



Revisión

Simulación en patología espinal



José Aso Escario^{a,c,*}, José Vicente Martínez Quiñones^a, Alberto Aso Vizán^b, Ricardo Arregui Calvo^a, Marta Bernal Lafuente^d y Andrés Alcázar Crevillén^d

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital de la Mutua de Accidentes de Zaragoza, Zaragoza, España

^b Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España

^d Servicio de Valoración, Hospital de la Mutua de Accidentes de Zaragoza, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de noviembre de 2013

Aceptado el 16 de marzo de 2014

On-line el 7 de junio de 2014

Palabras clave:

Compensación

Exageración

Lumbalgia

Raquis

Simulación

Médico-legal

R E S U M E N

La columna es terreno abonado para la simulación, involucrando a diferentes Especialistas (traumatólogos, neurocirujanos, rehabilitadores, médicos de familia, etc.). La simulación requiere la producción intencional de síntomas exagerados o falsos respondiendo a un incentivo externo. Sin embargo, en la práctica, hay dificultades en la demostración de dichos requisitos. Esto origina que algunos simuladores no resulten identificados y que pacientes no simuladores con actitud incongruente sean etiquetados de rentistas, originando distrés iatrógeno y exposición a litigación.

Se analiza la simulación en el raquis, proponiendo una modificación terminológica, así como una nueva estrategia de diagnóstico, para evitar errores y reducir tanto el distrés iatrógeno como la litigabilidad.

Basándonos en la experiencia clínico-forense de los autores, se analiza la bibliografía y se propone una semiología uniforme. El abordaje es multidimensional y la estrategia de diagnóstico basada en: anamnesis, exploración y pruebas complementarias, adaptando sus resultados a una terminología uniforme con significado preciso de signos y síntomas.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Simulation in spinal diseases

A B S T R A C T

Simulation is frequent in spinal disease, resulting in problems for specialists like Orthopedic Surgeons, Neurosurgeons, Reumatologists, etc. Simulation requires demonstration of the intentional production of false or exaggerated symptoms following an external incentive. The clinician has difficulties in demonstrating these criteria, resulting in misdiagnosis of simulation or misinterpretation of the normal patient as a simulator, with the possibility of iatrogenic distress and litigation.

We review simulation-related problems in spine, proposing a terminological, as well as a diagnostic strategy including clinical and complementary diagnosis, as a way to avoid misinterpretation and minimize the iatrogenic distress and liability.

Based on the clinical-Forensic author's expertise, the literature is analyzed and the terminology read-dressed to develop new terms (inconsistencies, incongruences, discrepancies and contradictions). Clinical semiology and complementary test are adapted to the new scenario. Diagnostic strategy relies on anamnesis, clinical and complementary tests, adapting them to a uniform terminology with clear meaning of signs and symptoms.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Compensation

Exaggeration

Back pain

Spine

Simulation

Legal

Introducción

Uno de los principales problemas con la simulación es la falta de una terminología que permita evitar, por un lado, calificativos

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jaso@maz.es (J. Aso Escario).

peyorativos («rentista, simulador, etc.») y, por otro, clasificar apropiadamente una conducta sospechosa¹.

La clasificación internacional de las enfermedades mentales (DSM)² define la simulación como: la «producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos». Esta definición no sirve para caracterizar a muchos pacientes con problemas espinales debido a que, por un lado, requiere comprobar una «desproporción» o «falsedad» en los síntomas, lo que no resulta fácil. Por otro, es habitual que el médico no pueda asegurar que existe un fingimiento «intencional» o «deliberado» por parte de un determinado paciente.

Otras clasificaciones, como la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)³, tampoco sirven para caracterizar estos casos. De hecho, subsisten en ellas términos como la «neurosis de renta», cuyo diagnóstico requiere la demostración, siempre difícil, de una expectativa de ganancia económica⁴.

Otros términos, usados comúnmente en clínica, resultan ambiguos, cuando no peyorativos (neurosis de compensación, sinistrosis, etc.).

Este escenario de dificultad clasificatoria resulta agravado por la escasez en la literatura de revisiones sistematizadas sobre la simulación, existiendo, a lo sumo, trabajos con series cortas, o sobre un único trastorno. Igualmente, hay pocos estudios dirigidos a establecer la validez de los sistemas de detección de la simulación. Se ha señalado, por ello, la necesidad de impulsar las investigaciones sobre la materia y que los profesionales de la medicina estudien críticamente el tema⁵.

Por estas razones, nos proponemos revisar el controvertido tema de la simulación tomando como modelo un terreno, el raquis, donde los estilos de respuesta sospechosos o la magnificación de los padecimientos son muy frecuentes.

Pretendemos proponer una terminología integrable tanto en la valoración clínica, como en los informes. Creemos que una redirección conceptual del problema, así como una terminología unificada, pueden ser las claves para diagnosticar correctamente cada caso, reducir el estrés iatrógeno y minimizar la posible litigabilidad vinculada a calificativos que pueden estigmatizar al paciente fidedigno o producirle un perjuicio moral.

Material y métodos

Se realiza una revisión de la literatura y se estudian posibles cambios de terminología partiendo de la experiencia multidisciplinar de los autores, quienes aúnan acreditación y experiencia en clínica y cirugía del raquis, así como en Medicina Legal, Forense y Valorativa. Se proponen una terminología nueva, así como un conjunto de maniobras clínicas cuya significación es analizada críticamente. Se pretende lograr un protocolo de examen basado en el significado de la anamnesis, los antecedentes y la exploración clínica. Se extiende también esta terminología a las pruebas complementarias, principalmente las denominadas pruebas funcionales o biomecánicas.

Resultados

Los resultados de la revisión de la literatura, así como del análisis crítico y la opinión de los profesionales, permiten establecer una serie de elementos clave, que son los siguientes:

Necesidad de una terminología apropiada

Es preciso usar un lenguaje unificado para referirnos a la simulación.

Como modelo para el enfoque de estos cuadros, partimos de la terminología propuesta por Rogers et al.⁶. Este autor habla de «estilo

de respuesta no fidedigno» (ERNOF) para calificar una conducta que aparenta escasa verosimilitud en su presentación ante el clínico.

Sin embargo, en la práctica, la mayoría de las veces, no está claro que el paciente falsee sus padecimientos. Lo que habitualmente observamos es una respuesta inapropiada o discordante si la comparamos con la entidad de los trastornos objetivos. Podríamos hablar, así, de un «estilo de respuesta anormal o distorsionado» (ERAD)¹.

La simulación verdadera (SIVE) supone la existencia de intención en la exageración o falsedad respondiendo a incentivos externos, por lo que implica una comprobación de dichos criterios. Es decir que la presunción fraudulenta debería hallarse refrendada por elementos objetivos. Este concepto es equivalente a la terminología usada en la CIE-10³.

Estrategia multidimensional de detección del paciente con estilo de respuesta distorsionado

Debe basarse en elementos clínicos y complementarios. Uno de los mejores estudios realizados hasta la fecha sobre la simulación en raquis es el de Hernández Conesa⁷. En este trabajo, se identificaron 4 marcadores clínicos de simulación (inconsistencias, incongruencias, discrepancias y contradicciones). Nosotros proponemos estos elementos como signos de ERAD. Además, estos marcadores pueden aplicarse también a los resultados de las exploraciones complementarias. Será el número, pero, sobre todo, el tipo de estos factores lo que podrá orientarnos a un estilo de respuesta no fidedigno (ERNOF) o una simulación verdadera (SIVE).

Veamos ahora los elementos de detección clínicos y complementarios.

Signos clínicos de estilo de respuesta anormal o distorsionado/estilo de respuesta no fidedigno

1. «Yellow & red flags»

Se obtienen de la anamnesis y tienen que ver con determinadas variables sociolaborales que se pueden apreciar resumidas en la tabla 1⁸⁻¹⁰. Han sido citados en la literatura como «yellow» o «red flags» de la simulación.

Todos forman parte del llamado modelo bio-psico-social^{11,12}. En él, los factores biológicos (lesiones) interactúan con otros psicológicos (p. ej., creencias erróneas sobre la columna vertebral, temor al dolor, miedo a perder el trabajo)^{13,14} y sociolaborales (educación, factores familiares, tipo de trabajo, anclaje vocacional, etc.).

2. Características del acompañante

Una de las características de un estilo de respuesta distorsionada es la necesidad de resaltar el papel de enfermo. Así, el análisis del tipo de acompañante puede resultar clave.

No raramente, este enfatiza la magnitud de las dolencias («reforzador»). Otras veces, la actitud es menospreciativa. Así, el del «marido liberado» de Rotes Querol¹⁵ tiende a minusvalorar o reinterpretar los padecimientos de la enferma. Comentarios como: «no le haga caso doctor, es una exagerada» o «lo que quiere decir es que le duele allí», son corrientes.

Otros acompañantes son el «instruido o enterado» y el «coactivo». Hacen gala de un extenso conocimiento de la enfermedad o exhiben hostilidad o desconfianza que parece tender a dirigir la actuación médica: «¿No le habrán operado mal?». En general, resulta útil explorar el grado de conocimiento sobre la enfermedad que muestra el acompañante. El concepto de metasimulación se refiere al seguimiento por el sujeto de las pautas o el guion de algún caso análogo al suyo y no raramente se trata del acompañante.

A veces, el paciente aparece «necesitado de acompañamiento». En este sentido, no suele ser muy razonable que un paciente adulto

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3382859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3382859>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)