

María José Herrero Antón*, Hakim Ayaon Albarrán,
María Amparo Pérez Buigues y Consuelo Corrionero Soto
Centro de Salud de Vila, Ibiza, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: hayaon@asef.es (M.J. Herrero Antón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.004>

Resultados falsos positivos: el síndrome del enfermo imaginario

False positive results: The imaginary invalid syndrome

Sr. Director:

En la actualidad el laboratorio clínico interviene en más del 70% de las decisiones médicas¹. Los avances tecnológicos son los responsables de tan elevada contribución del laboratorio en el diagnóstico². No obstante, son estos mismos avances, entre otras cuestiones, los que pueden haber contribuido a la inadecuación en la solicitud de las pruebas³, que produce un aumento del gasto en el sistema de salud. Las pruebas de laboratorio pertenecen al grupo de tecnologías denominadas «little ticket tests»⁴, y son aquellas que individualmente resultan baratas, pero como se solicitan muy frecuentemente generan elevados costes al sistema sanitario.

Por otro lado, la solicitud de pruebas no indicadas genera también un número elevado de resultados falsos positivos, cuyos efectos pueden ser muy nocivos para el paciente. La propia naturaleza estadística de los valores de referencia poblacionales –por definición el 5% de la población sana posee valores patológicos– es una causa de valores falsos positivos. No obstante, solicitar pruebas en poblaciones con muy baja (o nula) sospecha de una enfermedad –es decir, poblaciones con baja prevalencia de enfermedad– potencia todavía más los resultados falsos positivos.

Dichos resultados anormales inesperados, y habitualmente no relacionados con la enfermedad sospechada, pueden conducir a 3 caminos o decisiones clínicas:

- Es posible que no se lleve a cabo ninguna otra acción médica, en el caso de que dicho resultado no concuerde con la sospecha diagnóstica ni con los datos de la historia y exploración física del paciente.
- Otra posibilidad es que se solicite de nuevo la exploración analítica.
- Y, finalmente, el resultado inesperado puede generar la solicitud de otras pruebas diagnósticas complementarias, generalmente más caras, o la derivación del paciente a la consulta de otro médico especialista.

Como de inicio el resultado era un falso positivo, se termina no hallando enfermedad alguna, pero se pueden crear una serie de situaciones como el denominado «síndrome de Ulises»⁵, el del paciente que sufre una Odisea de pruebas diagnósticas y consultas médicas; el descrito como «persona

con un valor de laboratorio anormal»⁶, que puede denominarse «enfermo imaginario», recordando a Molière. En cuanto al «síndrome de Ulises», el enfermo terminará agotado y ansioso pero diagnosticado como «sano» y además «creyéndose sano». Mucho más problemático es el enfermo que puede acabar convirtiéndose en «el enfermo imaginario». El individuo sano convertido en enfermo imaginario se convertirá en usuario habitual, no solo del laboratorio, sino de todo el sistema de salud, con las graves consecuencias que implica no solo a nivel individual, sino también al propio sistema sanitario.

El profesional del laboratorio, en constante comunicación y colaboración con el clínico que solicita las pruebas, deberá promover su uso adecuado y de esta forma lograr disminuir los efectos adversos relacionados con los resultados falsos positivos, en especial el enfermo imaginario. De esta manera, ayudará a mejorar la eficiencia diagnóstica y la seguridad del laboratorio y, por tanto, la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Hallworth MJ. The «70% claim»: what is the evidence base? *Ann Clin Biochem.* 2011;48:487–8.
2. Zaninotto M, Plebani M. The «hospital central laboratory»: automation, integration and clinical usefulness. *Clin Chem Lab Med.* 2010;48:911–7.
3. Rodríguez-Espinosa J. El laboratorio clínico: uso y abuso, modelos de gestión y gasto sanitario. *Med Clin (Barc).* 2005;125:622–5.
4. Moloney TW, Rogers DE. Medical technology: a different view of the contentious debate over costs. *N Engl J Med.* 1979;301:1413–9.
5. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J.* 1972;106:122–3.
6. Tryding N, Hultdin J, Larsson A. Continuing education is the correct way to influence the use of laboratory analyses. *Lakar-tidningen.* 2004;101:495–6.

Maria Salinas^{a,b,*}, Maite López-Garrigós^a
y Carlos Leiva-Salinas^c

^a Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

^b Departamento de Bioquímica y Patología Molecular, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: salinas_mar@gva.es (M. Salinas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.010>