

Doença ulcerosa péptica: realmente é possível identificá-la por meio das características da dor epigástrica?

Peptic ulcer disease: is it really possible to identify it through the characteristics of epigastric pain?

Lana Carla Fernandes de Albuquerque¹, Ana Beatriz Cardoso Pereira¹, Cezar Augusto Muniz Caldas¹

Recebido da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Determinar se características da dor epigástrica são capazes de identificar pacientes com doença ulcerosa péptica. **MÉTODOS:** Estudo caso-controle, com coleta de dados de setembro de 2014 a junho de 2016. Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos com dispepsia que realizaram endoscopia digestiva alta ambulatorialmente. Os pacientes foram abordados antes de realizar a endoscopia digestiva alta, verificando, em suas guias, a presença de dispepsia, tendo sido convidados a responder um questionário, e, posteriormente, o prontuário de cada entrevistado foi avaliado para verificação do diagnóstico, sendo, então, divididos entre o Grupo Doença Ulcerosa Péptica (casos), com 32 pacientes, e o Grupo Controle, com 44 pacientes com dispepsia atribuída a outras causas. **RESULTADOS:** Dos pacientes com dispepsia não ulcerosa, 52,27% caracterizaram a dor como em queimação, sendo 47,72% moderada e que piorava com alimentação. Dentre os demais sintomas, 45,45% relataram náuseas e 25% desconforto pós-prandial, com 52,27% relatando histórico familiar negativo de doença ulcerosa péptica. Em contrapartida, dos pacientes com doença ulcerosa péptica, 53,12% referiram dor em queimação e de moderada intensidade, e 50% relataram piora com alimentação. Dentre os demais sintomas, prevaleceram também náuseas (53,12%) e desconforto pós-prandial (40,62%). A maioria (81,25%) relatou histórico familiar de doença ulcerosa péptica. Observou-se diferença estatística em dor noturna, predominando na doença ulcerosa

péptica ($p=0,0225$) e dor em cólica na dispepsia não ulcerosa ($p=0,0308$), assim como na ausência de histórico familiar entre os pacientes com dispepsia não ulcerosa ($p=0,0195$). **CONCLUSÃO:** A dispepsia relacionada à doença ulcerosa péptica relaciona-se, principalmente, à piora noturna, sendo que a intensidade da dor, a relação com alimentação e os sintomas associados não auxiliaram na diferenciação da dispepsia não ulcerosa, diferentemente do que a literatura tradicionalmente informa.

Descritores: Dispepsia/diagnóstico; Úlcera péptica/diagnóstico; Endoscopia gastrointestinal

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine whether it is possible to identify Peptic Ulcer Disease through the characteristics of epigastric pain. **METHODS:** This is a case-control study with data collected between September 2014 and June 2016 including patients over 18 years of age with dyspepsia who underwent upper gastrointestinal endoscopy as outpatients. The patients were approached before the upper gastrointestinal endoscopy when their test requisition form indicated the presence of dyspepsia. The subjects were invited to answer a questionnaire and, afterwards, the records of all interviewees were evaluated to check for the diagnosis. Then, they were divided into a peptic ulcer disease group (cases), with 32 patients, and a control group, with 44 patients with dyspepsia from other causes. **RESULTS:** Among non-ulcer dyspepsia patients, 52.27% described the pain as a "burning pain", with 47.72% reporting it as moderate and aggravated by food intake. As for other symptoms, 45.45% of subjects reported nausea, and 25% reported postprandial discomfort; 52.27% had no family history of peptic ulcer disease. In contrast, 53.12% of peptic ulcer disease patients reported "burning" and moderate pain, and 50% said the pain was aggravated by eating. As for the other symptoms, nausea (53.12%) and postprandial discomfort (40.62%) prevailed; most of the patients (81.25%) had family history of peptic ulcer disease. There was a statistical difference in night pain, which was more prevalent in peptic ulcer disease ($p=0.0225$), and colicky pain, which was more frequent in non-ulcer dyspepsia ($p=0.0308$), as well as absence of family history in non-ulcer dyspepsia patients ($p=0.0195$). **CONCLUSION:** Dyspepsia caused by peptic ulcer disease is mainly related to night worsening, and pain intensity, the relationship with food

1. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Data de submissão: 13/06/2017 – Data de aceite: 23/06/2017

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Fonte de auxílio à pesquisa: bolsa de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Endereço para correspondência:

Cezar Augusto Muniz Caldas

Instituto de Ciências da Saúde – Avenida Generalíssimo Deodoro, 1 – Umarizal CEP: 66050-160 – Belém, PA, Brasil

Tel.: (91) 99915-7041 – E-mail: cezarcaldas@ufpa.br

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: parecer 860.871 (CAAE: 34405314.2.0000.0017) do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

intake, and associated symptoms did not help differentiate non-ulcer dyspepsia, differently from what the medical literature traditionally suggests.

Keywords: Dyspepsia/diagnosis; Peptic ulcer/diagnosis; Endoscopy, gastrointestinal

INTRODUÇÃO

Considerando o processo de ensino-aprendizagem como contínuo, sujeito a ajustes de acordo com as necessidades da população e à luz das novas evidências e tecnologias, faz-se necessário rever a prática médica para que, mesmo abordagens tradicionais, seguindo os sinais e os sintomas classicamente descritos na literatura, possam ser validadas ou substituídas em benefício do paciente.

No caso da dispepsia, o termo faz referência a um grupo heterogêneo de sintomas localizados na região superior do abdome (região epigástrica), variando de dor ou desconforto pós-prandial à sensação de queimação, saciedade precoce e distensão abdominal. Náuseas e vômito podem coexistir com a dispepsia, mas não são específicos, não sendo enquadrados em sua definição.⁽¹⁾

Sintomas dispépticos são muito comuns na população em geral, com estimativas de prevalência variando entre 10 e 45%.^(2,3) Porém, uma causa orgânica é encontrada em uma minoria de pacientes que se dispõem a ir ao médico; os remanescentes, entretanto, são marcados como tendo dispepsia funcional.^(4,5) Mesmo com esta elevada prevalência, ainda há pouca clareza em relação à possibilidade de diferenças entre os sintomas da dispepsia ulcerosa e não ulcerosa, tendo esta última diagnóstico firmado por eliminação das demais causas.

A dispepsia pode ser dividida em duas categorias principais: orgânica, quando há presença de uma doença subjacente como provável causa do desconforto, podendo ter como uma das causas principais a úlcera péptica; e funcional (não ulcerosa), quando não há a verificação de nenhuma anomalia orgânica e não se observa uma causa óbvia para os sintomas.⁽⁶⁾

Sobre a dispepsia não ulcerosa (DNU), alguns autores a definem com sintomas de plenitude pós-prandial, saciedade precoce e dor ou queimação epigástrica, sem nenhuma doença orgânica associada. Podendo ainda coexistir com distúrbios gastrointestinais, como o refluxo gastroesofágico e a síndrome do intestino irritável.^(6,7)

Por outro lado, a dispepsia ulcerosa não complicada pode caracterizar-se pela dor epigástrica incapacitante ou não, ocorrendo periodicamente, e que pode apresentar alívio com a ingestão de alimentos. A literatura destaca como as principais manifestações em pacientes com úlcera gástrica a dor intensa, a anorexia e a perda de peso mais acentuada.⁽⁸⁾

A despeito da variedade de sinais e sintomas descritos na literatura, que poderiam diferenciar a dispepsia ulcerosa da não ulcerosa, a literatura carece de evidências e informações da acurácia destes sinais e sintomas, para o correto diagnóstico destas entidades.

A presente pesquisa objetivou determinar se as características da dor epigástrica são capazes de identificar pacientes portadores de doença ulcerosa péptica (DUP).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo caso-controle, com coleta de dados no período de setembro de 2014 a junho de 2016, para identificar se as características da dor epigástrica podem diferenciar a DUP de outras doenças não ulcerosas causadoras de dispepsia.

Foram incluídos no estudo apenas pacientes com sintomas dispépticos que realizaram endoscopia digestiva alta (EDA), em regime ambulatorial, em um hospital universitário, referência no tratamento de doenças do trato digestivo e maiores de 18 anos. Todos que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (número: 860.871; CAAE: 34405314.2.0000.0017), os pacientes foram abordados antes da realização do exame de EDA, verificando, em suas guias de encaminhamento, a presença de sintomas de dispepsia. Aqueles pacientes que preencheram os critérios de inclusão, após serem orientados sobre os objetivos, os riscos e os benefícios do presente estudo, foram convidados a participar do estudo e dar seu consentimento por meio da assinatura do TCLE.

A seguir, foram convidados a responder o questionário elaborado pelos autores da pesquisa. Trata-se de um questionário estruturado e fechado, com perguntas sobre o perfil socioeconômico do paciente (idade, sexo, naturalidade e renda familiar), sobre as características da dor (tipo, intensidade e relação com alimentação), a presença de outros sintomas, e a presença de histórico familiar.

Posteriormente, o prontuário de cada entrevistado foi avaliado para verificação da conclusão diagnóstica do médico assistente sobre o quadro dispéptico, sendo os pacientes divididos em dois grupos: Grupo DUP (casos), composto por 32 pacientes com sintomas dispépticos atribuídos à DUP confirmada por EDA; e Grupo Controle, composto por 44 pacientes com sintomas dispépticos atribuídos a outras causas, tendo sido excluída a possibilidade de DUP pela EDA.

Os grupos foram comparados com relação às diferentes características da dor epigástrica.

Análise de dados

Os dados recolhidos foram organizados e analisados em planilhas do Microsoft Excel 2007. Para avaliar o risco de DUP, foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas, enquanto as quantitativas, por medidas de tendência central e de variação, com a normalidade avaliada pelo teste de D'Agostino-Pearson. A análise inferencial teve a finalidade de comparar a distribuição das variáveis preditivas entre os Grupos DUP e Controle. A análise bivariada foi realizada pelo teste qui-quadrado e pelo teste G de Williams. As variáveis estatisticamente significantes na análise bivariada ($p < 0,05$) foram submetidas a um modelo de regressão logística.⁽⁹⁾ Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.4.

Por meio da análise dos dados, foram determinadas a razão de probabilidade (*likelihood ratio* – LR), a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos de cada característica da dor

epigástrica e cada fator secundário associado para o diagnóstico de DUP. A tabulação dos dados permitiu a obtenção de características positivas e negativas associadas à dispepsia, que se relacionam com a DUP.

RESULTADOS

O presente estudo avaliou dados de 76 pacientes com sintomas dispépticos que realizaram EDA em um hospital universitário. Quanto as características gerais da amostra analisada, não houve diferença com relação à distribuição dos sexos entre os grupos, com 56,3% de mulheres no Grupo DUP e 54,5% de mulheres no Grupo Controle ($p=0,9314$). Os pacientes em análise apresentaram idade entre 28 e 76 anos, com média de $51 \pm 13,5$ anos. No sexo masculino, a idade foi de 47 ± 14 anos e, no feminino, 50 ± 13 ($p=0,3336$).

Dentre as DNU observadas na EDA, a mais frequente foi a gastrite enantematosa, sendo o diagnóstico de 68% dos pacientes deste grupo, seguida da atrofia de mucosa gástrica (12%), pólipos (11%), varizes de fundo gástrico (7%) e hérnia hiatal (2%).

Em relação as características da dor epigástrica apresentadas pelos pacientes, eles puderam referir mais de uma característica (Tabela 1). Observa-se diferença estatisticamente considerável em dor noturna, predominando na DUP ($p=0,0321$) e dor em cólica, no grupo controle ($p=0,0457$).

Na tabela 1, observa-se também a intensidade da dor referida pelo paciente dividida em três parâmetros: leve, moderada e intensa. Predominou a intensidade moderada (47,72%) tanto no grupo controle quanto na DUP (53,12%), sem diferença estatística.

Quanto à relação com a alimentação, se pós-prandial a dor melhora, piora ou não há relação, houve predomínio de piora com a alimentação em ambos os grupos, mas também sem diferença estatística significativa.

Os demais sintomas da dispepsia poderiam estar associados entre eles, com o paciente podendo referir mais de um (Tabela 2). Nos pacientes com DUP, as manifestações clínicas mais associadas à dispepsia foram náuseas e dor/desconforto pós-prandial, acometendo 53,12% e 40,62%, respectivamente, destes pacientes. Entre os pacientes do grupo controle, também houve predomínio de náuseas (45,45%). Houve diferença estatística significativa em relação à disfgia predominando na DNU.

Foi questionado a respeito de episódios de dispepsia na família, considerando apenas parentes de primeiro grau. A tabela 3 mostra estas relações na DUP e na DNU. Ressalta-se predomínio de histórico familiar positivo na DUP (81,3%), com diferença estatística significativa entre os grupos. Também foi realizada pesquisa de *Helicobacter pylori* durante as EDA, mas não foi realizada na maioria dos pacientes de ambos os grupos.

Tabela 1. Características e aspectos da dor epigástrica

Característica	DUP		Controle		Valor de p	OR	IC95%
	n	%	n	%			
Dor em queimação					0,8735	1,0348	0,41-2,57
Presente	17	53,1	23	52,3			
Ausente	15	46,9	21	47,7			
Dor irradiada					0,8436	1,2491	0,47-3,31
Presente	11	34,4	13	29,5			
Ausente	21	65,6	31	70,5			
Dor noturna					0,0321*	3,6001	1,17-11,05
Presente	12	37,5	6	13,6			
Ausente	20	62,5	38	86,4			
Dor em cólica					0,0457†	0,6801	0,04-1,11
Presente	2	6,3	10	22,7			
Ausente	30	93,8	34	77,3			
Indefinida					0,5771	0,6552	0,15-2,84
Presente	3	9,4	6	13,6			
Ausente	29	90,6	38	86,4			
Intensidade							
Leve	7	21,9	19	43,2	0,0628	0,3684	0,13-1,03
Moderada	17	53,1	21	47,7			
Intensa	8	25,0	4	9,1			
Relação com alimentação							
Melhora	2	6,3	8	18,2	0,2898	0,3001	0,05-1,52
Piora	16	50,0	21	47,7			
Ausente	14	43,8	15	34,1			

*Qui-quadrado para amostras independentes; † teste G de Williams. DUP: doença ulcerosa péptica; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Tabela 2. Sintomas associados à dispepsia

Sintoma	DUP		Controle		Valor de p	OR	IC95%
	n	%	n	%			
Nenhum					0,7586	1,4000	--
Sim	2	6,3	2	4,5			
Não	30	93,8	42	95,5			
Diminuição do apetite					0,8531	0,6552	0,15-2,84
Presente	3	9,4	6	13,6			
Ausente	29	90,6	38	86,4			
Hemorragia					0,7775	0,2043	0,02-1,78
Presente	1	3,1	2	4,5			
Ausente	31	96,9	42	95,5			
Disfagia					0,0357*	0,1452	0,01-1,22
Presente	1	3,1	8	18,2			
Ausente	31	96,9	36	81,8			
Perda de peso involuntária					0,9871	1,2198	0,36-4,05
Presente	6	18,8	7	15,9			
Ausente	26	81,3	37	84,1			
Vômitos					0,4209	1,7677	0,62-5,03
Presente	10	31,3	9	20,5			
Ausente	22	68,8	35	79,5			
Náuseas					0,6686	1,3600	0,54 a 3,39
Presente	17	53,1	20	45,5			
Ausente	15	46,9	24	54,5			
Dor pós-prandial					0,2518	2,0400	0,74-5,57
Presente	12	37,5	10	22,7			
Ausente	20	62,5	34	77,3			
Saciedade precoce					0,1966	4,4483	0,44-44,8
Presente	3	9,4	1	2,3			
Ausente	29	90,6	43	97,7			
Anemia					0,0761	0,2593	0,05-1,29
Presente	2	6,3	9	20,5			
Ausente	30	93,8	35	79,5			

*Teste G de Williams. DUP: doença ulcerosa péptica; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3. Histórico familiar de dispepsia e pesquisa de *Helicobacter pylori*

Histórico	DUP		Controle		Valor de p	OR	IC95%
	n	%	n	%			
História familiar					0,0063*	4,7460	1,62-13,79
Presente	26	81,3	21	47,7			
Ausente	6	18,8	23	52,3			
<i>Helicobacter pylori</i>					0,6641	0,6500	0,11-3,87
Positivo	2	6,3	5	11,4			
Negativo	2	6,3	4	9,1			
Não realizado	28	87,5	35	79,5			

*Qui-quadrado para amostras independentes. DUP: doença ulcerosa péptica; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

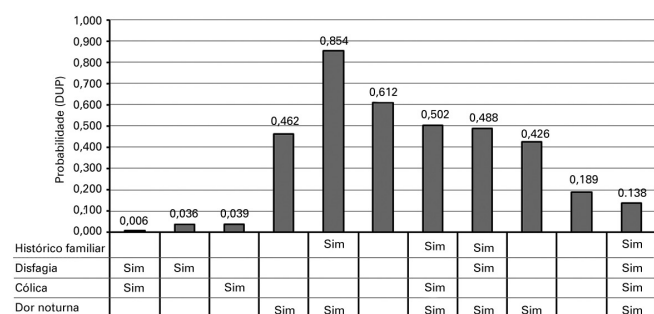
O modelo multivariado de regressão logística foi altamente significativo ($p < 0,0001$) quando composto pelas seguintes variáveis: dor noturna, cólica, disfagia e histórico familiar (Tabela 4).

Na figura 1, é possível observar que há maior probabilidade da ocorrência de DUP quando associados histórico familiar positivo com dor noturna, com probabilidade de ocorrência

Tabela 4. Regressão logística com quatro variáveis preditoras e a variável dependente doença ulcerosa péptica (DUP)

Variável preditora	DUP	Controle	OR	IC95%	Valor de p
Dor noturna	37,5	13,6	3,68	0,97-14,5	0,0564*
Cólica	6,3	33,7	0,17	0,03-0,98	0,0474*
Disfagia	3,1	18,2	0,15	0,02-1,52	0,1107
Histórico familiar	81,3	47,7	6,79	2,11-21,95	0,0014*

*p<0,0001, regressão logística, qui-quadrado=24,5; graus de liberdade=4. OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

**Figura 1.** Probabilidade (%) de doença ulcerosa péptica resultante da aplicação do modelo multivariado de regressão logística.

de 85,4%. Em contrapartida, quando há associação de disfagia com dor em cólica, a ocorrência de DUP é mínima, com probabilidade de 0,6%.

Na tabela 5, destacam-se as principais variáveis preditoras, sendo importante destacar a relação direta da dor caracteristicamente noturna e do histórico familiar positivo na DUP, tendo acurácias de 65,8% e 64,7%, respectivamente. Já a presença de dor em cólica e a disfagia possuem relação inversa com a DUP, com acurácias de 47,3% e 48,7%, respectivamente.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra que, na amostra analisada, características semiológicas frequentemente ensinadas nas escolas médicas, na intenção de diferenciar DUP e outras patologias do trato digestivo, como o alívio da epigastria com a ingestão de alimentos, não são suficientes para esta discriminação, enquanto que, outras características, como dor noturna, foram mais relevantes. Além disto, este estudo inova ao apresentar um modelo de predição diagnóstica de DUP com base em características clínicas.

A avaliação inicial do paciente com dispepsia, assim como qualquer outra avaliação clínica, começa com a história completa seguida de exame físico. Os questionamentos precisam passar pelos “sinais de alarme”, que poderiam indicar a maior probabilidade de doença orgânica, distinguindo da dispepsia funcional, destacando-se a perda de peso inexplicada, vômitos recorrentes e disfagia progressiva.^(6,10) Recomenda-se indicar a realização de EDA para todos estes pacientes que possuem algum sinal de alarme,⁽¹¹⁾ ou a todos aqueles com mais de 50 anos, independente de sintomas.⁽¹⁾

Alguns estudos^(12,13) convergentes com o presente mostram que os sintomas do paciente com úlcera péptica não são distinguíveis dos de paciente com dispepsia funcional. Porém, nestes estudos, foram identificados, como dados clínicos com maior poder discriminativo para diferenciar pacientes sintomáticos com e sem úlcera, os seguintes achados: localização epigástrica da dor, relação da dor com alimentação, vômitos, dor noturna (ao ponto de acordar o paciente durante a noite), sabor amargo na boca, queimação retroesternal, hemorragia digestiva alta e antecedentes familiares.⁽¹⁴⁾

Embora os resultados deste estudo não apresentem variável com adequado perfil de sensibilidade e especificidade, isoladamente, para diferenciar DUP de DNU, a combinação de dor noturna e histórico familiar de dispepsia em parentes de primeiro grau, especialmente na ausência de disfagia e dor em cólica, eleva a probabilidade do diagnóstico de DUP para 85,4%, indicando que estes achados poderiam ser inseridos dentre os tradicionais sinais de alerta para dispepsia.

A análise da acurácia dos achados clínicos para diagnóstico de determinadas doenças vem sendo estudada em outras situações, como pneumonias e trombose venosa, mas, até este momento, o presente estudo é o que mais se aprofundou no tema para diagnóstico de DUP.

Com relação à pneumonia adquirida na comunidade (PAC), embora a história e o exame físico sejam essenciais para seu diagnóstico, nenhum dos sinais e sintomas é suficiente para o diagnóstico de PAC.⁽¹⁵⁾ Por outro lado, a combinação de sinais e sintomas aumenta a chance de predição.^(15,16) No estudo de Diehr et al.,⁽¹⁶⁾ a combinação de pontuações atribuídas a diversos sinais e sintomas [rinorreia (-2), dor de garganta (-1), sudorese noturna (+1), mialgia (+1), escarro por todo o dia (+1), frequência respiratória >25 incursões/minuto (+2) e temperatura ≥100° F (37,8°C) (+2)] pôde determinar LR positiva de 14,0, quando o total de pontos resultar em 3.⁽¹⁶⁾

De maneira semelhante, Metlay et al.⁽¹⁷⁾ revisaram a literatura em busca de características clínicas ou laboratoriais que pudessem prever o diagnóstico de pneumonia, evidenciando que, isoladamente, achados que comumente podem estar relacionados a PAC, como estertores e febre, apresentavam LR positiva de apenas 1,6-2,7 e 1,7-2,1, mas a associação de tosse, febre, taquicardia e estertores, em um cenário de prevalência de pneumonia de 10%, determina probabilidade de pneumonia de 32% até 60%. Mesmo assim, considera-se a insuficiência de dados para assegurar o diagnóstico de PAC apenas por achados de história e exame físico, sendo recomendada, por orientação de organizações de especialistas, a realização de radiografia de tórax em todos os pacientes com suspeita de PAC.

Tabela 5. Valores preditivos elaborados com base na presença e na ausência das variáveis predictoras

Valores preditivos	Variáveis predictoras			
	Dor noturna	Cólica	Disfagia	Histórico familiar
Risco (DUP vs. controle)	Direto	Inverso	Inverso	Direto
Sensibilidade	37,5	6,25	3,13	81,3
Especificidade	86,4	77,3	81,8	52,3
Falso-positivo	13,6	22,7	18,2	47,7
Falso-negativo	62,5	93,7	96,8	18,7
VPP	66,7	16,7	11,1	55,3
VPN	65,5	53,2	53,7	79,3
Acurácia	65,8	47,3	48,7	64,7
+LR	2,72	0,28	0,17	1,71
-LR	0,72	1,21	1,18	0,36

DUP: doença ulcerosa péptica; VPP: valor preditivo positivo; VPN: valor preditivo negativo; +LR: razão de probabilidade (*likelihood ratio*) positiva; -LR: razão de probabilidade (*likelihood ratio*) negativa.

Por outro lado, no caso da trombose venosa profunda (TVP), achados isolados que não eram suficientes para uma decisão de investigação diagnóstica foram substituídos pela combinação de achados de história e exame físico, conhecido como escore de Wells, capaz de determinar a conduta nos pacientes com suspeita de TVP. Por meio do escore de Wells, a probabilidade de TVP pode ser classificada como baixa, moderada e alta, determinando os passos seguintes em um fluxograma de investigação.⁽¹⁸⁾

Uma limitação evidente deste estudo foi o tamanho da amostra analisada, que poderia contribuir para a não identificação de diferenças entre os Grupos DUP e Controle, mas algumas variáveis demonstraram diferenças marcantes entre os grupos, propiciando análise multivariada confiável e valorizando os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

A dispepsia relacionada à doença ulcerosa péptica relaciona-se, principalmente, à piora noturna, sendo que a intensidade da dor, a relação com alimentação e os sintomas associados não auxiliaram na diferenciação da dispepsia não ulcerosa, diferentemente do que a literatura tradicionalmente informa. Acessar as características preditivas de sinais e sintomas para a melhor condução na tomada de decisão na prática clínica é de suma importância para evitar exames e custos desnecessários, além de inconvenientes aos pacientes, sendo este um campo de pesquisa que precisa ser desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- Harmon C, Peura DA. Evaluation and management of dyspepsia. *Therap Adv Gastroenterol*. 2010;3(2):87-98.
- Feinle-Bisset C, Vozzo R, Horowitz M, Talley NJ. Diet, food intake, and disturbed physiology in the pathogenesis of symptoms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(1):170-81.
- Camilleri M, Camilleri M, Dubois D, Coulie B, Jones M, Kahrilas PJ, et al. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3(6):543-52.
- El-Serag HB, Talley NJ. Systemic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19(6):643-54.
- Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005;129(5):1756-80.
- Oustamanolakis P, Tack J. Dyspepsia: organic versus functional. *J Clin Gastroenterol*. 2012;46(3):175-90.
- Lloyd R, McClellan D. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia. *Am Fam Physician*. 2011;83(5):547-52.
- Porto CC. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
- Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AA. *BioEstat 5.3: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Belém, PA: Publicações Avulsas do Mamirauá; 2007.
- Bowrey DJ, Griffin SM, Wayman J, Karat D, Hayes N, Raimes SA. Use of alarm symptoms to select dyspeptics for endoscopy causes patients with curable esophagogastric cancer to be overlooked. *Surg Endosc*. 2006;20(11):1725-8.
- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1466-79.
- Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA*. 2006;295(13):1566-76.
- Hammer J, Eslick GD, Howell SC, Altiparmak E, Talley NJ. Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Gut*. 2004;53(5):666-72.
- Kawakami E, Machado RS, Fonseca JA, Patricio F. Aspectos clínicos e histológicos da úlcera duodenal em crianças e adolescentes. *J Pediatr*. 2004;80(4):321-5.
- Kaysin A, Viera AJ. Community-acquired pneumonia in adults: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2016;94(9):698-706.
- Diehr P, Wood RW, Bushyhead J, Krueger L, Wolcott B, Tompkins RK. Prediction of pneumonia in outpatients with acute cough – a statistical approach. *J Chronic Dis*. 1984;37(3):215-25.
- Metlay JP, Fine MJ. Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med*. 2003;138(2):109-18.
- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet*. 1997;350(9094):1795-8.