

BMJ Best Practice

Visão geral do AVC

Direto à informação necessária no ponto de atendimento



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	6
Aviso legal	10

Introdução

Define-se acidente vascular cerebral (AVC) como um déficit neurológico agudo durando mais de 24 horas, de etiologia cerebrovascular. É dividido em AVC isquêmico (causado por oclusão ou estenose vascular) e AVC hemorrágico (causado por ruptura vascular, resultando em hemorragia intraparenquimatosa e/ou subaracnoide). O AVC isquêmico corresponde a 87% de todos os casos de AVC, ao passo que o AVC hemorrágico corresponde a cerca de 10% e a hemorragia subaracnoide a 3%.[1]

Doenças

◇ Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico

» veja nossa abrangente cobertura sobre Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1078>)

Independentemente da etiologia específica, um AVC isquêmico ocorre quando o suprimento de sangue para um território vascular cerebral é reduzido em decorrência da oclusão ou estenose crítica de uma artéria cerebral. Uma minoria dos AVCs isquêmicos é causada por trombose sinusal cerebral ou por trombose venosa cortical. Os fatores de risco fortemente associados a AVCs isquêmicos incluem idade avançada, história de ataque isquêmico transitório, história de AVC isquêmico, história familiar de AVC com pouca idade, hipertensão, tabagismo, diabetes mellitus, fibrilação atrial, comorbidades cardíacas, estenose da artéria carótida, doença falciforme e dislipidemia.[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15]

◇ Estenose da artéria carótida

» veja nossa abrangente cobertura sobre Estenose da artéria carótida (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/>)

Causa de uma minoria dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) isquêmicos. Os principais fatores de risco incluem idade avançada, tabagismo e história familiar de doença cardiovascular.[16] A revascularização da carótida em caso de estenose da artéria carótida recentemente sintomática de grau moderado ou alto previne futuros AVCs. O benefício da revascularização em caso de estenose assintomática é menos certo.

◇ Ataque isquêmico transitório

» veja nossa abrangente cobertura sobre Ataque isquêmico transitório (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/107>)

Deve-se suspeitar de ataque isquêmico transitório (AIT) em qualquer pessoa que apresente déficit neurológico focal de início súbito que se tenha resolvido completamente dentro de 24 horas após o início e não possa ser explicado por outra condição, como hipoglicemia. Ataques isquêmicos transitórios (AITs) têm grande risco de eventos isquêmicos cerebrais recorrentes precoces.[2] Fatores de risco fortes incluem fibrilação atrial, valvopatia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, diabetes mellitus, estenose da carótida, outras doenças significativas (como estado hipercoagulável ou vasculite, como arterite temporal), tabagismo, transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas e idade avançada.[17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] A avaliação e a iniciação de prevenção secundária devem ocorrer rapidamente.

◇ AVC hemorrágico

» veja nossa abrangente cobertura sobre AVC hemorrágico (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1079>)

A hemorragia intracerebral é causada pela ruptura vascular com sangramento no parênquima cerebral, resultando em uma lesão mecânica primária no tecido cerebral. Em 2017, a prevalência global de hemorragia intracerebral (HIC) foi de 17.9 milhões de pessoas.[25] Fatores de risco fortes incluem hipertensão, idade avançada, história familiar de HIC, hemofilia, angiopatia amiloide cerebral, anticoagulação, uso de drogas simpaticomiméticas ilícitas, malformações vasculares e síndrome de Moyamoya.[6] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32]

◇ Aneurisma cerebral

» veja nossa abrangente cobertura sobre Aneurisma cerebral (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/490>)

Geralmente assintomático até a ruptura, que resulta em hemorragia subaracnoide. Recomenda-se rastreamento das populações de risco com neuroangiografia não invasiva. Fatores de risco fortes incluem tabagismo, consumo moderado a elevado de bebidas alcoólicas, história familiar, hemorragia subaracnoide prévia e doenças hereditárias do tecido conjuntivo.[33] [34]

◇ Hemorragia subaracnoide

» veja nossa abrangente cobertura sobre Hemorragia subaracnoide (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/415>)

Uma emergência médica em que ocorre sangramento dentro do espaço subaracnoide. A causa mais comum de hemorragia subaracnoide não traumática é a ruptura de um aneurisma intracraniano. Fatores de risco fortes incluem idade ≥ 50 anos, sexo feminino, hipertensão, tabagismo, história familiar, abuso de álcool e doença renal policística autossômica dominante.[35] [36] [37]

Artigos principais

Referências

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e67-492. [Erratum in: *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e493.] [Texto completo \(https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000558\)](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000558) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29386200?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29386200?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. *N Engl J Med*. 2016 Apr 21;374(16):1533-42. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1412981\)](https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1412981) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27096581?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27096581?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2007 Dec;6(12):1063-72. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993293?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993293?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Simons LA, McCallum J, Friedlander Y, et al. Risk factors for ischemic stroke: Dubbo study of the elderly. *Stroke*. 1998 Jul;29(7):1341-6. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1161/01.str.29.7.1341\)](https://www.doi.org/10.1161/01.str.29.7.1341) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9660384?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9660384?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Flossmann E, Schulz UG, Rothwell PM. Systematic review of methods and results of studies of the genetic epidemiology of ischemic stroke. *Stroke*. 2004 Jan;35(1):212-27. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1161/01.STR.0000107187.84390.AA\)](https://www.doi.org/10.1161/01.STR.0000107187.84390.AA) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14684773?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14684773?tool=bestpractice.bmj.com)
6. Kannel WB, Wolf PA, Verter J, et al. Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham study. *JAMA*. 1970;214:301-10. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5469068?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5469068?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham study. *JAMA*. 1988 Feb 19;259(7):1025-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3339799?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3339799?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. *JAMA*. 1979 May 11;241(19):2035-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/430798?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/430798?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke*. 1991 Aug;22(8):983-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1866765?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1866765?tool=bestpractice.bmj.com)

10. Best JG, Bell R, Haque M, et al. Atrial fibrillation and stroke: a practical guide. *Pract Neurol*. 2019 Jun;19(3):208-24. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826740?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826740?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke*. 2001 Jan;32(1):280-99. [Texto completo \(https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.32.1.280\)](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.32.1.280) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11136952?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11136952?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Chambers BR, Norris JW. Outcome in patients with asymptomatic neck bruits. *N Engl J Med*. 1986 Oct 2;315(14):860-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3528855?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3528855?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Barnett HJ, Taylor DW, Haynes RB, et al; North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med*. 1991 Aug 15;325(7):445-53. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108153250701\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199108153250701) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1852179?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1852179?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Adams RJ, McKie VC, Hsu L, et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. *N Engl J Med*. 1998 Jul 2;339(1):5-11. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199807023390102\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199807023390102) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9647873?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9647873?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circ Res*. 2017 Feb 3;120(3):472-95. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398\)](https://www.doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28154098?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28154098?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Ricotta JJ, Aburahma A, Ascher E, et al; Society for Vascular Surgery. Updated Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg*. 2011 Sep;54(3):e1-31. [Texto completo \(https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(11\)01635-1/fulltext\)](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(11)01635-1/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21889701?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21889701?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Whisnant JP, Brown RD, Petty GW, et al. Comparisons of population-based models of risk factors for TIA and ischemic stroke. *Neurology*. 1999 Aug 11;53(3):532-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10449116?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10449116?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Brott TG, Brown RD, Meyer FB, et al. Carotid revascularization for prevention of stroke: carotid endarterectomy and carotid artery stenting. *Mayo Clin Proc*. 2004 Sep;79(9):1197-208. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357045?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357045?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Sacco RL. Risk factors for TIA and TIA as a risk factor for stroke. *Neurology*. 2004 Apr 27;62(8 Suppl 6):S7-11. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15111649?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15111649?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2003 Feb 5;289(5):579-88. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578491?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578491?tool=bestpractice.bmj.com)

21. Bots ML, van der Wilk EC, Koudstaal PJ, et al. Transient neurological attacks in the general population. Prevalence, risk factors, and clinical relevance. *Stroke*. 1997 Apr;28(4):768-73. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1161/01.str.28.4.768\)](https://www.doi.org/10.1161/01.str.28.4.768) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9099194?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9099194?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Khare S. Risk factors of transient ischemic attack: An overview. *J Midlife Health*. 2016 Jan-Mar;7(1):2-7. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.4103/0976-7800.179166\)](https://www.doi.org/10.4103/0976-7800.179166) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27134474?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27134474?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Larsson SC, Wallin A, Wolk A, et al. Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2016 Nov 24;14(1):178. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1186/s12916-016-0721-4\)](https://www.doi.org/10.1186/s12916-016-0721-4) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881167?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881167?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Flemming KD, Brown RD Jr, Petty GW, et al. Evaluation and management of transient ischemic attack and minor cerebral infarction. *Mayo Clin Proc*. 2004 Aug;79(8):1071-86. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301338?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301338?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, et al. Heart disease and stroke statistics - 2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020 Mar 3;141(9):e139-e596. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757\)](https://www.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31992061?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31992061?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Woo D, Sauerbeck LR, Kissela BM, et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: preliminary results of a population-based study. *Stroke*. 2002 May;33(5):1190-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11988589?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11988589?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ*. 2002 Jan 12;324(7329):71-86. [Erratum in: *BMJ* 2002 Jan 19;324(7330):141.] [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/324/7329/71.long\)](https://www.bmj.com/content/324/7329/71.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11786451?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11786451?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Hart RG, Boop BS, Anderson DC. Oral anticoagulants and intracranial hemorrhage. Facts and hypotheses. *Stroke*. 1995 Aug;26(8):1471-7. [Texto completo \(https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.str.26.8.1471\)](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.str.26.8.1471) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7631356?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7631356?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. *Stroke*. 1987 Jul-Aug;18(4):712-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3603597?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3603597?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Barnes B, Cawley CM, Barrow DL. Intracerebral hemorrhage secondary to vascular lesions. *Neurosurg Clin N Am*. 2002 Jul;13(3):289-97. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12486919?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12486919?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Takahashi JC, Funaki T, Houkin K, et al; JAM Trial Investigators. Significance of the hemorrhagic site for recurrent bleeding: prespecified analysis in the Japan Adult Moyamoya trial. *Stroke*. 2016 Jan;47(1):37-43. [Texto completo \(https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/\)](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/)

- STROKEAHA.115.010819) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645256?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
32. Dastur CK, Yu W. Current management of spontaneous intracerebral haemorrhage. *Stroke Vasc Neurol*. 2017 Mar;2(1):21-9. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1136/svn-2016-000047>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28959487?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
33. Juvela S, Hillbom M, Numminen H, et al. Cigarette smoking and alcohol consumption as risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*. 1993 May;24(5):639-46. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8488517?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
34. Schievink WI. Intracranial aneurysms. *N Engl J Med*. 1997 Jan 2;336(1):28-40. [Erratum in: *N Engl J Med* 1997 Apr 24;336(17):1267.] Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8970938?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
35. Rinkel GJ. Intracranial aneurysm screening: indications and advice for practice. *Lancet Neurol*. 2005 Feb;4(2):122-8. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15664544?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
36. Steiner T, Juvela S, Unterberg A, et al. European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis*. 2013;35(2):93-112. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1159/000346087>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23406828?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
37. Teunissen LL, Rinkel GJ, Algra A, et al. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Stroke*. 1996 Mar;27(3):544-9. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1161/01.str.27.3.544>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8610327?tool=bestpractice.bmj.com>)
-

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas da medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exigem prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na dosagem ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está de acordo com as orientações do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](https://www.bipm.org/en/about-us/). <https://www.bipm.org/en/about-us/>

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

Numerais de 5 dígitos: 10,000

Numerais de 4 dígitos: 1000

Numerais < 1: 0.25

O conteúdo completo do nosso site e os termos e condições de aplicação podem ser encontrados aqui:
[Termos e condições do site http://www.bmj.com/company/legal-information/](http://www.bmj.com/company/legal-information/)

Contact us

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.