



RESUMO DE REFERÊNCIAS PARA DIRETRIZES DOS PADRÕES DE PRÁTICAS PREFERENCIAIS®

Introdução

Estes são os pontos de referência para as diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais® (PPP) da Academia. A série de diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais foi escrita baseando-se em três princípios.

- Cada Padrão de Prática Preferencial deve ser clinicamente relevante e suficientemente específico para fornecer informações úteis aos profissionais.
- Cada recomendação feita deve ser acompanhada de uma graduação explícita demonstrando sua importância no processo assistencial.
- Cada recomendação feita também deve ser acompanhada de uma graduação explícita mostrando o nível da evidência que sustenta a recomendação e correspondendo à melhor evidência disponível.

Os Padrões de Práticas Preferenciais proporcionam um guia para um padrão da prática e não especificamente para o atendimento de um determinado indivíduo. Embora estes padrões geralmente devam atender às necessidades da maioria dos pacientes, eles possivelmente não suprem da melhor forma as necessidades de todos os pacientes. A adesão a estes Padrões de Práticas Preferenciais não garante o êxito em todas as situações. Estes padrões de prática não devem ser considerados inclusivos de todos os métodos assistenciais adequados ou exclusivos de outros métodos assistenciais razoavelmente voltados para a obtenção dos melhores resultados. Pode ser necessário abordar necessidades distintas dos pacientes de maneiras distintas. O médico deve fazer o julgamento final sobre o responsável pelo cuidado de um determinado paciente, baseando-se em todas as circunstâncias apresentadas por esse paciente. A Academia Americana de Oftalmologia (AAO) está à disposição para auxiliar seus membros na resolução de dilemas éticos que possam surgir durante a prática oftalmológica.

As diretrizes dos Padrões de Práticas Preferenciais® não são padrões médicos para serem seguidos em todas as situações específicas. A Academia se isenta de qualquer responsabilidade por qualquer dano resultante de negligência, ou de quaisquer reclamações que possam surgir da utilização de quaisquer recomendações ou outras informações aqui contidas.

Para cada doença principal, as recomendações para o processo de atendimento, incluindo a história, exame físico e exames complementares são sumarizados conjuntamente com as principais recomendações para conduta, seguimento e educação do paciente. Para cada PPP, é realizada uma detalhada pesquisa de artigos na língua inglesa no PubMed e na Biblioteca Cochrane. Os resultados são revisados por um painel de especialistas e são usados para o preparo das recomendações, as quais são dadas uma classificação que mostra a força da evidência quando existe evidência suficiente.

Para classificar estudos individuais, é utilizado uma escala com base na Rede Escocesa Intercolegial de Diretrizes (*Scottish Intercollegiate Guideline Network - SIGN*). As definições e os níveis de evidência para avaliar estudos individuais são os seguintes:

- I ++: Alta qualidade de meta-análises, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECR), ou ECR com um risco muito baixo de viés.
- I +: Meta-análises bem conduzida, revisões sistemáticas de ECR, ou ECR com um baixo risco de viés.
- I -: Meta-análises, revisões sistemáticas de ECR, ou ECR com um alto risco de viés.
- II ++: Alta qualidade de revisões sistemáticas de estudos de caso-controle ou coorte; caso-controle ou estudos de coorte de alta qualidade com um baixo risco de confusão ou viés e uma alta probabilidade de que a relação seja causal.
- II +: Caso-controle ou estudos de coorte bem conduzidos com um baixo risco de confusão ou viés e uma probabilidade moderada de que a relação seja causal.
- II -: Caso-controle ou estudos de coorte com um alto risco de confusão ou viés e um risco significativo de que a relação não seja causal.
- III: Estudos não analíticos (por exemplo: relatos de casos e séries de casos).

As recomendações para tratamento são formadas com base no grupo de evidências. O grupo de evidências de classificação da qualidade é definido pela Classificação da Análise de Recomendações, Desenvolvimento e Avaliação (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE*), da seguinte forma:

- Qualidade boa (QB): É muito improvável que uma pesquisa mais avançada mude nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito.
- Qualidade moderada (QM): Uma pesquisa mais avançada é susceptível de ter um impacto importante com relação a nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito, podendo alterá-la.
- Qualidade insuficiente (QI): É muito provável que uma pesquisa mais avançada tenha um impacto importante com relação a nossa confiabilidade sobre a estimativa do efeito, existindo uma predisposição em alterá-la; qualquer estimativa sobre o efeito é muito incerta.

RESUMO DE REFERÊNCIAS PARA DIRETRIZES DOS PADRÕES DE PRÁTICAS PREFERENCIAIS®

Introdução (continuada)

As principais recomendações para tratamentos são definidas pela GRADE, da seguinte forma:

- Forte recomendação (FR): Usada quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam claramente os efeitos indesejáveis, ou quando claramente não superam.
- Recomendação discricionária (RD): Usada quando as trocas são menos certas, seja por causa das evidências de baixa qualidade ou porque as evidências sugerem que os efeitos desejáveis e indesejáveis estejam intimamente equilibrados.

Nos PPPs anteriores a 2011, o painel classifica as recomendações de acordo com sua importância no processo assistencial. Esta graduação da "importância no processo assistencial" representa uma medida do que o painel considerou que melhoraria significativamente a qualidade da assistência recebida pelo paciente. A classificação de importância é dividida em três níveis:

- Nível A, definido como o mais importante.
- Nível B, definido como moderadamente importante.
- Nível C, definido como relevante, mas não fundamental.

O painel também avalia cada recomendação em relação à força de evidência existente na literatura disponível para sustentar a recomendação feita. As "classificações da força de evidência" também são divididas em três níveis:

- Nível I inclui a evidência obtida a partir de pelo menos um estudo controlado, randomizado e bem conduzido. Metanálises de estudos controlados e randomizados podem ser incluídas.
- O Nível II inclui evidências obtidas a partir do seguinte:
 - Estudos controlados com desenho adequado, mas sem randomização.
 - Estudos de coorte ou caso-controle com desenho adequado, de preferência com mais de um centro envolvido.
 - Múltiplas séries temporais com ou sem a intervenção.
- Nível III inclui evidência obtida a partir de um dos seguintes:
 - Estudos descritivos.
 - Relatos de caso.
 - Relatos den comitês/organizações especializados (por exemplo: consenso do painel PPP com revisão por pares externa).

Esta antiga abordagem, no entanto, acabará por ser eliminada devido a Academia ter adotado os sistemas de classificação e avaliação SIGN e GRADE.

As PPPs se destinam a servir como guia na assistência ao paciente, com maior ênfase nos aspectos técnicos. Ao se aplicar este conceito, é essencial reconhecer que a verdadeira excelência médica somente é atingida quando o conhecimento é aplicado de forma tal que as necessidades dos pacientes são o enfoque principal. A AAO está à disposição para auxiliar os membros na resolução de dilemas éticos que possam surgir durante a prática. (Código de Ética da AAO).

Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (Avaliação Inicial)

Anamnese (Elementos-chave)

- Histórico ocular.
- Raça/etnia.
- Histórico familiar.
- Histórico sistêmico.
- Revisão do histórico pertinente.
- Medicação atual.
- Cirurgia ocular.

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Aferição da acuidade visual.
- Exame das pupilas.
- Biomicroscopia do segmento anterior com lâmpada de fenda.
- Aferição da PIO.
- Espessura central da córnea.
- Gonioscopia.
- Avaliação da cabeça do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina (CFNR) utilizando visualização estereoscópica ampliada com biomicroscopia com lâmpada de fenda e sob midríase. (*I+*, *QM*, *FR*)
- Exame da aparência da cabeça do nervo óptico por estereofotografia colorida ou análise de imagem computadorizada deve ser registrado em série. (*I+*, *QM*, *FR*)
- Avaliação fundoscópica (sob midríase, sempre que possível).
- Avaliação do campo visual de preferência por meio de perimetria automatizada estática de limiar.
- Avaliação do disco óptico.
- Desbaste do aro neuroretiniano inferior e/ou superior.

Plano de Conduta Para os Pacientes nos quais o Tratamento Está Indicado

- Definir uma PIO alvo inicial de pelo menos 25% menor do que a PIO antes do tratamento. Optar por uma PIO alvo menor pode ser considerado se houver uma lesão mais grave do nervo óptico.
- PIO alvo é uma estimativa e deve ser individualizada e/ou modificada durante o curso da doença. (*III*, *QI*, *RD*)
- O objetivo do tratamento é manter a PIO em uma escala em que a perda de campo visual é improvável para reduzir significativamente a saúde de um paciente relacionada à sua qualidade de vida enquanto viver. (*II+*, *QM*, *RD*)
- A terapia medicamentosa é, atualmente, a intervenção inicial mais comum para diminuir a PIO; considerar o equilíbrio entre os efeitos colaterais, a eficácia em escolher um regime máximo eficiente e a tolerância máxima para atingir a redução da PIO desejada em cada paciente.
- Se ocorrer uma progressão na pressão alvo, as flutuações da PIO não detectadas e a adesão ao tratamento devem ser reavaliadas antes de ajustar a PIO alvo para baixo.
- Avaliar o paciente que está sendo tratado com medicamentos para glaucoma em relação à toxicidade e aos efeitos colaterais oculares locais e sistêmicos.
- A trabeculoplastia a laser pode ser considerada como tratamento inicial em determinados pacientes ou uma alternativa para pacientes com alto risco de não adesão ao tratamento médico, que não podem ou não vão usar os medicamentos de forma confiável devido ao custo, problemas de memória, dificuldade com a instilação, ou intolerância à medicação. (*I+*, *QB*, *RD*)

- A trabeculectomia é eficaz na redução da PIO e é geralmente indicada quando os medicamentos e tratamentos a laser adequados são insuficientes para controlar a doença, podendo também ser considerada em casos específicos como tratamento inicial. (*I+*, *QB*, *FR*)

Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios para Pacientes Submetidos à Trabeculectomia a Laser

- O oftalmologista que realiza a cirurgia tem as seguintes responsabilidades:
 - Obter o termo de consentimento informado.
 - Assegurar que a avaliação pré-operatória confirma a necessidade de cirurgia.
 - Realizar a aferição da PIO pelo menos uma vez entre 30 minutos e duas horas antes da cirurgia.
 - Exame de seguimento dentro das primeiras seis semanas da cirurgia ou mais precocemente se houver preocupação com dano ao nervo óptico relacionado a PIO.

Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios para Pacientes Submetidos à Cirurgia Incisional de Glaucoma

- O oftalmologista que realiza a cirurgia tem as seguintes responsabilidades:
 - Obter o termo de consentimento informado.
 - Assegurar que a avaliação pré-operatória documenta adequadamente os achados clínicos e indicação para cirurgia.
 - Prescrever corticóides tópicos no período pós-operatório.
 - Exame de seguimento no primeiro dia de pósoperatório (12 a 36 horas após a cirurgia) e pelo menos uma vez durante as primeiras duas semanas.
 - Na ausência de complicações, realizar visitas pósoperatórias adicionais durante um período de 6 semanas.
 - Agendar visitas mais freqüentes, conforme necessário, para pacientes com complicações pós-operatórias.
 - Tratamentos adicionais conforme necessário para aumentar as chances de um resultado satisfatório em longo prazo.

Educação do Paciente para Pacientes em Tratamento Medicamentoso

- Discutir diagnóstico, gravidade da doença, prognóstico e plano de tratamento, assim como possibilidade de que a terapia, uma vez iniciada, poderá ser necessária a longo prazo.
- Orientar sobre fechamento palpebral ou oclusão nasolacrimal quando os medicamentos tópicos são aplicados para redução da absorção sistêmica.
- Estimular que os pacientes alertem o oftalmologista sobre mudanças físicas ou emocionais que ocorram durante uso das medicações para glaucoma.

Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (Avaliação de Seguimento)

Anamnese

- Histórico ocular intermitente.
 - Histórico médico sistêmico intermitente.
- Efeitos colaterais das medicações oculares.
- Frequência e última aplicação das medicações antiglaucomatosas, assim como revisão dos medicamentos.

Exame Físico

- Aferição da acuidade visual.
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda.
- Aferição da PIO.
- Avaliação da cabeça do nervo óptico e campo visual (ver tabela abaixo).
- A mensuração da espessura central da córnea deve ser repetida após qualquer ocasião que possa alterá-la (por exemplo: cirurgia refrativa).

Plano de Conduta para Pacientes em Tratamento Clínico

- A cada exame, registro da dosagem e frequência do uso, discutir adesão ao regime terapêutico e reação do paciente às recomendações para alternativas de tratamento ou procedimentos diagnósticos.
- Realizar gonioscopia se houver suspeita de fechamento angular, estreitamento da câmara anterior, anormalidades do ângulo da câmara anterior ou se houver uma mudança inexplicada na PIO.

- Realizar gonioscopia periodicamente.
- Reavaliar o regime terapêutico se a PIO alvo não for alcançada e os benefícios da mudança na terapia superam os riscos.
- Reduzir o valor da PIO alvo se houver progressão na alteração do disco óptico, na CFNR ou no campo visual.
- Dentro de cada um dos intervalos recomendados, os fatores que determinam a frequência de avaliação incluem a gravidade do dano, a velocidade de progressão, o tanto que a PIO ultrapassa a PIO alvo, o número e a importância de outros fatores de risco para dano ao nervo óptico.

Educação do Paciente

- Orientar sobre o processo da doença, fundamentos e objetivos das intervenções, estado da sua condição, assim como os riscos e benefícios relativos de tratamentos alternativos para que os pacientes possam participar de forma significativa no desenvolvimento de um plano de conduta apropriado.
- Encaminhar e/ou estimular os pacientes com deficiência visual importante ou cegueira para o uso de reabilitação visual adequada e serviços sociais.
- Os pacientes indicados à cirurgia cerato-refrativa devem ser informados que o possível impacto de correção a laser da visão é a redução da sensibilidade ao contraste e a diminuição da precisão das aferições da PIO.

Seguimento:

Consenso Baseado nas Diretrizes para Seguimento do Glaucoma com Avaliação do Nervo Óptico e do Campo Visual*

PIO-alvo atingida	Progressão do dano	Duração do controle (meses)	Intervalo aproximado de seguimento (meses)**
Sim	Não	≤6	6
Sim	Não	>6	12
Sim	Sim	NA	1-2
Não	Sim	NA	1-2
Não	Não	NA	3-6

PIO = pressão intraocular; NA = não se aplica.

* As avaliações consistem em exame clínico do paciente, incluindo a avaliação da cabeça do nervo óptico (com estereofoto colorida ou imagem computadorizada do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina periodicamente) e a avaliação por campo visual.

** Pacientes com lesão mais avançada ou maior risco de GPAA podem necessitar de avaliações mais frequentes. Esses intervalos são o máximo de tempo recomendado entre as avaliações.

Suspeita de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (Avaliação Inicial e de Seguimento)

Anamnese (Elementos-chave)

- Histórico ocular.
- Histórico familiar.
- Histórico sistêmico.
- Revisão do histórico pertinente.
- Medicação atual.
- Cirurgia ocular.

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Aferição da acuidade visual.
- Exame das pupilas.
- Biomicroscopia do segmento anterior com lâmpada de fenda.
- Aferição da PIO.
- Espessura central da córnea.
- Gonioscopia.
- Avaliação da cabeça do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina utilizando visualização estereoscópica ampliada com biomicroscopia com lâmpada de fenda e sob midríase.
- Devem ser registrados a aparência da cabeça do nervo óptico e, se possível, a CFNR. (*II++*, *QB*, *FR*)
- Avaliação fundoscópica (sob midríase, sempre que possível).
- Avaliação de campo visual, preferencialmente por meio de perimetria automatizada estática de limiar.
- Escavação do cálice óptico.
- Desbaste do aro neuroretiniano inferior e/ou superior.

Plano de Conduta para os Pacientes nos quais o Tratamento Clínico for Indicado

- Uma meta inicial razoável seria definir uma PIO alvo 20% menor do que a média de várias aferições da PIO inicial de acordo com os critérios do Estudo de Hipertensão Ocular. (*I+*, *QM*, *RD*)
- O objetivo do tratamento é manter a PIO em uma escala em que a perda de campo visual é improvável para reduzir significativamente a saúde de um paciente relacionada à sua qualidade de vida enquanto viver. (*II+*, *QM*, *RD*)
- Se a lesão glaucomatosa do campo visual foi detectada recentemente em um paciente com suspeita de glaucoma, é melhor que o teste seja repetido. (*II++*, *QB*, *FR*)
- Os médicos devem incluir todas as informações perimétricas e outras informações estruturais, além de tecnologia de imagem digital quando da formulação de decisões sobre a conduta dos pacientes. (*III*, *QI*, *FR*)

Histórico do Exame de Seguimento

- Histórico ocular intermitente.
- Histórico médico sistêmico intermitente e qualquer mudança de medicações sistêmicas.
- Efeitos colaterais das medicações oculares se o paciente estiver sendo tratado.
- Frequência e último uso das medicações para o glaucoma, assim como revisão do seu uso, se o paciente estiver sendo tratado.

Exame Físico de Seguimento

- Aferição da acuidade visual.
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda.
- Aferição da PIO.
- Gonioscopia está indicada quando há uma suspeita de um componente de fechamento angular, estreitamento da câmara anterior ou mudança inexplicável da PIO.

Intervalos de Seguimento

- O intervalo de seguimento depende da relação entre o paciente e a doença, que é única para cada paciente.
- A frequência da avaliação da cabeça do nervo óptico e do campo visual é baseada na avaliação de risco. Pacientes com córneas finas, PIOs mais elevadas, hemorragia do disco, maior relação disco-escavação, maior parâmetro MD (Mean Deviation, i.e. desvio médio) da perimetria computadorizada, ou história familiar de glaucoma podem necessitar um seguimento mais frequente.

Educação do Paciente para Pacientes em Tratamento Clínico

- Discutir diagnóstico, número e gravidade dos fatores de risco, prognóstico, plano de conduta, e possibilidade de que a terapia, uma vez iniciada, seja prolongada.
- Orientar sobre o processo da doença, fundamentos e objetivos das intervenções, estado da sua condição, assim como sobre os riscos e benefícios relativos de intervenções alternativas.
- Orientar sobre o fechamento palpebral e oclusão nasolacrimal quando as medicações tópicas forem aplicadas para redução da absorção sistêmica.
- Estimular que os pacientes alertem o oftalmologista sobre mudanças físicas ou emocionais que ocorram durante uso das medicações para glaucoma.

Fechamento Angular Primário (Avaliação Inicial e Tratamento)

Anamnese (Elementos-chave)

- Histórico ocular (sintomas sugestivos de crises intermitentes de fechamento angular).
- Histórico familiar de glaucoma agudo de ângulo fechado.
- Histórico sistêmico (por exemplo, uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos).

Exame Físico Inicial (Elementos-chave)

- Estado refrativo.
- Pupilas.
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda.
- Hiperemia conjuntival (nos casos agudos).
- Estreitamento central e periférico da profundidade da câmara anterior.
- Inflamação da câmara anterior, sugestiva de uma crise atual ou recente.
- Edema da córnea (edema microcístico e edema estromal são comuns em casos agudos).
- Anormalidades da íris, incluindo atrofia focal ou difusa, sinéquias posteriores, função pupilar anormal, forma irregular da pupila e pupila em média midriase (sugestivo de uma crise atual ou recente).
- Alterações do cristalino, incluindo catarata e glaukomflecken.
- Perda de células endoteliais da córnea.
- Aferição da PIO.
- Gonioscopia e/ou com imagem do segmento anterior de ambos os olhos.
- Avaliação fundoscópica e da cabeça do nervo óptico usando oftalmoscópio direto ou biomicroscopia com lâmpada de fenda utilizando lentes de imagens indiretas.

Plano de Conduta para Pacientes nos quais a Iridotomia está Indicada

- A iridotomia é indicada para olhos com glaucoma primário de ângulo fechado (GPAF). (*I++*, *QB*, *FR*)
- A iridotomia a laser é o tratamento cirúrgico de escolha para crises agudas de fechamento angular (CAFA) por ter uma relação favorável de risco-benefício. (*II+*, *QM*, *FR*)
- Na vigência de crise aguda de fechamento angular, usar tratamento medicamentoso inicialmente para redução da PIO, da dor e clareamento do edema de córnea, e então a iridotomia deve então ser realizada o mais rápido possível. (*III*, *QB*, *FR*)
- Realizar iridotomia profilática no olho contralateral, se o ângulo da câmara anterior for anatomicamente estreito, como pode ocorrer com quase metade dos olhos contralaterais que desenvolvem a CAFA dentro de 5 anos. (*II++*, *QB*, *FR*)

Cirurgia e Cuidados Pós-Operatórios para Pacientes que Necessitam de Iridotomia

- O oftalmologista que realiza a cirurgia tem as seguintes responsabilidades:
 - Obter o termo de consentimento informado.
 - Assegurar que a avaliação pré-operatória confirma a necessidade de cirurgia.
 - Realizar pelo menos uma aferição da PIO imediatamente antes da cirurgia e após dentro 30 minutos e 2 horas.
 - Prescrever corticóide tópico no período pós-operatório.
 - Assegurar que o paciente receba cuidados pósoperatórios adequados.
- Avaliações de seguimento incluem:
 - Avaliação da patência da iridotomia através da visualização da cápsula anterior do cristalino.
 - Aferição da PIO.
 - Gonioscopia por compressão/entalhadura, se não foi realizada imediatamente após a iridotomia.
 - Dilatação pupilar para se reduzir o risco de formação de sinéquias posteriores.
 - Exame fundoscópico, de acordo com indicação clínica.
 - Preceituar medicamentos no período perioperatório, para evitar elevação súbita da PIO, principalmente nos pacientes com doença grave.

Acompanhamento de Pacientes com Iridotomia

- Após a iridotomia, os pacientes com neuropatia óptica glaucomatosa devem ser seguidos, tal como especificado no Glaucoma Primário de Ângulo Aberto PPP.
- Depois da iridotomia, os pacientes com um ângulo aberto residual ou uma combinação de ângulo aberto e algumas sinéquias anteriores periféricas, com ou sem neuropatia óptica glaucomatosa, devem ser seguidos pelo menos anualmente, com especial atenção para a realização da gonioscopia.

Orientações aos Pacientes quando a Iridotomia não for Realizada

- Pacientes com suspeita de fechamento angular primário, que não se submeteram a uma iridotomia, devem ser alertados de que estão sob risco de CAFA e que alguns medicamentos podem causar dilatação da pupila e induzir a CAFA. (*III*, *QM*, *RD*)
- Os pacientes devem ser informados sobre os sintomas da CAFA e instruídos a comunicarem seu oftalmologista imediatamente caso ocorram os sintomas. (*III*, *QM*, *FR*)

Notificação Legal Sobre A Tradução Do Resumo Benchmark

Esta publicação é uma tradução de uma edição da American Academy of Ophthalmology (Academia Americana de Oftalmologia) intitulada Resumo Benchmarks. Esta tradução reflete a prática vigente nos Estados Unidos da América na data de sua publicação original pela Academia e pode incluir algumas modificações que refletem as práticas nacionais. A American Academy of Ophthalmology não traduziu esta publicação para a linguagem utilizada e declina qualquer responsabilidade por quaisquer modificações, erros, omissões ou outras possíveis falhas na tradução. A Academia fornece este material apenas para fins educacionais. Não se destina a representar o único ou o melhor método ou procedimento em todos os casos, ou substituir o próprio parecer do médico ou ainda dar conselhos específicos para a gestão de casos. Incluir todas as indicações, contra-indicações, efeitos secundários e agentes alternativos para cada medicamento ou tratamento está fora do âmbito deste material. Todas as informações e recomendações devem ser verificadas antes do uso, com as informações atuais incluídas nos folhetos informativos dos fabricantes ou outras fontes independentes e consideradas à luz do estado e histórico do paciente. A Academia renuncia especificamente a toda e qualquer responsabilidade por lesões ou outros danos de qualquer tipo, sendo por negligência ou de qualquer outra forma, por qualquer e por todas as reivindicações que possam surgir a partir do uso de quaisquer recomendações ou outras informações aqui contidas.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein