

PRESENTADO EN EL XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Dolor y simulación: reto diagnóstico y terapéutico

E. Gallach-Solano¹, R. Robledo-Algarra², P. Fenollosa-Vázquez³, R. M. Izquierdo-Aguirre⁴
y M. A. Canós-Verdecho⁵

¹Facultativa Especialista en Psicología Clínica. ²Médica especialista en Anestesia. ³Médico especialista en Rehabilitación. ⁴Médica especialista en Anestesia. ⁵Unidad de Dolor. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España

Gallach-Solano E, Robledo-Algarra R, Fenollosa-Vázquez P, Izquierdo-Aguirre RM y Canós-Verdecho MA. Dolor y simulación: reto diagnóstico y terapéutico. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):237-241.

Palabras clave: Dolor crónico, simulación, Munchhausen, psicósomático trastorno conversivo, trastorno facticio.

INTRODUCCIÓN

El modelo biopsicosocial en el abordaje del dolor crónico hace hincapié en las complejas relaciones existentes entre los factores biológicos, cognitivos, afectivos y somáticos, con el fin de entender mejor el proceso de cronificación de las patologías cuya principal manifestación es el dolor o cursan prioritariamente con dolor. Desde esta perspectiva, durante los últimos cinco años, en que la crisis económica mundial ha propiciado un incremento significativo de conductas simuladoras y disimuladoras relacionadas con dolor crónico con objetivos económicos, se ha producido un incremento de las investigaciones relacionadas con patrones de simulación.

Diversos estudios han tratado de determinar con un resultado poco concluyente la incidencia de la simulación del dolor crónico y, aunque ciertamente resulta difícil proporcionar datos precisos por la gran variabilidad topográfica y patológica, estiman que este se encuentra entre el 25-30 %.

La detección de la simulación y sus variantes clínicas se fundamenta en la divergencia de diferentes fuentes de información, entrevista clínica, incoherencias del mensaje, identificación de beneficios secundarios, exploración física o psicológica inconsistente, etc. (González Ordi y cols., 2012). Es frecuente que en las consultas de las Unidades de Dolor aparezcan dudas diagnósticas respecto a la veracidad del mismo con las consiguientes implicaciones terapéuticas que ello conlleva.

En esta comunicación se pretende reducir la incertidumbre diagnóstica en dolor crónico a través de parámetros clínicos objetivos y subjetivos para la identificación de situaciones de sospecha de simulación, así como orientar la intervención terapéutica más adecuada en cada caso, reconociendo la interferencia de algunos trastornos psiquiátricos que pueden cursar con dolor crónico como los conversivos, los facticios y los somáticos (Criterios DSM-5) y orientar la intervención terapéutica más adecuada para cada caso en particular.

PROTOCOLO

Para la elaboración de este protocolo se ha recogido información de diversas fuentes, especialmente manuales diagnósticos y clínicos del ámbito de la Psicología Clínica, Psiquiatría, Traumatología y Dolor. La búsqueda procede de capítulos y artículos relacionados con “simulación”, “trastorno facticio”, “síndrome de Munchausen”, “trastorno conversivo”, “trastornos somatomorfos” y “trastornos somáticos”, entre otros, en los que se vincula dolor y

simulación, exageración, disimulación o fingimiento. La información se ha clasificado a fin de ofrecer un marco comprensivo de criterios que contribuyan a esclarecer el diagnóstico de un modo más objetivo:

El primer criterio introducido es el de *sospecha clínica de simulación por más de un clínico*: cuando, al menos, dos clínicos independientes presentan dudas diagnósticas razonables bajo la sospecha de “fingimiento” o “simulación”. A partir de aquí se puede iniciar el protocolo. En segundo lugar, *evidencia de incentivos externos*, compatibles con un patrón de exageración de la conducta de dolor, como percepciones económicas, retribuciones por accidentes, etc. En ocasiones, los beneficios asociados a la patología dolorosa no resultan tan evidentes ni explícitos, sino que es el sufrimiento de la propia enfermedad por dolor la que persigue, el apoyo familiar, el apoyo médico, que de otro modo no se conseguiría. Se trataría de un trastorno facticio, también conocido como síndrome de Munchausen, en el que el dolor crónico, o cualquier otra patología, se exagera o finge de un modo intencional con la finalidad de sentirse querido, atendido, apoyado, etc. Estos pacientes son mucho más difíciles de diagnosticar y tratar y, una vez establecido y clarificado el síndrome, es imprescindible derivar al dispositivo de salud mental correspondiente, valorando el tratamiento farmacológico del dolor como complementario.

En tercer lugar, evidencia procedente de la *exploración física* en que las limitaciones, capacidades o habilidades son consistentes con un patrón de exageración o producción de quejas, síntomas y discapacidad. Por ejemplo, el rendimiento físico del paciente en la esfera cotidiana no es compatible con la lesión diagnosticada, o bien existe una discrepancia en la valoración subjetiva del dolor o se puede constatar que la reactividad psicofisiológica o la localización del malestar no son congruentes con la evidencia fisiopatológica.

Otro criterio recogido procede de las incoherencias detectadas a través de la *evaluación neuropsicológica* por discrepancias entre los resultados de las pruebas y la conducta observable, o entre estos y el funcionamiento neurológico, o el rendimiento en las pruebas neurocognitivas impresiona extremo o exagerado.

La *información procedente del paciente* también representa un criterio revelador, puesto que puede ofrecer datos respecto a discrepancias en la conducta explícita cuando se le observa en el contexto clínico o en otro, cuando el dolor sigue un patrón errático respecto a la fisiopatología o cuando las quejas manifiestas son claramente incompatibles con la conducta objetivable.

Finalmente, disponemos de tres instrumentos que pueden facilitarnos el diagnóstico diferencial cuando sospechamos un componente psicógeno o cuando los datos obtenidos en la exploración no concuerdan con las molestias expresadas: test de Waddell, el test de Hoover y el Inventario SIMS.

El test de Waddell y el Hoover se utilizan especialmente en dolores musculares o músculo-esqueléticos, como lumbalgias y lumbociatalgias. El test de Waddell está constituido por cinco maniobras. Es positivo cuando resultan significativas tres de las cinco maniobras:

1. Dolor o hipersensibilidad ante un contacto superficial.
2. Prueba de simulación: dolor lumbar al realizar una presión axial sobre el cráneo.
3. Prueba de distracción: si una maniobra específica (p. ej. Lasègue) es negativa para el dolor por distraer al paciente.
4. Incongruencia entre la localización de las alteraciones y la neuroanatomía conocida.
5. Expresión o reacción desproporcionada ante el dolor.

El test de Hoover consiste en tres pruebas, en función de la lesión del paciente.

1. Colocar las manos en los talones del enfermo y se solicita levante la pierna afectada. Es positivo cuando presiona hacia abajo con la opuesta para ayudarse.
2. Levantar la pierna cuando el individuo esté sentado. Es positiva cuando no se inclina o apoya hacia atrás.
3. Dorsiflexión del tobillo. Resulta positiva cuando expresa dolor con la rodilla flexionada.

Por último, también nos puede ayudar la exploración psicopatológica realizada a través del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS), instrumento de screening autoaplicado de 75 ítems para la detección de simulación de sintomatología psicopatológica y neurocognitiva. Su administración es poco costosa y no va más allá de los 15 minutos y, aunque no está validado para dolor crónico, resulta de utilidad también como técnica de discriminación por su brevedad, validez y fiabilidad para explorar patrones de falseamiento o exageración. Ha sido adaptado a la población española. El análisis de puntuaciones de las escalas que lo componen (psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos) permite observar qué sintomatología se presenta de forma atípica, o bien de qué manera el individuo intenta simular un trastorno en particular. La puntuación total permite establecer la sospecha de simulación.

El resultado de toda esta exploración permite determinar de una forma fiable y objetiva la simulación de la conducta dolorosa. Para ello, esta no debe producirse en el contexto de un trastorno psicopatológico como un trastorno conversivo, un trastorno somático o un trastorno facticio, en los que el dolor es un síntoma añadido al contexto psicopatológico (Tabla I).

Otra cuestión de relevancia clínica es la orientación terapéutica tras el diagnóstico diferencial. Cuando el diagnóstico de dolor crónico está claramente establecido, si no existe afectación psicológica de relevancia clínica, seguiríamos la recomendación analgésica habitual. Si existe repercusión psicológica, y este cursa con sintomatología afectiva o emocional, es necesario complementar el tratamiento con un abordaje psicológico.

TABLA I
CRITERIOS DIFERENCIALES ANTE SOSPECHA DE SIMULACIÓN DE DOLOR CRÓNICO

<i>Evidencia de incentivos externos contingentes con patrón de exageración o producción de síntomas</i>	Existencia de beneficio externo: percepción de una retribución económica estando en situación de IT y/o pendientes de valoración por el Equipo de Valoración de Incapacidades con la finalidad de obtener una ILP, incentivos de aseguradoras, etc.
<i>Evidencia procedente de la evaluación física</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Evidencia de que las limitaciones, capacidades o habilidades demostradas en una evaluación física normal son consistentes con un patrón de exageración o producción de quejas y síntomas y de la disminución de la capacidad física – Discrepancia entre las pruebas médicas objetivas y la valoración subjetiva del dolor y discapacidad por parte del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Sesgos en el rendimiento físico que no es compatible con la lesión • Discrepancia entre EVA y reactividad psicofisiológica concomitante entre la actividad física en consulta y la desempeñada fuera del contexto clínico • Las quejas son incongruentes con la evidencia fisiopatología • Discrepancia
<i>Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> A) Rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas B) Rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo C) Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral D) Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducta observable y objetivable del paciente
<i>Evidencia procedente de la evaluación por autoinforme</i>	<ul style="list-style-type: none"> A) Discrepancia en la conducta cuando el paciente es formalmente evaluado a cuando no lo es B) Las quejas no son consistentes con la evolución clínica C) Las quejas no siguen un patrón fisiológico de la patología del dolor y de la discapacidad son erráticas D) Las quejas son incompatibles con la conducta habitual del paciente observable y objetivable
<i>Screening</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Test de Waddel: cumple al menos, 3/5 signos de Waddel como criterios discriminante de sospecha clínica – Test de Hoover: positivo <ul style="list-style-type: none"> • Baja adherencia a las prescripciones médicas y psicológicas • La frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada • Escasos o nulos avances terapéuticos • Falta de cooperación en la entrevista clínica – Test SIM: índice de simulación
<i>Criterio F: A-B-C-D no se explican mejor por factores psicopatológicos, evolutivos o neurológicos</i>	Sospecha clínica de simulación por más de un profesional de la salud implicado en su tratamiento

Sin embargo, las situaciones de mayor complejidad son aquellas en la que se detecta la presencia de un beneficio consecuente al dolor. En este caso, si este beneficio secundario es explícito y evidente (indemnizaciones, seguros, discapacidad,

incapacidades, etc.), hablaríamos de simulación, exageración o disimulación, y la recomendación más adecuada sería la de confrontar al paciente con la situación de un modo comprensivo y empático y proceder al alta del servicio derivando, si

procede, al médico general. Cuando los incentivos del paciente no son tan manifiestos y explícitos, (conseguir el apoyo de la familia, manifestar un conflicto intrapsíquico, sentirse atendido, etc.) puede subyacer un proceso psicopatológico de gran gravedad, como el trastorno facticio, también conocido con síndrome de Munchausen, en el que el paciente finge los síntomas de un modo deliberado e intencional con el objetivo de sentirse víctima y atendido por la red sanitaria, buscando la escucha compasiva. Otro caso de gravedad es cuando se identifica la intencionalidad, pero el paciente no finge de forma voluntaria, puede tratarse de un trastorno neurológico funcional, también llamado trastorno conversivo, o bien un trastorno somático con el especificador de dolor persistente, también denominado dolor psicósomático. En ambos casos, además del manejo farmacológico del dolor, es necesario derivar al dispositivo de salud mental correspondiente (Figura 1).

CONCLUSIONES

La simulación de síntomas en el contexto de dolor crónico es un problema frecuente y complejo al que nos enfrentamos en la práctica cotidiana y representa un gran desafío profesional que requiere de instrumentos y criterios objetivos y específicos que faciliten la discriminación. La evaluación del dolor crónico y, en este contexto, la sospecha de simulación siempre es conveniente realizarla desde una perspectiva multidimensional, interdisciplinar y biopsicosocial. Los profesionales de las Unidades de Dolor debemos estar formados en la detección de diferentes modalidades de “simulación” y adoptar y consensuar criterios fiables y válidos para mejorar la atención al paciente y optimizar la potencia terapéutica de nuestras intervenciones.

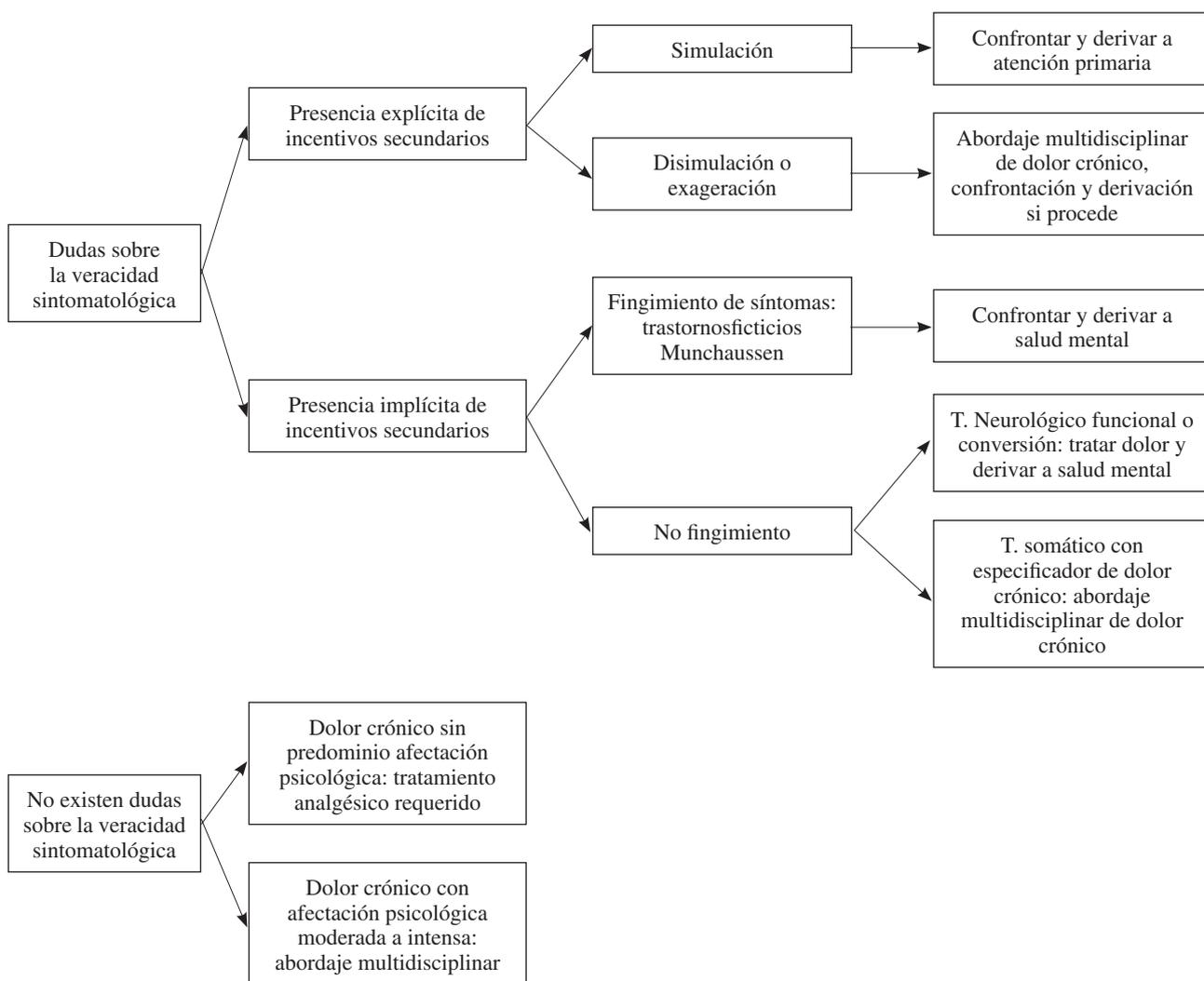


Fig. 1. Algoritmo de orientación terapéutica.

El abordaje más adecuado en el caso del dolor simulado debe ser la confrontación y el alta del Servicio. La confrontación se realizará por más de un componente del equipo multidisciplinar y con la legitimación de las pruebas diagnósticas.

La descripción de parámetros y criterios descritos puede ayudar a identificar y tratar, orientar y/o derivar a los dispositivos asistenciales correspondientes las diferentes modalidades de dolor crónico con fuerte componente cognitivo-afectivo-emocional.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este manuscrito agradecen al Comité Organizador del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Dolor el premio concedido a esta comunicación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. González Ordi H, Santamaría Fernández P, Capilla-Ramírez P. La simulación como estilo de respuesta en Ediciones TEA, SAU. Estrategias de detección de la simulación. Manual Clínico Multidisciplinar; 2012.
2. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal* 2015;5:404-17.