

BMJ Best Practice

Visão geral do uso crônico de bebidas alcoólicas

Direto ao local de atendimento



Índice

Introdução	3
Condições relacionadas	4
Referências	8
Aviso legal	11

Introdução

O uso crônico de bebidas alcoólicas pode estar associado a uma variedade de sequelas clínicas e psiquiátricas. Em 2019, o uso prejudicial de bebidas alcoólicas resultou em 2.6 milhões de mortes estimadas no mundo todo.[1] Os jovens são desproporcionalmente afetados pelo consumo de álcool - pessoas entre 20 e 39 anos representaram 13% das mortes atribuíveis ao álcool em 2019.[1] Lesões não intencionais, doenças digestivas, incapacidades e transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são os principais fatores contribuintes para a carga de doença relacionada às bebidas alcoólicas.[1]

Condições relacionadas

◇ Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas

» consulte nossa cobertura abrangente de Transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/198>)

Os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são um padrão problemático de uso de bebidas alcoólicas que tiver causado comprometimento clinicamente significativo ou estresse psicossocial nos 12 meses anteriores.[2] Estima-se que 400 milhões de pessoas no mundo vivam com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.[1] O uso não saudável de bebidas alcoólicas inclui o espectro de consumo arriscado de bebidas alcoólicas e os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Os indivíduos com consumo arriscado ou prejudicial de bebidas alcoólicas têm um risco maior de desenvolver um transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas, mas não precisam desenvolver um transtorno diagnosticável para sofrer danos. Embora o diagnóstico de transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas seja feito por uma anamnese abrangente e compassiva, o exame físico pode ajudar a estabelecer estigmas pelo uso de bebidas alcoólicas. A identificação precoce do uso não saudável de bebidas alcoólicas pode reduzir a morbidade e a mortalidade. O rastreamento de rotina para um uso não saudável de bebidas alcoólicas pode ajudar os médicos a identificarem o uso não saudável de bebidas alcoólicas, realizar intervenções breves para aqueles com uso de risco, e tratar os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. O envolvimento e a retenção no tratamento de transtornos por uso de substâncias podem ser um grande desafio clínico; é recomendado que os profissionais de saúde envolvam proativamente as pessoas que se beneficiariam do tratamento em todos os estágios de prontidão para a mudança, incluindo aquelas que não estiverem interessadas ou estiverem ambivalentes sobre receber tratamento.[3]

◇ Abstinência alcoólica

» consulte nossa cobertura abrangente de Abstinência alcoólica (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000096>)

A abstinência alcoólica ocorre nos pacientes com dependência alcoólica que tiverem suspenso ou reduzido o consumo de bebidas alcoólicas horas ou dias antes da manifestação. Identifique precocemente qualquer paciente com características de abstinência alcoólica grave. Esses pacientes precisam de tratamento urgente. Sintomas como ansiedade, náuseas ou vômitos, disfunção autonômica e insônia geralmente começam de 6 a 24 horas após a última bebida alcoólica do paciente.[4] Isso pode evoluir para abstinência grave com convulsões, transtornos psiquiátricos e delirium tremens.[2] [5]

◇ Doença hepática relacionada ao álcool (DHRA)

» consulte nossa cobertura abrangente de Doença hepática relacionada ao álcool (DHRA) (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1116>)

A DHRA apresenta três estágios de dano hepático: fígado gorduroso (esteatose), hepatite alcoólica (inflamação e necrose) e cirrose hepática alcoólica. Todos são causados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas crônico. Uma revisão sistemática e metanálise constatou que a prevalência da DHRA e as proporções de cirrose e carcinoma hepatocelular atribuíveis a bebidas alcoólicas são menores na Ásia, em comparação com os países ocidentais.[6] O quadro clínico é altamente variável. Uma história detalhada da quantidade e da duração do consumo de álcool, em conjunto com um exame físico e exames laboratoriais adequados, é essencial no diagnóstico da DHRA. Os principais fatores de risco incluem um consumo prolongado de grandes quantidades de álcool, a presença de hepatite C e o sexo feminino.

◇ Cirrose

» consulte nossa cobertura abrangente de Cirrose (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/278>)

O estágio patológico terminal de qualquer doença hepática crônica. As causas mais comuns de cirrose são a DHRA, a doença hepática gordurosa associada a disfunção metabólica (DHGDM [anteriormente conhecida como doença hepática gordurosa não alcoólica] e a esteatose hepática associada), e a hepatite viral crônica.[7] [8] Em 2019, o álcool foi responsável por 42% das mortes de pessoas com cirrose hepática no mundo.[1] A avaliação de um paciente com suspeita de doença hepática crônica e cirrose deve iniciar com uma história detalhada, identificando a presença de fatores de risco para as diferentes causas de cirrose. Em seguida, os pacientes devem ser submetidos a um exame físico detalhado para esclarecer quaisquer sinais de doença hepática crônica ou complicações de cirrose. Um painel completo de exames de sangue deve ser realizado para verificar o grau de gravidade da doença. As principais complicações da cirrose estão relacionadas ao desenvolvimento de insuficiência hepática e hipertensão portal e incluem a ascite, a hemorragia varicosa, a icterícia, a encefalopatia portossistêmica, lesão renal aguda e síndromes hepatopulmonares, além do desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.

◇ Insuficiência hepática aguda (IHA)

» consulte nossa cobertura abrangente de Insuficiência hepática aguda (IHA) (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1010>)

A IHA é uma afecção rara, potencialmente reversível e de risco à vida, definida por um declínio rápido da função hepática, caracterizada por icterícia, coagulopatia (INR >1.5), e encefalopatia hepática em pacientes sem evidência de doença hepática prévia.[9] [10] [11] A IHA é um evento raro, com menos de 10 casos por milhão de pessoas ao ano nos países desenvolvidos.[12] O abuso de álcool crônico é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de IHA. O diagnóstico de IHA é estabelecido por meio da realização de uma anamnese minuciosa, incluindo a cronologia dos eventos anteriores à manifestação, exame físico, exames laboratoriais. O reconhecimento, o diagnóstico e o prognóstico precoces são fundamentais para se estabelecer uma estratégia ideal de tratamento nos pacientes com IHA.

◇ Encefalopatia hepática

» consulte nossa cobertura abrangente de Encefalopatia hepática (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/294>)

Uma disfunção cerebral causada por insuficiência hepática e/ou anastomose portossistêmica. Ela se manifesta na forma de um amplo espectro de anormalidades neurológicas ou psiquiátricas que variam de alterações subclínicas a coma.[13] Acredita-se que suas causas sejam multifatoriais, resultando em exposição do cérebro à amônia que tiver se desviado do fígado através das anastomoses portossistêmicas. O diagnóstico se baseia nos deficit neurológicos reportados em combinação com anormalidades laboratoriais mostrando disfunção hepática grave.

◇ Pancreatite aguda

» consulte nossa cobertura abrangente de Pancreatite aguda (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000118>)

Transtorno do pâncreas exócrino associado a lesão das células acinares com respostas inflamatórias locais e sistêmicas.[14] O sintoma manifesto mais comum é uma dor na região epigástrica média ou no quadrante superior esquerdo que irradia para as costas. O desconforto epigástrico é típico. Os cálculos biliares e o consumo excessivo de álcool são responsáveis por aproximadamente 70% a 80% dos casos de pancreatite aguda.[15] A quantidade média de ingestão de bebidas alcoólicas nos pacientes com pancreatite aguda é 150 a 175 g por dia.[16] [17] O diagnóstico é confirmado na maioria dos pacientes pelo aumento da lipase ou da amilase séricas (>3 vezes o limite superior do normal). A tomografia computadorizada helicoidal com contraste só é necessária quando há dúvida diagnóstica ou não há melhora em até 72 a 96 horas após o início dos sintomas.

◇ Pancreatite crônica

» consulte nossa cobertura abrangente de Pancreatite crônica (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/67>)

A pancreatite crônica é comumente associada a uma ingestão crônica de bebidas alcoólicas (>75%). Ao contrário da pancreatite aguda recorrente, a pancreatite crônica é caracterizada por dor abdominal epigástrica que irradia para as costas, esteatorreia, desnutrição, redução da função exócrina pancreática, má absorção, diabetes mellitus e calcificações pancreáticas. O diagnóstico se baseia em achados clínicos e exames de imagem. Entre os fatores associados necessários para induzir a pancreatite alcoólica estão fatores anatômicos, ambientais e/ou genéticos, já que poucas pessoas com dependência alcoólica crônica desenvolvem a doença (não mais que 10% e, provavelmente, <3%).[18] [19]

◇ Encefalopatia de Wernicke

» consulte nossa cobertura abrangente de Encefalopatia de Wernicke (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/405>)

Uma emergência neurológica resultante da deficiência de tiamina com manifestações neurocognitivas variadas, geralmente envolvendo alterações do estado mental, marcha e disfunção oculomotora (oftalmoplegia). Essa tríade pode estar presente em até 16% dos pacientes com encefalopatia de Wernicke; cerca de 19% dos pacientes podem se apresentar sem quaisquer sinais clássicos.[20] Nas pessoas com dependência alcoólica crônica, a deficiência de tiamina é resultado de uma combinação de fatores: pouca ingestão alimentar, baixo conteúdo de vitaminas nas bebidas alcoólicas, baixa capacidade de armazenamento do fígado, baixa absorção intestinal, conversão prejudicada de tiamina em sua forma ativa (pirofosfato de tiamina), e o aumento da demanda para metabolizar os carboidratos nas bebidas alcoólicas.[21]

◇ Transtornos do espectro alcoólico fetal

» consulte nossa cobertura abrangente de Transtornos do espectro alcoólico fetal (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1141>)

Referem-se a um grupo de doenças que podem resultar da exposição fetal a bebidas alcoólicas.[22] Os transtornos incluem síndrome alcoólica fetal (SAF), SAF parcial, transtorno do neurodesenvolvimento relacionado ao uso de álcool e malformações congênitas relacionadas ao álcool. Em uma metanálise de 2017, a prevalência global de transtornos do espectro alcoólico fetal foi estimada em 8 em 1000 na população em geral, com prevalência superior a 1% em 76 de 187 países.[23] A SAF se caracteriza por restrição de crescimento pré-natal e pós-parto, dismorfia facial específica e anormalidades estruturais e/ou funcionais do sistema nervoso central. A prevenção é uma prioridade, pois uma lesão cerebral sustentada no útero é permanente e está associada a problemas físicos, mentais, comportamentais e de aprendizagem graves. O diagnóstico precoce pode evitar deficiências secundárias, mas muitos médicos não têm conhecimento de ou se confundem com os critérios diagnósticos e as terminologias existentes.

◇ Avaliação da disfunção hepática

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da disfunção hepática (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1122>)

A avaliação das pacientes com testes hepáticos anormais deve ser guiada pela história, risco para doença hepática, duração e gravidade dos achados clínicos, presença de comorbidades, natureza da anormalidade observada no teste hepático, e exames e biópsias relevantes.[24] A hepatopatia alcoólica crônica e a hepatite alcoólica aguda estão associadas à elevação das aminotransferases séricas.[25] A gama-glutamilttransferase elevada se relaciona com um consumo excessivo de álcool; no entanto, elevações isoladas da gama-glutamilttransferase são comuns, e muitas vezes insignificantes, de modo que muitas instituições têm optado por excluir este teste de seu painel de teste hepático.

◇ Avaliação do delirium

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação do delirium (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/241>)

Delirium é uma alteração flutuante e aguda no estado mental, com desatenção, pensamento desorganizado e níveis alterados de consciência.[26] O delirium pode ser resultado de cetoacidose alcoólica (observada com o abuso crônico de álcool e após o consumo esporádico intenso de álcool [binge drinking]), e pode ocorrer na encefalopatia de Wernicke e na psicose de Korsakoff, associadas à deficiência de tiamina. O delirium pode estar associado à abstinência de medicamentos (benzodiazepínicos) e bebidas alcoólicas, e isso deve ser considerado em todos os casos.[27]

◇ Avaliação da polineuropatia

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da polineuropatia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/158>)

Uma polineuropatia é uma doença generalizada dos nervos periféricos devida a danos aos axônios e/ou à bainha de mielina. Com maior frequência, manifesta-se como dormência simétrica, parestesia e disestesia nos pés e nos membros inferiores distais (polineuropatia sensorio-motora simétrica distal). Nos casos graves, os sintomas e sinais sensoriais evoluem em direção proximal para enquadrar-se em uma distribuição em meias ou luvas. O equilíbrio e a marcha podem estar prejudicados. O transtorno decorrente do uso de bebidas alcoólicas é um fator de risco para deficiências de tiamina e piridoxina, que são possíveis causas de polineuropatia. A polineuropatia relacionada ao etanol associada a transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas pode ser causada pela toxicidade direta do etanol sobre o nervo e/ou por deficiências nutricionais concomitantes.

◇ Avaliação da hemorragia digestiva alta

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da hemorragia digestiva alta (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/456>)

A hemorragia digestiva alta se refere ao sangramento gastrointestinal cuja origem é proximal ao ligamento de Treitz na junção duodenojejunal. As causas são múltiplas, mas nos países desenvolvidos a hemorragia geralmente é secundária a úlcera péptica, erosões, esofagite ou varizes. Qualquer história de uso crônico e excessivo de álcool, droga intravenosa (ou outro comportamento que ponha as pessoas em risco de contrair hepatite), ou de doença hepática subjacente, sugere fortemente um sangramento varicoso. A importância da anamnese e do exame físico completo deve ser extremamente enfatizada, pois eles possibilitam a triagem rápida dos pacientes que necessitam de cuidados em uma enfermaria ou unidade de terapia intensiva e também possibilitam priorizar os pacientes para a endoscopia de urgência versus a de emergência. A mortalidade é secundária ao choque hipovolêmico.

Principais artigos

Referências

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Jun 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/publications/item/9789240096745\)](https://www.who.int/publications/item/9789240096745)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
3. American Society of Addiction Medicine. Engagement and retention of nonabstinent patients in substance use treatment: clinical consideration for addiction treatment providers. Oct 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.asam.org/quality-care/clinical-recommendations/asam-clinical-considerations-for-engagement-and-retention-of-non-abstinent-patients-in-treatment\)](https://www.asam.org/quality-care/clinical-recommendations/asam-clinical-considerations-for-engagement-and-retention-of-non-abstinent-patients-in-treatment)
4. Tiglao SM, Meisenheimer ES, Oh RC. Alcohol withdrawal syndrome: outpatient management. *Am Fam Physician*. 2021 Sep 1;104(3):253-62. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34523874?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34523874?tool=bestpractice.bmj.com)
5. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Apr 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/cg100\)](https://www.nice.org.uk/guidance/cg100)
6. Xu H, Xiao P, Zhang F, et al. Epidemic characteristics of alcohol-related liver disease in Asia from 2000 to 2020: a systematic review and meta-analysis. *Liver Int*. 2022 Aug;42(9):1991-8. [Texto completo \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.15312\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.15312) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35593004?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35593004?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Pimpin L, Cortez-Pinto H, Negro F, et al. Burden of liver disease in Europe: epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *J Hepatol*. 2018 Sep;69(3):718-35. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29777749?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29777749?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary epidemiology of chronic liver disease and cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Nov;18(12):2650-66. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007353\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007353) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31401364?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31401364?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Trey C, Davidson CS. The management of fulminant hepatic failure. *Prog Liver Dis*. 1970;3:282-98. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4908702?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4908702?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Gimson AE, O'Grady J, Ede RJ, et al. Late onset hepatic failure: clinical, serological and histological features. *Hepatology*. 1986 Mar-Apr;6(2):288-94. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3082735?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3082735?tool=bestpractice.bmj.com)

11. Bernuau J, Rueff B, Benhamou JP. Fulminant and subfulminant liver failure: definitions and causes. *Semin Liver Dis.* 1986 May;6(2):97-106. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3529410?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3529410?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Bernal W, Wendon J. Acute liver failure. *N Engl J Med.* 2013 Dec 26;369(26):2525-34. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1208937\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1208937)
13. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology.* 2014 Aug;60(2):715-35. [Texto completo \(https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.27210\)](https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.27210) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25042402?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25042402?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Nirula R. Chapter 9: Diseases of the pancreas. High yield surgery. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
15. Samanta J, Dhaka N, Gupta P, et al. Comparative study of the outcome between alcohol and gallstone pancreatitis in a high-volume tertiary care center. *JGH Open.* 2019 Aug;3(4):338-43. [Texto completo \(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6684514\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6684514) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31406928?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31406928?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Munoz A, Katerndahl DA. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Am Fam Physician.* 2000 Jul 1;62(1):164-74. [Texto completo \(http://www.aafp.org/afp/2000/0701/p164.html\)](http://www.aafp.org/afp/2000/0701/p164.html) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10905786?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10905786?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Townsend C. Sabiston textbook of surgery board review. Chapter 53: exocrine pancreas. 17th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.
18. Dufour MC, Adamson MD. The epidemiology of alcohol-induced pancreatitis. *Pancreas.* 2003;27:286-290. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576488?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576488?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Yadav D, Eigenbrodt ML, Briggs MJ, et al. Pancreatitis: prevalence and risk factors among male veterans in a detoxification program. *Pancreas.* 2007;34:390-398. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446836?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446836?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1986 Apr;49(4):341-5. [Texto completo \(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1028756\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1028756) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701343?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3701343?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Thomson AD. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and development of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2000 May-Jun;35(1):2-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11304071?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11304071?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Streissguth AP, O'Malley K. Neuropsychiatric implications and long-term consequences of fetal alcohol spectrum disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2000 Jul;5(3):177-90. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11291013?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11291013?tool=bestpractice.bmj.com)

23. Lange S, Probst C, Gmel G, et al. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017 Oct 1;171(10):948-56. [Texto completo \(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5710622\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5710622) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28828483?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28828483?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Sawieres S. Liver function tests: indication and interpretation. *Pharm. J.* 2022 Jan 25;308(7957). [Texto completo \(https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/liver-function-tests-indication-and-interpretation\)](https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/liver-function-tests-indication-and-interpretation)
25. Crabb DW, Im GY, Szabo G, et al. Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2020 Jan;71(1):306-33. [Texto completo \(https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.30866\)](https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.30866) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31314133?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31314133?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med.* 1999 May;106(5):565-73. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10335730?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10335730?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Oh ES, Li M, Fafowora TM, et al. Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015 Sep;30(9):900-10. [Texto completo \(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4465414\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4465414) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503071?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503071?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 na 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 exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia 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 alinhada com a orientação 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

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](http://www.bmj.com/company/legal-information/). <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

Fale conosco

+ 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

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