

DOR LOMBAR CRÓNICA INESPECÍFICA E FUNÇÃO

Estudo Clínico no Âmbito de uma Consulta de Medicina Física e de Reabilitação

João PINHEIRO, Pedro FIGUEIREDO, João BRANCO, Susana RAMOS,
Luis FERREIRA

RESUMO

Objectivos: A lombalgia crónica inespecífica (LCi) é uma entidade nosológica comum, que condiciona incapacidade funcional significativa em diferentes estratos etários. A Reabilitação não é consensual e a sua eficiência é variável. O objetivo deste estudo é descrever a intensidade da dor e incapacidade nas actividades de vida diária (AVD), no final de um programa convencional de fisioterapia (PCFT).

Desenho do estudo: Estudo transversal, não-randomizado, com 32 doentes consecutivos, realizados na região Centro de Portugal durante um período de seis meses.

Métodos: Foi utilizada a escala visual analógica (EVA) para a dor e o questionário “Oswestry Disability Index” (ODI). Foi colhida informação acerca da auto-administração de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides orais (AINEs) pelos doentes e preenchido um formulário para as suas características (idade, sexo e duração da dor), na primeira semana após o PCFT.

Resultados: O valor médio da EVA foi de 48,7 (18,77) e o valor total do ODI foi de 19,6, com um “grau de incapacidade” de 39%. Os sub-itens do ODI: “intensidade da dor” (2,88 + - 1,01), “levantar pesos” (2,78 + - 1,07), “vida social” (2,19 + - 1,12), “estar sentado (2,16 + - 1,00), “estar de pé” (2,09 + - 1,30), foram os mais afectados. Os doentes tomaram analgésicos em 10,6 (12,86) e AINEs em 5,2 dias (8,99) por mês.

Conclusão: Verifica-se uma elevada percepção de dor e incapacidade, após PCFT, o que sugere a necessidade de modificar a abordagem terapêutica para alcançar um alívio mais eficaz da dor e melhoria da funcionalidade.

J.P., P.F., J.B., S.R., L.F.:
Serviço de Medicina Física
e de Reabilitação. Hospitais
da Universidade de Coimbra.
Coimbra, Portugal

SUMMARY

NONSPECIFIC CHRONIC LOW BACK PAIN AND FUNCTION

A Clinical Study in a Physical Medicine and Rehabilitation Consultation

Objectives: Nonspecific chronic low back pain (nCLBP) is a common pathology limiting function at different ages. Rehabilitation is not consensual and the efficiency is variable. The objective of this study is to describe pain severity and disability in activities of daily life (ADL) at the end of conventional physical therapy treatment (CPTT).

Design: This is a non-randomized cross-sectional study with 32 consecutive patients, carried out in the central region of Portugal during a 6-month period.

Methods: We used the visual analogical scale (VAS) for pain and the Oswestry disability index (ODI). Patients self-administered analgesics and non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) on a daily basis, and filled in a form for their characteristics (gender, age and pain duration) in the first week after the CPTT.

Results: The VAS average value was 48.7 (18.77) and the total ODI value was 19.6, with a “disability score” of 39%. ODI sub-items (intensity of pain 2.88 + - 1.01, lifting 2.78 + - 1.07, social life 2.19 + - 1.12, sitting 2.16 + - 1.00, standing 2.09 + - 1.30) were the most affected. Patients took analgesics for 10.6 (12.86) and NSAIDs for 5.2 days (8.99) in a

month.

Conclusion: There was a high perception of pain and disability after CPTT, which suggests the need to modify the therapeutic approach to achieve more effective pain relief and function.

INTRODUÇÃO

A LCi é um problema comum e incapacitante, limitando a função e as actividades da vida diária (AVD) ^{1, 2}. A patogenese da LCi é desconhecida ^{3, 4} e diversos tecidos espinhais podem ser fonte de dor. A abordagem terapêutica é sempre um desafio médico e social, envolvendo dimensões multifactoriais ^{5, 6}.

O ODI emergiu como uma das medidas mais comumente recomendadas para a avaliação funcional em patologias da coluna vertebral ^{7, 8}. A Versão 2.0 é uma modificação do ODI feita pelo 'Medical Research Council Group' ^{7, 9, 10} focado na capacidade funcional em AVD e não nas consequências psicológicas ou sociais da dor nas costas ^{7, 11}. A EVA e consumo de fármacos (analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides) dão informações importantes sobre a percepção da dor.

O tratamento médico não é consensual ^{3, 5, 12, 13}, sendo o alívio da dor desejável, no entanto a eficácia da fisioterapia apresenta variabilidade individual.

O objectivo deste trabalho foi avaliar a intensidade da dor e incapacidade, após PCFT numa população Portuguesa, podendo contribuir para re-organização da intervenção clínica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, não-randomizado, realizado na região Centro de Portugal durante um período de 6 meses.

Doentes

A amostra foi composta por doentes consecutivos com LCi; o diagnóstico de LCi foi baseado em critérios clínicos ¹⁴.

Os doentes foram encaminhados após consulta médica, sendo os tratamentos de fisioterapia realizadas em centros reconhecidos pelo Serviço Nacional de Saúde tendo os fisioterapeutas envolvidos pelo menos dois anos de experiência.

O tratamento consistiu numa combinação não-padronizada de termoterapia quente, electroterapia, exercícios terapêuticos e massagem manual com duração média de 60 minutos por sessão, sendo os doentes tratados diariamente durante 4 semanas. Este corresponde ao tratamento de fisioterapia típico utilizado em Portugal para doentes com LCi.

Os doentes não tiveram nenhum tratamento de

fisioterapia para dor lombar nos três meses prévios.

A presença de qualquer incapacidade devido a outras morbidades (reumáticas, neurológicas, traumáticas), os déficits de cognição e compreensão do Português foram considerados critérios de exclusão, tal como a existência de um tratamento de fisioterapia para dor lombar nos últimos três meses.

Os doentes foram instruídos a tomar medicação analgésica e anti-inflamatória de acordo com a intensidade da dor.

Após a selecção para a inclusão foi obtido o consentimento informado de todos os indivíduos.

Instrumentos métricos

A totalidade da amostra foi avaliada durante a primeira semana após o PCFT.

Os dados foram colhidos utilizando um questionário na versão em Português do ODI.

A EVA, uma medida genérica da percepção da dor, é amplamente utilizada em estudos clínicos ¹⁵ para avaliar a intensidade da dor, que varia de 0 (sem dor) a cem (dor extrema). Esta escala é um instrumento confiável e válido para avaliar indivíduos com dor músculo-esquelética ¹⁵.

O ODI, um instrumento específico para a dor lombar, tem 10 itens referentes ao impacto da lombalgia nas actividades de vida diária (intensidade da dor, levantar pesos, vida social, estar sentado, estar de pé, viajar, vida sexual, dormir, marcha e cuidados pessoais) ^{7, 9, 10}, baseando-se na capacidade física e não nas consequências psicológicas da dor lombar ⁷. Para este instrumento foi também estabelecido o 'score de incapacidade' ¹⁶.

Os dados relativos ao consumo de analgésicos e AINEs (dias por mês) durante todo o PCFT, foram obtidos com a informação retrospectiva fornecida pelos doentes ¹⁷.

Foi usado um formulário para registar as informações relativas ao género, idade, duração da dor e consumo de fármacos.

Os 'outcomes' foram os scores ODI, a EVA e o consumo de fármacos (analgésicos, anti-inflamatórios).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando o programa 'Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)', versão 16.0 para Windows.

As variáveis contínuas foram descritas usando valores de média e desvio padrão, para o ODI, foi calculado o

‘score de incapacidade’.

RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo clínico 32 doentes. As estatísticas descritivas são apresentadas no quadro I.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nos países ocidentais a LCI é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo em adultos de meia-idade e idosos¹⁸⁻²⁰. Estes doentes relatam frequentemente prejuízo na realização actividades da vida diária e têm uma pior qualidade de vida¹⁹.

Para melhorar a função é importante tratar a dor, sem necessariamente erradicá-la²¹. O tratamento não é consensual^{3, 5, 13, 22-24}, com orientações diversas e complexas^{22, 24-26}.

A severidade da dor lombar é um bom guia para o doente e existem diferentes instrumentos de avaliação focados na “auto-avaliação da funcionalidade”, habitualmente recomendados em estudos de dor lombar²⁷⁻²⁹.

Os doentes estudados apresentam um valor de aproximadamente 50 mm na EVA, geralmente considerada como uma percepção moderada de dor.

A pontuação do ODI de 39,2% é considerada como “incapacidade moderada”¹⁶; os sub-itens “intensidade da dor”, “levantar pesos”, “vida social”, “estar sentado” e “estar de pé” são os mais afectados. Estes valores são consistentes com a literatura, onde o conceito de “incapacidade moderada” significa “os doentes podem sentir mais dor e problemas com a sentar, levantar e em pé. Viagens e vida social são mais difíceis para estes doentes. Pode condicionar absentismo laboral. Os cuidados pessoais, o sono e a actividade sexual não são significativamente afectados.”¹⁶.

Quadro I – Características da amostra (n=32)

Características	media ± dp (freq.)
Género Feminino	25 (78,1)
Idade (anos)	59,25 ± 9,96
Duração da dor (anos)	7,6 ± 8,74
EVA (mm)	48,7 ± 18,77
Analgésicos (dias / meses)	10,6 ± 12,86
AINEs (dias / meses)	5,2 ± 8,99
ODI (total)	19,6
Intensidade da dor	2,88 ± 1,01
Levantar pesos	2,78 ± 1,07
Vida social	2,19 ± 1,12
Estar sentado	2,16 ± 1,00
Estar de pé	2,09 ± 1,30
Viajar	1,99 ± 1,17
Vida sexual	1,87 ± 1,66
Dormir	1,50 ± 1,20
Marcha	1,44 ± 1,08
Cuidados pessoais	1,22 ± 1,05

O programa terapêutico de fisioterapia usado no tratamento destes doentes (termoterapia quente, electroterapia, exercício terapêutico e massagem) tem essencialmente efeito analgésico, o que pode justificar o baixo consumo de analgésicos e AINs durante o PCFT. No entanto, esses benefícios são de curta duração e a percepção da dor retorna rapidamente quando termina a fisioterapia, que é essencialmente um programa de passivo, não explorando o potencial do exercício activo aeróbio na promoção de efeitos analgésicos, condição física e bem-estar a longo prazo^{30,31}.

A percepção de dor e incapacidade, no final do PCFT, sugere a insuficiência deste tipo de programa sobre os resultados medidos e sugere a necessidade de modificar a intervenção clínica. Novos estudos são necessários para investigar o papel de um programa mais activo, incluindo as amplitudes articulares, a força muscular e o exercício aeróbio.

Este estudo apresenta como limitações a pequena dimensão da amostra, a não randomização da amostra e a ausência de avaliação funcional prévia à execução terapêutica.

AGRADECIMENTOS:

Serviço de Medicina Física e Reabilitação – Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Rainha Santa Isabel – Caritas Diocesana de Coimbra, Hospital S João Batista – Entroncamento.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. KRISMER M, VAN TULDER M. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007; 21:77-91.
2. DUNCAN JC, RATCLIFFE J, NOONAN S, JONES R, HURLEY M. Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragmatic randomized trial with economic evaluation. *Spine* 2007; 32:1474-1481.
3. KAAPA EH, FRANTSL K, SARNA S, MALMIVAARA A. Multidisciplinary group rehabilitation versus individual physiotherapy for chronic nonspecific low back pain. A randomized trial. *Spine* 2006 31: 371-376.
4. DELEO JA, WINKELSTEIN RA. Physiology of chronic spinal pain syndrome: from animal models to biomechanics. *Spine* 2002; 15: 2526-37.
5. CHOU R, HUFFMAN LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann*

- Intern Med* 2007; 147: 492-504.
6. TAIMELAS, NEGRINI S, PARILI C. Functional rehabilitation of low back disorders. *Medicophys.* 2004; Mar 40: 29-36.
7. FAIRBANK J, PYNSENT P. The Oswestry disability index. *Spine* 2000; 25:2940-2953.
8. DEYO RA, BATTIE M, BEURSKENS AJ, et al. Outcome measures for low back pain research: a proposal for standardized use. *Spine* 1998; 23:2003-13.
9. PEREIRA V, BRAS L. Validação inter-cultural do Oswestry Disability Questionnaire, versão 2. [Inter-cultural validation of Oswestry Disability Questionnaire, Version 2], Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2003 (in Portuguese).
10. MARTINS N, PATRÍCIO C. Adaptação cultural e linguística do Oswestry Disability Questionnaire – ODI 2.0. [Cultural and linguistic adaptation of Oswestry disability Questionnaire – ODI], Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2002 (in Portuguese).
11. HSIECH C, PHILLIPS R, ADAMS A et al. Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1992; 15:4-9.
12. LINTON S, ANDERSSON T. Can chronic disability be prevented: a randomized trial of a cognitive-behaviour intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine* 2000; 25:285-31.
13. ASSENDELFT WJ, MORTON SC, YU EI, SUTTON MJ, SHEKELLE PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Annals of Internal Medicine* 2003; 138: 871-880.
14. ROZENBERG S. Chronic low back pain: definition and treatment; *Rev Prat.* 2008; Feb 15;58:265-72.
15. BOONSTRA, AM, SCHIPHORST HR, RENEMAN, MF, POSTHUMUS JB, STEWART RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *Int J Rehabil Res.* 2008; Jun; 31:165-9.
16. MEDICALCRITERIA.COM [homepage on the Internet].
17. http://www.medicalcriteria.com/criteria/neuro_oswestry.html.
18. CHOU R, HUFFMAN LH. American Pain Society, American College of Physicians Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society / American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007; Oct 2;147:505-14.
19. GUZMA J, ESMAIL R, KARJALAINEN K, MALMIVAARA A, IRVIN E, BOMBARDIER C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic lo-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; Jul 18: CD00963.
20. DI IORIO A, ABATE M, GURALNIK JM, BANDINELLI S, CECCHI F. From chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: the InCHIANTI study. *Spine.* 2007; 32:809-15.
21. RUDY TE, WEINER DK, LIEBER SJ, SLABODA J, BOSTON JR. The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain.* 2007; 131:293-301.
22. WEINER DK, HAGGERTY CL, KRITCHEVSKY SB, HARRIS T, SIMONSICK EM, NEVITT M. How does low back pain impact physical function in independent well-functioning older adults? Evidence from the Health ABC Cohort and implications for the future. *Pain Med.* 2003; 4:311-20.
23. FRITZ JM, CLELAND JA, BRENNAN GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care.* 2007; 45:973-80.
24. LANG E, LIEBIG K, KASTNER S, HEUSCHMANN P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J.* 2003; 3:270-6.
25. BEKKERING GE, VAN TULDER MW, HENDRIKS EJ, et al. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patients outcomes after a standart and active implementation strategy. *Phys Ther.* 2005; 85:544-55.

26. Agency for Health Care Policy and Research; Department of Health and Humans Services Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment of low back pain 1995; October 4.
27. Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain; 2004 November.
28. OZGULER A, GUÉGUEN A, LECLERC A et al. Using the Dallas pain questionnaire to classify individuals with low back pain in a working population. *Spine* 2002; 27:1783-9.
29. HOLMI, FRIISA, STORHEIM K, BROX JI. Measuring self-reported functional status and pain in patients with chronic low back pain by postal questionnaires: a reliability study. *Spine* 2003; 28:828-3
30. MICHEL A, KOHLMANN T, RASPE H. The association between clinical findings on physical on physical examination and self-reported severity in back pain. Results of a population-based study. *Spine*. 1997;22:296-303
31. SCULCO AD, PAUP DC, FERNHALL B, SCULCO MJ. Effects of aerobic exercise on low back pain patients in treatment. *Spine J*. 2001; 1:95-1001.
32. SMEETS RJ, WITTINK H, HIDDING A, KNOTTNERUS JA. Do patients with chronic low back pain have a lower level of aerobic fitness than healthy controls? Are pain, disability, fear of injury, working status, or level of leisure time activity associated with the difference in aerobic fitness level? *Spine* 2006; 31(1):90-7.

