

---

# **CISTITE INTERSTICIAL**

## **DIAGNÓSTICO**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA**

*ALMEIDA FG, BATEZINI NSS, SIMOES RS, BERNARDO WM.*

**ELABORAÇÃO: 15 DE DEZEMBRO DE 2017.**

---

**A CISTITE INTERSTICIAL (CI) É DOENÇA DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA DE CARÁTER PROGRESSIVO, PROVAVELMENTE DE ORIGEM MULTIFATORIAL, ASSINALADA PELA TRÍADE CLÁSSICA DE DOR VESICAL, FREQUÊNCIA E URGÊNCIA MICCIONAL. O OBJETIVO DESTA DIRETRIZ É REUNIR INFORMAÇÕES EM MEDICINA PARA PADRONIZAR A CONDUTA, A FIM DE AJUDAR NA TOMADA DE DECISÕES. COMO DESFECHO AVALIADO FORAM OS MÉTODOS EMPREGADOS NO DIAGNÓSTICO DA CISTITE INTERSTICIAL. FOI REALIZADA A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA, FEITA SEM RESTRIÇÃO DE PERÍODO, NA BASE DE DADOS MEDLINE, RECUPERANDO 57 TRABALHOS, SENDO QUE DESTES 10 FORAM SELECIONADOS PARA RESPONDER À DÚVIDA CLÍNICA: QUAIS MÉTODOS DEVEM SER EMPREGADOS NO DIAGNÓSTICO DA CISTITE INTERSTICIAL? OS DETALHES DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DESSA DIRETRIZ ESTÃO EXPOSTOS DO ANEXO I.**

---

## INTRODUÇÃO

---

A **Cistite intersticial** (CI), também conhecida como **Síndrome da Dor Vesical** (SDV) é doença de etiologia desconhecida de caráter progressivo, provavelmente de origem multifatorial, assinalada pela tríade clássica de dor vesical, frequência e urgência miccional. Nos últimos anos inúmeras entidades têm se esforçado no sentido de alcançar concordância no que se refere à nomenclatura, definição, avaliação e critérios diagnósticos. Em 1980, o *National Institute For Diabetes, Digestive and Diseases of the Kidney* (NIDDK) foi a primeira a propor critérios diagnósticos para identificação de indivíduos com a doença, no entanto, observou-se que quando aplicados muitos dos doentes não eram diagnosticados<sup>1</sup>. Em 2002 a *International Continence Society* (ICS) desenvolveu o conceito de “Painful Bladder Syndrome”, definido como dor suprapúbica relacionada ao enchimento vesical, associada a frequência urinária e noctúria e não acompanhada de infecção urinária ou outra doença<sup>2</sup>. Contudo, mais uma vez, pouco mais de 60% dos indivíduos eram diagnosticados<sup>3</sup>. Em 2008 a *European Society for the Study of Interstitial Cystitis* (ESSIC) sugeriu nova nomenclatura, apresentando o conceito de “Bladder Pain Syndrome” que a definiu como dor pélvica crônica, pressão ou desconforto pélvico identificados pelo paciente como relacionados com a bexiga, acompanhada de pelo menos outro sintoma do trato urinário inferior, com duração superior a seis meses, na ausência de outras causas identificáveis<sup>4</sup>. Por fim, em 2010, o Comitê do *Bladder Pain Syndrome International Consultation on Incontinence* votou que a definição mais apropriada era aquela estabelecida pela ESSIC<sup>5</sup>. Mais recentemente, a *American Urological Association* (AUA) acrescentou à definição a presença dos sintomas com duração superior a seis semanas<sup>6</sup>.

---

## RESULTADOS

---

Como verificado, os critérios diagnósticos da CI/SDV são inconsistentes, sendo este, um diagnóstico de exclusão uma vez que não há sinais ou sintomas patognomônicos da doença. A avaliação dos indivíduos com suspeita clínica se faz por meio da realização de anamnese completa, salientando-se a importância do estabelecimento do início, frequência e localização da dor; exame físico minucioso e exames complementares, objetivando a documentação de sinais e sintomas que possam indicar a presença da doença e exclusão de outras causas.

A apresentação clínica da CI/SDV pode-se mostrar de maneira distinta de um indivíduo para outro, contudo a dor, manifestando-se geralmente na forma de pressão ou desconforto, é o principal sintoma, com mais de 90% dos pacientes relatando piora associada com o enchimento da bexiga, e alívio à micção <sup>3,7</sup>(B). Dor na uretra, vulva, vagina, reto, e em topografias extragenitais como o abdome inferior e dorso também são relatados<sup>8</sup>(C),<sup>9</sup>(A). Durante a anamnese, deve-se ainda pesquisar a frequência urinária, urgência e histórico de cirurgias pélvicas<sup>10</sup>(C). A frequência miccional é sintoma habitual, mas não faz distinção de outras doenças do trato urinário. Por outro lado, a mudança na frequência urinária é informação de grande relevância na avaliação da resposta terapêutica. A urgência urinária também é extremamente comum, acometendo mais de 80% da população com CI/SDV, contudo é considerado sintoma característico da bexiga hiperativa, podendo realmente confundir o diagnóstico <sup>10</sup>(C). Tipicamente pacientes com CI/SDV urinam para evitar ou aliviar a dor, enquanto que pacientes com hiperatividade do detrusor urinam com o intuito de evitar a incontinência urinária<sup>11</sup>(C).

No que se refere ao exame físico este apresenta grande relevância na avaliação diagnóstica uma vez que permite exclusão de outras doenças como lesões vulvares, vaginites, divertículo uretral, além de possibilitar a identificação dos locais dolorosos. Uma vez que as infecções do trato urinário (ITUs) apresentam sintomas muito semelhantes àqueles observados na CI/SDV, exame simples de urina (EAS, tipo I) e urocultura devem ser realizados para descartar a presença de ITU, apesar de que resultado positivo identificado na urocultura não afasta o diagnóstico de CI/SDV<sup>12</sup>(**D**). Desta maneira, quando na vigência de antibioticoterapia a sintomatologia se mantém, pode-se pensar no diagnóstico de CI/SDV<sup>13</sup>(**D**).

Outros exames complementares como estudo urodinâmico, cistoscopia e anatomopatológico não são necessários para o diagnóstico, contudo proporcionam exclusão de outras afecções.

## **ESTUDO URODINÂMICO**

O estudo urodinâmico pode ser procedimento útil na exclusão de outras doenças como a Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH). Além do mais, fornece parâmetros relevantes como capacidade vesical e volumes urinários que podem estar reduzidos nos pacientes com CI/SDV <sup>14</sup>(**B**). Estudo transversal analisando pacientes com diagnóstico de CI/SDV e SBH que foram submetidas ao estudo urodinâmico verificou que indivíduos do primeiro grupo apresentaram menos episódios de incontinência urinária e menor duração dos sintomas em comparação aqueles com SBH. Neste estudo, identificou-se que a capacidade cistométrica máxima foi significativamente maior nos pacientes com SBH <sup>14</sup>(**B**).

## **CISTOSCOPIA**

Situações que acarretem dúvidas quanto ao diagnóstico da CI/SDV, podem indicar a realização da cistoscopia. Excluindo-se o achado clássico de Úlceras de Hunner, não há consenso quanto aos achados cistoscópicos relacionados ao diagnóstico da doença, não existindo, portanto alterações histológicas patognomônicas da doença. Não obstante, um exame normal não exclui a doença<sup>15</sup>(**B**). Por outro lado, estudos têm demonstrado que sintomas de dor apresentam correlação positiva consistente com os achados cistoscópicos, contudo, a gravidade destas lesões não está relacionada com os sintomas<sup>16,17</sup>(**B**).

O aumento da dor relacionado ao enchimento vesical esteve associado a inflamação, ulceração e menor capacidade vesical<sup>17</sup>(**B**). Da mesma forma, o alívio da dor, após micção, correlacionou-se com a menor capacidade da bexiga e hematúria. A intensidade da dor na uretra esteve relacionada à ulceração e hematúria, e a dor no abdome foi relacionada a menor capacidade vesical e presença de glomerulações<sup>17</sup>(**B**). A frequência diurna correlacionou-se negativamente com a maioria dos achados cistoscópicos e a frequência noturna apresentou relação positiva com a maioria dos achados, estando significativamente associada a menor capacidade vesical ( $p=0,010$ ). A urgência não mostrou associações com achados cistoscópicos<sup>17</sup>(**B**).

## **BIOPSIA DA BEXIGA**

Não está indicada no diagnóstico de CI/SDV, uma vez que não existem achados histológicos específicos da doença<sup>18,19</sup>(**B**). No entanto apresenta papel na exclusão de outras doenças como, por exemplo, carcinoma urotelial da bexiga<sup>5</sup>(**D**).

## MARCADORES URINÁRIOS

São apontados como possivelmente úteis no diagnóstico da CI/SDV, na medida em que não são testes invasivos<sup>20</sup>(B). No entanto, nenhum marcador se revelou sensível e específico o suficiente para ser usado como teste diagnóstico <sup>21</sup>(D). Citocinas e quimiocinas desempenham papel crucial na patogênese de inúmeras doenças inflamatórias crônicas. Desta maneira, o aumento dos níveis séricos de interleucinas (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8) e TNF- $\alpha$  em pacientes com CI/SDV poderia potencialmente ter papel prognóstico e/ou servir como ferramenta na escolha de agente terapêutico adequado para tratamento. Estudos mostraram que os níveis séricos de citocinas pró-inflamatórias (IL-1 $\beta$ , IL-6 e TNF- $\alpha$ ), quimiocinas (IL-8) e sulfato de eticolan-3 $\alpha$ -ol-17 foram significativamente maiores no soro de pacientes com CI/SDV em comparação aos controles<sup>22,23</sup>(C). Dentre os marcadores urinários que apresentam valores mais elevados nos pacientes com CI/SDV encontra-se o APF - *antiproliferative factor* <sup>24</sup>(D). Outros ocorrem em quantidade diminuída como o HB-EGF - *heparin-binding EGF-like growth factor*<sup>24</sup>(D).

## **RECOMENDAÇÃO**

**O diagnóstico da CI/SDV é um desafio na prática clínica, uma vez que os pacientes apresentam amplo espectro de sinais e sintomas compatíveis com muitas outras afecções. Desta maneira, a exclusão de doenças com quadro clínico semelhante é crucial para a correta orientação do paciente. História clínica detalhada, bem como exame físico minucioso tornam-se ferramentas imprescindíveis na avaliação de doentes com sintomatologia compatível com CI/SDV.**

**A literatura abordando aspectos referentes ao diagnóstico da CI/SDV empregando exames complementares é escassa, portanto gerando evidências insuficientes para a sua utilização.**



---

## REFERÊNCIAS

---

1. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, Kusek J, Nyberg L Jr. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study. *J Urol.* 1999;161(2):553-7. PubMed PMID: 9915447.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology.* 2003;61(1):37-49. Review. PubMed PMID: 12559262.
3. Warren JW, Meyer WA, Greenberg P, Horne L, Diggs C, Tracy JK. Using the International Continence Society's definition of painful bladder syndrome. *Urology.* 2006;67(6):1138-42; discussion 1142-3. PubMed PMID: 16765165.
4. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK, Elneil S, Fall M, Hohlbrugger G, Irwin P, Mortensen S, van Ophoven A, Osborne JL, Peeker R, Richter B, Riedl C, Sairanen J, Tinzl M, Wyndaele JJ. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol.* 2008;53(1):60-7. Review. PubMed PMID: 17900797.
5. Hanno P, Lin A, Nordling J, Nyberg L, van Ophoven A, Ueda T, Wein A; Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):191-8. Review. PubMed PMID: 20025029.
6. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM; American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol.* 2015;193(5):1545-53. Review. PubMed PMID: 25623737.
7. Warren JW, Brown J, Tracy JK, Langenberg P, Wesselmann U, Greenberg P. Evidence-based criteria for pain of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in women. *Urology.* 2008;71(3):444-8. PubMed PMID: 18342184.
8. Fitzgerald MP, Koch D, Senka J. Visceral and cutaneous sensory testing in patients with painful bladder syndrome. *Neurourol Urodyn.* 2005;24(7):627-32. PubMed PMID: 16173039.
9. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *J Urol.* 2007;177(2):450-6. Review. PubMed PMID: 17222607.
10. Tincello DG, Walker AC. Interstitial cystitis in the UK: results of a questionnaire survey of members of the Interstitial Cystitis Support Group. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;118(1):91-5. PubMed PMID: 15596280.
11. Diggs C, Meyer WA, Langenberg P, Greenberg P, Horne L, Warren JW. Assessing urgency in interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology.* 2007;69(2):210-4. PubMed PMID: 17275075.

12. Dell JR, Mokrzycki ML, Jayne CJ. Differentiating interstitial cystitis from similar conditions commonly seen in gynecologic practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;144(2):105-9. Review. PubMed PMID: 19409685.
13. Hanno PM, Chapple CR, Cardozo LD. Bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a sense of urgency. *World J Urol.* 2009;27(6):717-21. Review. PubMed PMID: 19551386.
14. Shim JS, Kang SG, Park JY, Bae JH, Kang SH, Park HS, Moon du G, Cheon J, Lee JG, Kim JJ, Oh MM. Differences in Urodynamic Parameters Between Women With Interstitial Cystitis and/or Bladder Pain Syndrome and Severe Overactive Bladder. *Urology.* 2016;94:64-9. PubMed PMID: 27130264.
15. Ottem DP, Teichman JM. What is the value of cystoscopy with hydrodistension for interstitial cystitis? *Urology.* 2005;66(3):494-9. PubMed PMID: 16140064.
16. Messing E, Pauk D, Schaeffer A, Nieweglowski M, Nyberg LM Jr, Landis JR, Cook YL, Simon LJ. Associations among cystoscopic findings and symptoms and physical examination findings in women enrolled in the Interstitial Cystitis Data Base (ICDB) Study. *Urology.* 1997;49(5A Suppl):81-5. PubMed PMID: 9146006.
17. Lamale LM, Lutgendorf SK, Hoffman AN, Kreder KJ. Symptoms and cystoscopic findings in patients with untreated interstitial cystitis. *Urology.* 2006;67(2):242-5. PubMed PMID: 16442603.
18. Denson MA, Griebing TL, Cohen MB, Kreder KJ. Comparison of cystoscopic and histological findings in patients with suspected interstitial cystitis. *J Urol.* 2000;164(6):1908-11. PubMed PMID: 11061878.
19. Wyndaele JJ, Van Dyck J, Toussaint N. Cystoscopy and bladder biopsies in patients with bladder pain syndrome carried out following ESSIC guidelines. *Scand J Urol Nephrol.* 2009;43(6):471-5. PubMed PMID: 19707951.
20. Wen H, Lee T, You S, Park SH, Song H, Eilber KS, Anger JT, Freeman MR, Park S, Kim J. Urinary metabolite profiling combined with computational analysis predicts interstitial cystitis-associated candidate biomarkers. *J Proteome Res.* 2015;14(1):541-8. PubMed PMID: 25353990.
21. Grigorescu B, Powers K, Lazarou G. Update on Urinary Tract Markers in Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22(1):16-23. Review. PubMed PMID: 26571430.
22. Jiang YH, Peng CH, Liu HT, Kuo HC. Increased pro-inflammatory cytokines, C-reactive protein and nerve growth factor expressions in serum of patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *PLoS One.* 2013;8(10):e76779. PubMed PMID: 24146927.

24. Parker KS, Crowley JR, Stephens-Shields AJ, van Bokhoven A, Lucia MS, Lai HH, Andriole GL, Hooton TM, Mullins C, Henderson JP. Urinary Metabolomics Identifies a Molecular Correlate of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome in a Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain (MAPP) Research Network Cohort. *EBioMedicine*. 2016;7:167-74. PubMed PMID: 27322470.
25. Grigorescu B, Powers K, Lazarou G. Update on Urinary Tract Markers in Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;22(1):16-23. Review. PubMed PMID: 26571430.
26. 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](http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/old_levels.htm)
27. 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.
28. Wells G, Shea B, O'Connell D, Robertson J, Peterson J, Welch V, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Disponível em: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)
29. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med* 2013; 6:50-4.

---

## ANEXO I

---

### **1. Dúvida Clínica**

Quais métodos devem ser empregados no diagnóstico da cistite intersticial?

### **2. Critérios de elegibilidade**

Os principais motivos de exclusão foram: não respondiam ao PICO e desfechos intermediários.

Estudos não relacionados aos componentes do PICO, população heterogênea e idioma diferente daqueles considerados nos critérios de elegibilidade dos estudos.

Estudos nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola.

### **3. Busca de Artigos**

#### **3.1. Bases de Dados**

A base de informação científica consultada foi Medline (via PubMed), Central (Cochrane) e busca manual.

### 3.2. Identificação de descritores

<b>P</b>	Paciente com cistite intersticial
<b>I</b>	
<b>C</b>	
<b>O</b>	Diagnóstico

### 3.3. Estratégia de Pesquisa

- Medline – (Cystitis, Interstitial OR Cystitides, Interstitial OR Interstitial Cystitides OR Interstitial Cystitis OR Painful Bladder Syndrome OR Cystitis, Chronic Interstitial OR Chronic Interstitial Cystitides OR Cystitides, Chronic Interstitial OR Interstitial Cystitides, Chronic OR Interstitial Cystitis, Chronic OR Chronic Interstitial Cystitis) AND (Diagnosis/Narrow[filter]).
- Busca manual – Referência das referências, revisões e guidelines.

## 4. Avaliação Crítica

### 4.1. Relevância – importância clínica

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

#### 4.2. Confiabilidade – Validade interna

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

#### 4.3. Aplicação dos resultados – Validade externa

O nível de Evidência Científica foi classificado por tipo de estudo segundo Oxford<sup>25</sup> (**tabela 01**).

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

**Tabela 01:** Grau de recomendação e força de evidência

A evidência selecionada foi definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um Check-list apropriado de avaliação crítica (**Tabela 2**). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD<sup>26</sup>, considerando os ensaios JADAD < três (3) como inconsistentes (grau B), e aqueles com escore  $\geq$  três (3), consistentes (grau A), e segundo o escore GRADE<sup>27</sup> (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 3**), permitindo a classificação do estudo, segundo o escore NEW CASTLE OTAWA SCALE<sup>27</sup>, considerando os estudos coortes consistentes com escore  $\geq 6$  e inconsistentes < 6.

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

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

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

**Tabela 3** - Roteiro de avaliação crítica de estudos coortes

## 5. Método de Extração e Análise dos resultados

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

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

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

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



## 6. Resultados

### Trabalhos recuperados (01/2018)

BASE DE INFORMAÇÃO	NÚMERO DE TRABALHOS
<b>Primária</b>	
PubMed-Medline	57

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

## 7. Aplicação da evidencia – Recomendação

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

A síntese global será elaborada considerando a evidência descrita. Terá a sua força estimada (Oxford<sup>25</sup>/GRADE<sup>28</sup>) em 1b e 1c (graus A) ou forte e em 2a, 2b e 2c (graus B) ou moderada ou fraca ou muito fraca.

## 8. Conflito de interesse

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

## 9. Declaração final

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



**APOIO AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES**