

El Residente

## INVESTIGACIÓN - ORIGINAL

# El dinero importa, la salud mental también. Pacientes postoperados de columna

José Manuel Pérez Atanasio,\* José María Jiménez Ávila\*\*

**RESUMEN.** Tipo de estudio: Casos y controles. Nivel de evidencia: III. Se realizó una entrevista dirigida buscando incongruencia entre la exploración física, estudios de imagen, electromiografía y la sintomatología referida por el paciente, y se determinó si se sospecha o no de simulación. Se valoraron postquirúrgicamente 76 pacientes seleccionados al azar operados de columna en el periodo de 1994 al 2010. Los datos fueron evaluados estadísticamente con medidas de frecuencias y medidas de asociación, donde se encontraron 14 pacientes simuladores. Se determinaron los factores de riesgo para ser simulador, resultando 3.4 veces más probable que un paciente sea simulador si refiere un dolor cercano al 10 en la escala análoga. Es 5 veces más probable ser simulador si está solicitando una pensión por enfermedad. El tener un antecedente de patología psiquiátrica eleva a 6.7 veces la posibilidad de ser simulador, siendo éste el factor que mostró mayor asociación. Ningún paciente tuvo una valoración psiquiátrica previa. Los pacientes deben tener una valoración psiquiátrica si se sospecha de simulación y todo paciente debe ser operado, sólo si existe congruencia entre lo referido y lo objetivo. Este estudio servirá como base para una Guía Clínica para la identificación y manejo de pacientes simuladores postoperados de columna.

**Palabras clave:** Columna, simulación, economía, laboral.

**ABSTRACT.** Type: Cases and controls. Level of evidence: III. it was directed interview looking for inconsistencies between physical examination, electromyography and symptomatology referred to by the patient and image studies and determined whether or not suspected simulation. Seventy six patients selected were valued at random that were operated column in the period 1994-2010. The data were statistically evaluated with frequencies and measures of association, where 14 simulators patients were found. Risk factors were identified to be simulator, resulting 3.4 times more likely to be a patient simulator if concerns close to 10 similar scale pain. It is 5 times more likely to be simulator is requesting a pension by the disease. It has a history of psychiatric pathology, rises 6.7 times be simulator to this being the factor that showed greater partnership. No patient had a previous psychiatric assessment. Patients should have a psychiatric assessment if you suspect simulation and all patient must be operated only if there is consistency between it and the objective. This study will serve as a basis for a guide to clinical identifying and handling of patient's postoperated simulators spine.

**Key words:** Spine, malingering, simulation, economy, labor.

\* Residente de tercer año.

\*\* Clínica de Columna.

IMSS CMNO Servicio de Traumatología, Guadalajara, Jalisco. México.

Dirección para correspondencia:

Dr. José María Jiménez Ávila

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades. CMNO Guadalajara Jalisco. Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia. Piso 10 Ortopedia y Traumatología. Tel: 366-83-000. Exts. 31336 y 31337.

E-mail: josemajimeneza@hotmail.com.

Recibido: 15 de febrero del 2011

Aceptado con modificaciones: 25 de febrero del 2011

Este artículo puede ser consultado en versión completa en  
<http://www.medicgraphic.com/elresidente>

## Introducción

Está bien documentado que la presencia de una compensación económica<sup>1-12</sup> o factores psicológicos<sup>4,7,8,11</sup> influye en el resultado de los tratamientos médicos y quirúrgicos.

La simulación es una entidad clínica que consiste en la producción o presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, con una motivación externa evidenciable como recibir una compensación económica<sup>10</sup>.

Con base en la información oficial<sup>13,14</sup>, en el IMSS de 1999 al 2008 se otorgaron 47'223,393 certificados de incapacidad que produjeron subsidio, con un costo de \$63,233'218,743 pesos.

Tan sólo en el 2008 se otorgaron 5'143,543, y el costo fue de \$8,892'863,952. La Delegación Jalisco contribuyó con 435,006 certificados de incapacidad, lo que representó 4'632,201 días no laborados y con un gasto de \$707'196,980<sup>13</sup>.

Los problemas de columna ocupan el tercer lugar en enfermedades que requirieron en 2008 dictámenes de invalidez, sólo por debajo de la diabetes mellitus y las neoplasias<sup>13</sup>.

Con estos datos nos queda claro que la patología de la columna representa un gran problema de salud pública en México con un elevado costo en días no laborados y por supuesto económicos.

Existe una amplia documentación de que la presencia de una compensación económica influye en el resultado de los tratamientos médicos y quirúrgicos.<sup>16</sup>

Resulta evidente que el pago de estas incapacidades y pensiones recae sobre la población mexicana económicamente activa, así como las instituciones públicas del país<sup>14</sup>.

Existen pacientes derechohabientes al IMSS que simulan enfermedades con el objetivo de obtener un certificado de incapacidad o una pensión<sup>10</sup>.

La simulación es una entidad clínica que consiste en la producción o presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, con una motivación externa evidenciable como recibir una compensación económica.<sup>15</sup>

Dada la preocupación de que no existe una guía clínica para identificación y manejo de pacientes simuladores postoperados de patología de columna, se decide realizar esta investigación para que sirva de fundamento en determinar cuáles son los criterios útiles para identificar a estos pacientes y como base para la elaboración de una guía clínica.

Si detectamos a estos pacientes se evitará otorgar erróneamente incapacidades o pensiones por invalidez, disminuyendo el gasto económico del Instituto Mexicano del Seguro Social y por tanto de todos los mexicanos.

## Material y métodos

Tipo de estudio: casos y controles.

Nivel de Evidencia III.

Se utilizó la hoja de captura como guía durante la entrevista dirigida a identificar incongruencia entre lo que el paciente refiere y lo encontrado objetivamente. La exploración física fue dirigida sospechando simulación con base en las recomendaciones de la literatura.<sup>2,3,5,9,15,16</sup> *Definición de caso:* Paciente postoperatorio de columna que presenta incongruencia entre la sintomatología referida y los datos objetivos obtenidos de la exploración física, estudios radiográficos, tomografía y electromiografía.

*Definición de control:* Paciente postoperatorio de columna que presenta congruencia entre la sintomatología referida y los datos objetivos obtenidos de la exploración física, estudios radiográficos, tomografía y electromiografía.

### Criterios de inclusión:

- Paciente que haya sido operado para estabilizar o liberar estructuras nerviosas de la columna cervical, torácica o lumbar.
- Valorados en la consulta externa.
- Patologías traumáticas o crónicas.
- Tener al menos 16 años de edad.
- Ambos sexos.

### Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan cursado con una infección en las primeras 4 semanas de postquirúrgico.

### Criterios de eliminación

- Pacientes que durante la exploración física en consulta externa no se obtenga como mínimo el 80% de la información manejada en el anexo.

Análisis de resultados: Los datos fueron analizados usando el software epi info versión 3.5.1;

obteniendo frecuencias y con las variables (factores de riesgo para ser simulador) se determinó el Odds Ratio y la prueba de Mantel-Haenszel con un intervalo de confianza del 95%. Un valor de p menor de 0.05 se consideró significativo.

## Resultados

Se estudiaron 40 mujeres (52.6%) y 36 hombres (47.4%).

El rango de edad fue de 16 a 78 años con una media de 42.5 con una desviación estándar de 15.8 años.

Los diagnósticos se englobaron en padecimientos cronicodegenerativos 48 (63.2%) y traumáticos 28 (36.8%).

Los tratamientos realizados fueron: 67 (88.2%) instrumentaciones, 8 (10.5%) liberaciones de raíz nerviosa o canal medular y 1 (1.3%) vertebroplastia.

Del total de los pacientes, 42 (55.3%) fueron trabajadores derechohabientes con agregado 1m o 1f.

Se identificaron 14 (18.4%) pacientes como simuladores.

El rango de dinero recibido mensualmente por pensión o incapacidad fue de \$1,090 a \$16,728 con un promedio de \$4,905. Doce pacientes (15.8%) recibieron una pensión temporal por uno o dos años. A 2 pacientes se les otorgó una pensión definitiva por invalidez, con lo que recibirán su salario de por vida.

### Análisis inferencial:

Variable dependiente: Ser simulador.

Variable independiente: Los factores de riesgo.

Total de n: 76

Total de casos: 14 (18.4%) simuladores.

Ser trabajador 1 m o 1f 42. OR: 0.77 p: > 0.05 IC 95%: 0.21–2.84.

No se encontró significancia estadística en ser trabajador para caer en simulación.

Patología degenerativa 48. OR: 4.33 p: > 0.05 IC 95%: 0.81–30.74.

Patología traumática 28 OR: 0.23 p: > 0.05 IC 95%: 0.03-1.24.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre padecer una patología crónica-degenerativa o una traumática como factor de riesgo para ser simulador.

Estar pensionado por la enfermedad 14. OR: 5.06 p: < 0.05 IC 95%: 1.17–22.42.

Se observa que es 5 veces más probable ser simulador si está solicitando una pensión por enfermedad.

Dolor de 0 a 5 en la escala análoga, 40. OR: 0.29 p: < 0.05 IC 95%: 0.07–1.16.

Dolor mayor a 6, 36 OR: 3.46 p: < 0.05 IC 95%: 0.86-14.93.

Los pacientes simuladores expresan su dolor en la escala análoga con valores cercanos al puntaje máximo.<sup>10</sup> Resulta 3.46 veces más probable que un paciente sea simulador si refiere un dolor cercano al 10.

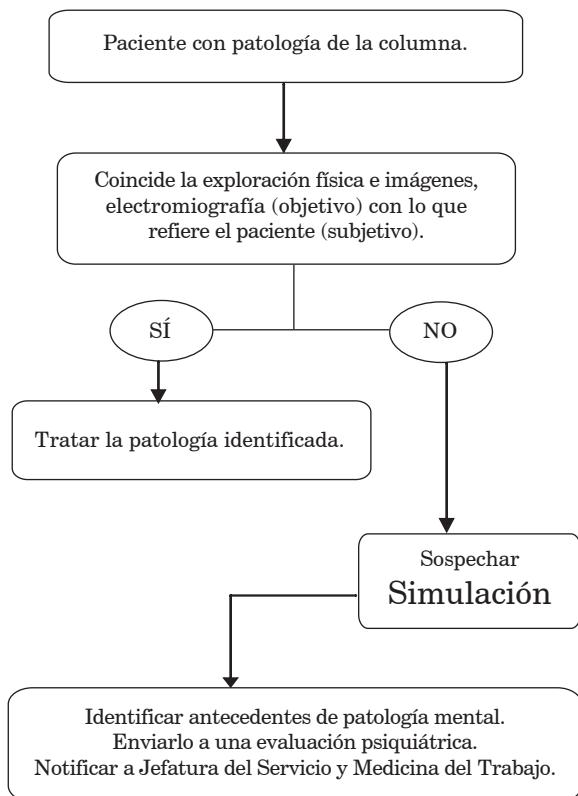
Sólo se identificó un caso de lesión radicular. Esta paciente padece síndrome de cauda equina y la sintomatología referida se corroboró por las lesiones observadas en la resonancia magnética, la electromiografía y la exploración física. Esta paciente se calificó como no simuladora.

En todos los casos, la etapa de fusión observada radiográficamente coincidió con el tiempo de evolución postquirúrgica.

En los pacientes simuladores se observó una electromiografía normal, lo cual no concordaba con lo referido por el paciente. En el resto, lo re-

**Cuadro I.** Factores de riesgo para ser simulador.

Factor de riesgo	Número de veces que aumenta la posibilidad de ser simulador	Significación estadística
Expresar dolor cercano al 10 en la escala análoga.	3.4	p: < 0.05 IC 95%: 0.86–14.93
Solicitar pensión por la enfermedad.	5	p: < 0.05 IC 95%: 1.17–22.42
Tener antecedentes psiquiátricos.	6.7	p: < 0.05 IC 95%: 1.68–28.8



**Figura 1.** Flujograma para la identificación y manejo de pacientes simuladores postoperatorios de columna.

portado en la electromiografía coincidió con la sintomatología referida y con los datos encontrados en la exploración física.

La exploración física resultó de vital importancia para identificar a los pacientes simuladores.

Todos los pacientes simuladores tuvieron presente los signos de incongruencia clínica de

Waddell. La incongruencia fue lo que determinó el calificar a un paciente como simulador.

Con antecedente psiquiátrico 22.

OR: 6.78 p: < 0.05 IC 95%: 1.68–28.8.

El tener un antecedente de patología psiquiátrica eleva a 6.7 veces la posibilidad de ser simulador.

Este factor de riesgo es el que mostró una mayor asociación para ser simulador en el presente estudio (*Cuadro I*).

## Discusión

Ningún paciente de los estudiados (simuladores y no simuladores) tuvo una valoración psiquiátrica previa a la cirugía.

Y ningún traumatólogo preguntó sobre los antecedentes de salud mental.

Sólo pudo identificarse la motivación para simular en tres casos en que los pacientes lo expresaron directamente.

Dos solicitaron continuar con incapacidad para obtener dinero, el otro está bajo proceso judicial por el accidente en que se lesionó, y solicitó continuar incapacitado para beneficiarse en el juicio.

Resulta difícil adentrarse al pensamiento humano para poder escudriñar en sus deseos más profundos.

Este trabajo servirá como base para la elaboración de una guía clínica para la identificación y manejo de pacientes simuladores postoperatorios de columna (*Figura 1*).

Los pacientes deben tener una valoración psiquiátrica si se sospecha de simulación.

Todo paciente debe ser operado sólo si existe congruencia entre lo referido y lo objetivo.

## Bibliografía

1. Rodríguez-García J, Sánchez-Gastaldo A, Ibáñez-Campos T et al. Factores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lumbar. Neurocirugía 2005; 16: 507-517.
2. Patricia HR, Peter Jokl, Jeannette Ickovics. Psychosocial factors and surgical outcomes: An evidence-based literature review. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 2006; 14: 397-405.
3. Richard DG, Michael Patterson, Donna DO. Failed back surgery syndrome: Diagnostic evaluation. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 2006; 14: 534-543.
4. Kevin WG, Jeffrey ML, Matthew TH et al. Detection of feigned tactile sensory loss using a forced-choice test of tactile discrimination and other measures of tactile sensation. J Occup Environ Med 2005; 47: 718-727.
5. van Egmond J, Kummeling I. La ganancia secundaria afecta a la evolución de la terapia: comprensión insuficiente de un área. Eur Psychiatry Ed Esp 2002; 9: 294-303.
6. Reid WH. Law and psychiatry, malingering. Journal of Psychiatric Practice 2000: 226-228.
7. Puolakka K, Ylinen JMH, Neva H, Kautiainen A. Hakkinen Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: a 5-year follow-up study. Eur Spine J 2008; 17: 386-392.
8. William S, Marras SA, Ferguson DB, PhD, Pete S, Anthony M. Low Back Pain Recurrence in Occupational Environments. SPINE 2007; 32: 2387-2397.

9. Radoslaw W, Santosh V, Glenn P, Barbara W. Risk factors for recurrent episodes of care and work disability: Case of Low Back Pain. *J Occup Environ Med* 2004; 46: 68–76.
10. Binder LM, Rohling M, Money M. A meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 7-10.
11. Gigson P. Orthopedic detection of malingering. *Southern Medical Journal* 1967; 60: 1233-1237.
12. Haefeli M, Elfering A, Aeby M et al. What comprises a good outcome in spinal surgery? A preliminary survey among spine surgeons of the SSE and European spine patients. *Eur Spine Journal* 2008; 17: 104–116.
13. Schiphorst PHR, Reneman MF, Boonstra AM et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. *Eur Spine Journal* 2008; 17: 1448–1456.
14. Thamer AH. Psychiatric aspects of orthopaedics. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 2008; 16: 41-46.
15. Quezada M, Razo J, Marin I, Salinas S, López P. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. *Gac Méd Méx* 2006; 142: 109-112.
16. Harris I, Mulford J, Solomon M, van Gelder JM, Young J. Association between compensation status and outcome after surgery, a meta-analysis. *JAMA* 2005; 293: 1644-1652.
17. Doleys DM. Psychological factors in spinal cord stimulation therapy: brief review and discussion. *Neurosurg Focus* 2006; 21: 1-6.
18. Trueblood W, Binder LM. Psychologists' accuracy in identifying neuropsychological test protocols of clinical malingerers. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1997; 12: 13-27.
19. Hadler NM. Workers' compensation and regional musculoskeletal pain. *British Journal of Rheumatology* 1998; 37: 815-823.
20. Harold I, Kaplan B, Sadock J. *Sinopsis de Psiquiatría*. Décima edición. Lippincott Williams and Wilkins.
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text revision. American Psychiatric Association Washington, DC: Elsevier Masson 2007.
22. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10) World Health Organization.
23. Chávez E, Ontiveros M, López F. Manual de medicina psicosomática, interfase de la psiquiatría con la medicina. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Primera edición. 2009.
24. Waddell G, MacColloch J. Non organic physical signs in low Back pain. *Spine* 1980: 117-125.
25. Main C, Waddell G. Behavioral responses to examination: a reappraisal of the interpretation of «nonorganic signs» *Spine* 1998: 2367-2371.
26. Hiskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2: 1127-1131.
27. Cram JR, Kasman GS, Holtz J. Introduction to surface electromyography. Aspen Publishers Inc. Gaithersburg, Maryland 1998.
28. Albee FH. A report of bone transplantation and osteoplasty in the treatment of Pott's disease of spine. *NY Med J* 1912; 95: 469.
29. <http://www.imss.gob.mx>
30. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/183047A0-819C-4882-918A-4A785F35B6A6/0/ME2008CapVI.pdf> (salud en el trabajo)
31. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/46F90F5B-E8A8-4572-954D-E95FA85D75E2/0/ME2008CapIX.pdf>