite ⁴(B),²⁷(C). As anormalidades capilaroscópicas estão associadas com a atividade e gravidade da doença e comprometimento intersticial pulmonar ⁴(B). A rarefação das alças capilares encontra-se associada a atividade global da doença enquanto que hemorragias associam-se a atividade cutânea. ⁴(B)

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

As principais anormalidades verificadas na capilaroscopia de pacientes com LES incluem aumento da tortuosidade dos capilares, alongamento das alças, áreas focais de perda de capilares podendo haver aumento da visibilidade do plexo venoso subpapilar. Rarefação dos capilares e alças dilatadas têm sido correlacionadas à presença de comprometimento pulmonar ²⁸(C). Alterações na capilaroscopia são mais frequentes em pacientes com LES que apresentam o Fenômeno de Raynaud ²⁹(B).

Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC)

Diversos tipos de lesões da microcirculação encontram-se associadas à DMTC como presença de micro-hemorragias, e desorganização capilar . O aspecto do padrão da microcirculação é similar ao verificado para a esclerodermia, contudo a rarefação das alças e os megacapilares são menos frequentes na DMTC ^{6,30}(C).

Recomendação:

A capilaroscopia periungueal é exame direcionado para a avaliação da microcirculação, representando ferramenta confiável para o diagnóstico diferencial precoce entre Fenômeno de Raynaud primário e secundário.

É recomendado que faça parte da propedêutica de pacientes que apresentam o FRy, a fim de apoiar ou excluir associação com doenças do espectro da esclerose sistêmica,

dermatomiosite e doença mista do tecido conjuntivo.

Referências

1. Nobre MR, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I - Questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4):445-9.
2. Bernardo WM, Nobre MR, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - Questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1):104-8.
3. Cortes S, Cutolo M. Capillaroscopic patterns in rheumatic diseases. *Acta Reumatol Port.* 2007;32(1):29-36. Review. PubMed PMID: 17450762.
4. Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T, Hamaguchi Y, Horie S, Yahata T, Inoue K, Someya F, Fujimoto M, Takehara K. Association between nail-fold capillary findings and disease activity in dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(6):1091-8. PubMed PMID: 21258053.
5. Ingegnoli F, Zeni S, Meani L, Soldi A, Lurati A, Fantini F. Evaluation of nailfold videocapillaroscopic abnormalities in patients with systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol.* 2005;11(6):295-8. PubMed PMID: 16371797.
6. de Holanda Mafaldo Diógenes A, Bonfá E, Fuller R, Correia Caleiro MT. Capillaroscopy is a dynamic process in mixed connective tissue disease. *Lupus.* 2007;16(4):254-8. PubMed PMID: 17439931.
7. Aschwanden M, Daikeler T, Jaeger KA, Thalhammer C, Gratwohl A, Matucci-Cerinic M, Tyndall A. Rapid improvement of nailfold capillaroscopy after intense immunosuppression for systemic sclerosis and mixed connective tissue disease. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(7):1057-9. PubMed PMID: 18556454.
8. Cutolo M, Pizzorni C, Sulli A. Nailfold video-capillaroscopy in systemic sclerosis. *Z Rheumatol.* 2004;63(6):457-62. Review. PubMed PMID: 15605209.
9. De Angelis R, Salaffi F, Grassi W. Raynaud's phenomenon: prevalence in an Italian population sample. *Clin Rheumatol.* 2006;25(4):506-10. PubMed PMID: 16292469.
10. Cutolo M, Grassi W, Matucci Cerinic M. Raynaud's phenomenon and the role of capillaroscopy. *Arthritis Rheum.* 2003;48(11):3023-30. Review. PubMed PMID: 14613262.

11. Meli M, Gitzelmann G, Koppensteiner R, Amann-Vesti BR. Predictive value of nailfold capillaroscopy in patients with Raynaud's phenomenon. *Clin Rheumatol*. 2006;25(2):153-8. PubMed PMID: 15951918.
12. Hirschl M, Hirschl K, Lenz M, Katzenschlager R, Hutter HP, Kundi M. Transition from primary Raynaud's phenomenon to secondary Raynaud's phenomenon identified by diagnosis of an associated disease: results of ten years of prospective surveillance. *Arthritis Rheum*. 2006;54(6):1974-81. PubMed PMID: 16732585.
13. Sheiner NM, Small P. Isolated Raynaud's phenomenon--a benign disorder. *Ann Allergy*. 1987;58(2):114-7. PubMed PMID: 3492946.
14. Maricq HR, Weinberger AB, LeRoy EC. Early detection of scleroderma-spectrum disorders by in vivo capillary microscopy: a prospective study of patients with Raynaud's phenomenon. *J Rheumatol*. 1982;9(2):289-91. PubMed PMID: 7097688.
15. Spencer-Green G. Outcomes in primary Raynaud phenomenon: a meta-analysis of the frequency, rates, and predictors of transition to secondary diseases. *Arch Intern Med*. 1998;158(6):595-600. PubMed PMID: 9521223.
16. Kim SH, Kim HO, Jeong YG, Lee SY, Yoo WH, Choi TH, Lee SI. The diagnostic accuracy of power Doppler ultrasonography for differentiating secondary from primary Raynaud's phenomenon in undifferentiated connective tissue disease. *Clin Rheumatol*. 2008;27(6):783-6. PubMed PMID: 18246378.
17. Luggen M, Belhorn L, Evans T, Fitzgerald O, Spencer-Green G. The evolution of Raynaud's phenomenon: a longterm prospective study. *J Rheumatol*. 1995;22(12):2226-32. PubMed PMID: 8835553.
18. Koenig M, Joyal F, Fritzler MJ, Roussin A, Abrahamowicz M, Boire G, Goulet JR, Rich E, Grodzicky T, Raymond Y, Sénécal JL. Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2008;58(12):3902-12. PubMed PMID: 19035499.
19. Ingegnoli F, Boracchi P, Gualtierotti R, Lubatti C, Meani L, Zahalkova L, Zeni S, Fantini F. Prognostic model based on nailfold capillaroscopy for identifying Raynaud's phenomenon patients at high risk for the development of a scleroderma spectrum disorder: PRINCE (prognostic index for nailfold capillaroscopic examination). *Arthritis Rheum*. 2008;58(7):2174-82. PubMed PMID: 18576359.

20. Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, Accardo S. Nailfold videocapillaroscopy assessment of microvascular damage in systemic sclerosis. *J Rheumatol*. 2000;27(1):155-60. PubMed PMID: 10648032.
21. Grassi W, Medico PD, Izzo F, Cervini C. Microvascular involvement in systemic sclerosis: capillaroscopic findings. *Semin Arthritis Rheum*. 2001;30(6):397-402. PubMed PMID: 11404822.
22. Caramaschi P, Canestrini S, Martinelli N, Volpe A, Pieropan S, Ferrari M, Bambara LM, Carletto A, Biasi D. Scleroderma patients nailfold videocapillaroscopic patterns are associated with disease subset and disease severity. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46(10):1566-9. PubMed PMID: 17693443.
23. Koenig M, Joyal F, Fritzler MJ, Roussin A, Abrahamowicz M, Boire G, Goulet JR, Rich E, Grodzicky T, Raymond Y, Sénécal JL. Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2008;58(12):3902-12. PubMed PMID: 19035499.
24. Bredemeier M, Xavier RM, Capobianco KG, Restelli VG, Rohde LE, Pinotti AF, Pitrez EH, Vieira MV, Fontoura MA, Ludwig DH, Brenol JC. Nailfold capillary microscopy can suggest pulmonary disease activity in systemic sclerosis. *J Rheumatol*. 2004;31(2):286-94. PubMed PMID: 14760798.
25. Chen ZY, Silver RM, Ainsworth SK, Dobson RL, Rust P, Maricq HR. Association between fluorescent antinuclear antibodies, capillary patterns, and clinical features in scleroderma spectrum disorders. *Am J Med*. 1984;77(5):812-22. PubMed PMID: 6333815.
26. Leteurtre E, Hachulla E, Janin A, Hatron PY, Brouillard M, Devulder B. [Vascular manifestations of dermatomyositis and polymyositis. Clinical, capillaroscopic and histological aspects]. *Rev Med Interne*. 1994;15(12):800-7. French. PubMed PMID: 7863114.
27. Manfredi A, Sebastiani M, Cassone G, Pipitone N, Giuggioli D, Colaci M, Salvarani C, Ferri C. Nailfold capillaroscopic changes in dermatomyositis and polymyositis. *Clin Rheumatol*. 2015;34(2):279-84. doi: 10.1007/s10067-014-2795-8.
28. Groen H, ter Borg EJ, Postma DS, Wouda AA, van der Mark TW, Kallenberg CG. Pulmonary function in systemic lupus erythematosus is related to distinct clinical, serologic, and nailfold capillary patterns. *Am J Med*. 1992;93(6):619-27. PubMed PMID: 1466357.

29. Pavlov-Dolijanovic S, Damjanov NS, Vujasinovic Stupar NZ, Marcetic DR, Sefik-Bukilica MN, Petrovic RR. Is there a difference in systemic lupus erythematosus with and without Raynaud's phenomenon? *Rheumatol Int.* 2013;33(4):859-65. PubMed PMID: 22618491.
30. Granier F, Vayssairat M, Priollet P, Housset E. Nailfold capillary microscopy in mixed connective tissue disease. Comparison with systemic sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1986;29(2):189-95. PubMed PMID: 3954804.
31. 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.
32. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med* 2013; 6:50-4.
33. 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.
34. 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.

ANEXO I

Dúvida Clínica

Quais as principais indicações da capilaroscopia nas doenças reumatológicas?

Pergunta Estruturada

P: Fenômeno de Raynaud, Esclerose sistêmica, esclerodermia, dermatomiosite, polimiosite, doença mista do tecido conjuntivo.
I: Capilaroscopia
C: -----
O: benefício ou dano

Estratégia de Busca de Evidência

#1 - (Microscopic Angioscopy OR Angioscopies, Microscopic OR Angioscopy, Microscopic OR Microscopic Angioscopies OR Capillaroscopy OR Capillaroscopies OR Videocapillaroscopy OR Videocapillaroscopies OR Nailfold Capillaroscopy OR Capillaroscopies, Nailfold OR Capillaroscopy, Nailfold OR Nailfold Capillaroscopies OR Angioscopy)

#2 - (Microcirculation OR Capillaries) AND (Scleroderma, Systemic OR Systemic Sclerosis OR Sclerosis, Systemic OR Systemic Scleroderma OR Dermatomyositis OR Polymyositis Dermatomyositis OR Polymyositis-Dermatomyositides OR Connective Tissue Diseases)

1ª RECUPERAÇÃO = #1 AND #2 = 5.678

(Microscopic Angioscopy OR Angioscopies, Microscopic OR Angioscopy, Microscopic OR Microscopic Angioscopies OR Capillaroscopy OR Capillaroscopies OR Videocapillaroscopy OR Videocapillaroscopies OR Nailfold Capillaroscopy OR Capillaroscopies, Nailfold OR Capillaroscopy, Nailfold OR Nailfold Capillaroscopies OR Angioscopy) AND (Microcirculation OR Capillaries) AND (Scleroderma, Systemic OR Systemic Sclerosis OR Sclerosis, Systemic OR Systemic Scleroderma OR Dermatomyositis OR Polymyositis Dermatomyositis OR Polymyositis-Dermatomyositides OR Connective Tissue Diseases)

Trabalhos Recuperados

A obtenção da evidência a ser utilizada para análise da questão clínica seguiu as etapas de: elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência, exposição dos resultados e recomendações.

As bases de informação científica consultadas foram Medline via Pubmed. Busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas), como também dos trabalhos selecionados, foi realizada.

Critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos

Foram incluídos estudos dentro dos limites do PICO. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 27 estudos para responder esta questão clínica.

5.1 Segundo os desenhos de estudo

Foram incluídos na avaliação estudos observacionais. Revisões narrativas foram consideradas para leitura com o objetivo de recuperar referências que porventura haviam sido perdidas em primeiro momento a partir da estratégia de busca inicial. Somente artigos cujo texto completo encontravam-se disponíveis foram incluídos na diretriz.

5.2 Idioma

Foram incluídos estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

5.3 Segundo a publicação

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

Método de avaliação crítica

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada foi definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (Tabela 1). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD ³¹, considerando os ensaios JADAD < três (3) como inconsistentes (grau B), e aqueles com escore ≥ três (3), consistentes (grau A), e segundo o escore GRADE ³² (evidência forte ou moderada).

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 2), permitindo a classificação do estudo, segundo o escore NEW CASTLE OTAWA SCALE ³³, 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 1 - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados

Representatividade dos	Definição da exposição	Demonstração de que o desfecho de	Comparabilidade na base do	Avaliação do	Tempo apropriado de	Escore e nível da evidência
------------------------	------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

expostos e seleção dos não expostos (máx. 2 pontos)	o (máx. 1 ponto)	interesse não estava presente no início do estudo (máx. 1 ponto)	desenho ou da análise (máx. 2 pontos)	desfecho (máx. 1 ponto)	seguimento (máx. 2 pontos)	a
---	------------------	--	---------------------------------------	-------------------------	----------------------------	---

Tabela 2 - Roteiro de avaliação crítica de estudos coortes

Exposição 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 3).

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

Tabela 3 - Planilha utilizada para descrição e exposição dos resultados de cada estudo

Recomendações

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.

O grau de recomendação a ser utilizado advém diretamente da força disponível dos estudos incluídos segundo Oxford ³⁴, e da utilização do sistema GRADE ³³.