

Medidas de Eficácia Terapêutica nas Desordens da Coluna Lombar

(de Clinical Outcome Measures for Disorders of the Lumbar Spine)

David Thompson, B. Phty, M. Phty (Manip), MPA, MCSP, MMACP

www.terapiamaneiro.com.br

As dores lombares custam ao mundo industrializado bilhões de dólares em dias perdidos no trabalho, seguros e tratamento. Apesar desse prejuízo à sociedade, a ciência médica ainda está para identificar o tratamento mais efetivo. A dificuldade em se distinguir claramente a vantagem que um tratamento tem em relação a outro está na variabilidade da avaliação do efeito desses tratamentos. É por isso que medidas de resultados padronizadas, confiáveis (repetíveis) e válidas devem ser aplicadas. Medidas do resultado do tratamento na prática clínica proveem o mecanismo pelo qual o paciente, o público e os custeadores (compañias de seguro, departamentos governamentais) são capazes de avaliar o resultado final do tratamento e seu efeito sobre a sociedade e saúde do paciente.

Para se monitorar efetivamente uma mudança no estado do paciente uma medida de resultado precisa ser repetível, válida e sensível. A repetibilidade simplesmente se refere a capacidade em que um procedimento de medida ou avaliação pode ser acuradamente reproduzido em diversas medições (Waddell, Somerville et al 1992; Deyo, Battie et al, 1998). Validade, ainda que um termo complexo, pode ser considerado simplesmente como a capacidade que uma ferramenta de medida ou um procedimento de avaliação tem de medir aquilo que supostamente deve ser medido (Wadell, Somerville et al 1992; Karus, McIntosh et al, 1997; Kopeck 2000). Sensibilidade é definida simplesmente como a sensibilidade de se detectar diferenças em medidas subsequentes (Wadell, Somerville et al 1992; Kopeck 2000). Clinicamente, fisioterapeutas usam uma variedade de testes para se estabelecer a progressão da condição de um paciente e para se determinar um tratamento apropriado. O resto desse artigo irá revisar algumas das ferramentas e medidas de avaliação comumente usadas na clínica prática, e apontar suas fraquezas e qualidades.

A amplitude do movimento lombar é quase sempre avaliada em pacientes sofrendo de dores lombares e a maioria dos fisioterapeutas irá fazer julgamentos relacionado a severidade e a natureza da patologia do paciente baseado em quanto o mesmo pode se mover. Mas quão confiáveis são os métodos de se quantificar as amplitudes dos movimentos lombares? Newton e Wadell (1991) avaliaram a repetibilidade da medida da distância dos dedos do paciente até o chão (em flexão da coluna) e a repetibilidade usando um inclinômetro elétrico. O estudo mostrou que a distância de dedos ao chão ($r=0.98$) e do inclinômetro (0.89) eram métodos confiáveis (repetíveis) para a medição da função lombar. A comparação com um RX plano em flexão lombar demonstrou que o inclinômetro é uma medida válida da amplitude de flexão lombar enquanto a medida dos dedos ao chão não é. Anteriormente a isso, Gillet al (1988) encontraram que a técnica de dedos ao chão era repetível em medidas subsequentes, assim como a técnica de Schober modificada (Gill, Krag et al, 1988). Mais recentemente Nitschke e colegas puseram em disputa os resultados acima citando o uso de uma análise estatística inapropriada (Nitschke, Natrass et al, 1999). Em seu estudo de 30 pacientes com dores lombares crônicas, as medidas da amplitude de flexão lombar usando inclinômetros concluiu que a técnica faltava boa concordância intra e entre examinadores (coeficiente de correlação intraclass).

Independentemente da repetibilidade e da validade das medidas de amplitude lombar, os fisioterapeutas devem estar conscientes que, até a presente data, todos os estudos falharam ao tentar estabelecer uma relação positiva entre amplitude de movimento e a incapacidade relatada pelo paciente. (Wadell e Main 1984; Wadell, Main et al, 1984; McCombe, Fairbank et al, 1989; Guccione 1991; Katz 2000; Sullivan, Shoaf et al, 2000). Portanto uma perda grande de amplitude lombar não significa necessariamente que o paciente sofre de muita dor ou é incapacitado por uma condição que afeta sua coluna lombar. É prática comum na avaliação fisioterápica o uso da avaliação manual do movimento segmentar intervertebral (Maitland, Hengeveld et al, 2001). O uso do movimento acessório passivo intervertebral (MAPI) e do movimento fisiológico passivo intervertebral (MFPI) para monitorar mudanças na condição do paciente deve ser feito com cautela. Gonnella et al (1992) é frequentemente citado na literatura ao apontar as deficiências da avaliação manual (Gonnella, Paris et al. 1982). Em seu estudo 5 terapeutas examinaram 5 pessoas assintomáticas usando MFPI de flexão, extensão, rotação e inclinação lombares. Ainda que a repetibilidade intra-terapeuta foi considerada boa, a inter-terapeuta foi decididamente pobre. Matyas e Bach encontraram resultados similares em diversos de seus estudos (Matyas e Bach, 1985). Maher e Adams criticaram a validade desses estudos (e outros similares), usando o argumento que os indivíduos eram todos assintomáticos (Maher e Adams 1994). Eles avaliaram a repetibilidade de 3 fisioterapeutas manipulativos na identificação do segmento sintomático em 30 pacientes com dor lombar. Cada clínico usou uma pressão pósterio-anterior central para se determinar o nível que eles achavam ser o sintomático e graduaram a resistência de cada segmento. O coeficiente de correlação intraclasse para dor foi de 0.72, enquanto para resistência foi de 0.37. Os autores concluíram então que o julgamento dos terapeutas para a presença de dor é confiável, entretanto a avaliação da resistência foi pobre. Philips e Twomey (1996) mostraram que a acuracidade na identificação de um segmento sintomático pelo uso da pressão pósterio-anterior é aumentada quando o terapeuta usa o feedback verbal dado pelo paciente (relato da dor). Um fisioterapeuta manipulativo pode precisamente identificar um nível sintomático, confirmado por um bloqueio anestésico na coluna, em 16 pacientes do total de 17, quando o paciente dava um feedback verbal. Sem o feedback verbal, um terapeuta pôde identificar corretamente apenas 9 pacientes (do total de 17). Portanto, para se otimizar os procedimentos manuais de avaliação, o feedback do paciente deve ser incluído.

Procedimentos objetivos de avaliação clínica confiáveis e válidos do sistema articular lombar não estão ainda disponíveis. Esse fato é complicado pela correlação pobre entre medidas físicas e incapacidade relatada pelo paciente. As medições de mudanças físicas são de pouco valor se as mesmas não acompanham o que o paciente sente. Esse conflito instigou o desenvolvimento de índices e questionários de incapacidade. O propósito destes é de quantificar a incapacidade física do paciente resultante de sua dor lombar tendo os mesmos se mostrado confiáveis, válidos e sensíveis. Esses questionários serão discutidos em detalhes num próximo artigo.

Referências

Deyo, R., M. Battie, et al. (1998). "Outcome Measures for Low Back Pain Research: A Proposal for Standardized Use." *Spine* 23(18): 2003-2013.

Gill, K., M. H. Krag, et al. (1988). "Repeatability of Four Clinical Methods for Assessment of Lumbar Spinal Motion." *Spine* 13(1): 50-53.

- Gonnella, C., S. Paris, et al. (1982). "Reliability in Evaluating Passive Intervertebral Motion." *Physical Therapy* 62(4): 436-444.
- Guccione, A. (1991). "Physical Therapy Diagnosis and the Relationship Between Impairments and Function." *Physical Therapy* 71(7): 499-504.
- Karus, R., G. McIntosh, et al. (1997). "The Relationship Between Nonorganic signs and Centralization of Symptoms in the Prediction of Return to Work for Patients With Low Back Pain." *Physical Therapy* 77(4): 354-360.
- Katz, R. T. (2000). "Impairment and disability rating in low back pain." *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 12(4): 283-311.
- Kopec, J. (2000). "Measuring Functional Outcomes in Persons With Back Pain: A review of back-specific questionnaires." *Spine* 25(24): 3110-3114.
- Maher, C. G. and R. D. Adams (1994). "Reliability of Pain and Stiffness Assessments in Clinical Manual Lumbar Spine Examination." *Physical Therapy* 74(9): 801-811.
- Maitland, G., E. Hengeveld, et al. (2001). *Maitland's Vertebral Manipulation*. Oxford, Butterworth Heinemann.
- Matyas, T. and T. M. Bach (1985). "The Reliability of Selected Techniques in Clinical Arthometrics." *Australian Journal of Physiotherapy* 31(5): 175-195.
- McCombe, P. F., J. C. T. Fairbank, et al. (1989). "Reproducibility of Physical Signs in Low-Back Pain." *Spine* 14(9): 908-918.
- Newton, M. and G. Waddell (1991). "Reliability and Validity of Clinical Measurement of the Lumbar Spine in Patients with Chronic Low Back Pain." *Physiotherapy* 77(12): 796-800.
- Nitschke, J. E., C. L. Nattrass, et al. (1999). "Reliability of the American Medical Association Guides' Model for Measuring Spinal Range of Motion." *Spine* 24: 262-268.
- Phillips, D. R. and L. T. Twomey (1996). "A Comparison on Manual Diagnosis with a Diagnosis Established by a Uni-Level Lumbar Spinal Block Procedure." *Manual Therapy* 2: 82-87.
- Sullivan, M. S., L. D. Shoaf, et al. (2000). "The Relationship of Lumbar to Disability in Patients With Low Back Pain." *Physical Therapy* 80(3): 240-250.
- Waddell, G. and C. Main (1984). "Assessment of Severity in Low-Back Disorders." *Spine* 9(2): 204-208.
- Waddell, G., C. Main, et al. (1984). "Chronic Low-Back Pain, Psychologic Distress, and Illness Behaviour." *Spine* 9(2): 209-213.
- Waddell, G., D. Somerville, et al. (1992). "Objective Clinical Evaluation of Physical Impairment in Chronic Low Back Pain." *Spine* 17(6): 617-628.