

## Síndrome: uso inadecuado del término en la discusión diagnóstica

### Syndrome: Inadequate Use of the Term in the Diagnostic Discussion

**Agustín M. Mulet Pérez**

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología y en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la fase sindrómica constituye una importante etapa en el proceso de diagnóstico médico. Se observa empleo inadecuado del término "síndrome", en la discusión diagnóstica.

**Objetivo:** identificar si existe empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica, así como, sus principales manifestaciones.

**Métodos:** estudio observacional descriptivo con triangulación metodológica en un universo de la totalidad de pacientes egresados vivos de las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin, entre enero 2008-diciembre 2009. Del total de 4 520 expedientes clínicos se seleccionó de manera aleatoria de 400 (4,5% de error).

**Resultados:** se encontraron doce formas de manifestación del uso inadecuado del término síndrome las que se agruparon en cuatro grandes categorías: asignación impropia del término (denominar como síndrome a lo que solo es un síntoma, un signo físico o un resultado de laboratorio alterado); empleo inapropiado del síndrome (como un diagnóstico nosológico, en el diagnóstico diferencial nosológico); formulación imprecisa (empleo del calificativo más general, formulación incompleta); otras formulaciones inadecuadas (redundancia de síndromes en el planteamiento sindrómico, uso de calificativos propios del enfoque etiológico de una entidad

nosológica, empleo de calificativos propios de entidades nosológicas, falta de sustentación en el enunciado de síndrome).

**Conclusiones:** existe uso inadecuado del término síndrome que se manifiesta en diversas formas y que pudiera deberse a diferentes factores.

**Palabras clave:** síndrome, diagnóstico, discusión diagnóstica.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the syndrome phase constitutes an important stage in the medical diagnostic process. An inadequate use of the term syndrome is observed in the diagnostic discussion.

**Objective:** to identify whether there improper use of the term syndrome in the diagnostic discussion, as well as its main manifestations.

**Method:** a descriptive observational study with methodological triangulation was conducted. The universe comprised all alive patient discharged from the wards of Internal Medicine at Vladimir Ilich Lenin Teaching Hospital from January 2008 to December 2009. A random sample of 400 clinical records was selected of the total of 4520 files (4.5%).

**Results:** there were twelve ways of manifestation of the inadequate use of the term syndrome, that were grouped in four big categories: inappropriate assignment of the term (to denominate as syndrome the symptom, physical sign or an altered laboratory test); an inappropriate use of the syndrome (as a nosological diagnose, in the nosological differential diagnosis); imprecise formulation (an use of the most general term, incomplete formulation); other inadequate formulations (redundancy of syndromes in the syndrome statements, use of qualifying characteristic of the etiology of a nosological condition, employment of qualifying characteristic of nosological conditions, lack of sustentation in the enunciated of syndrome)

**Conclusions:** there are cases of inadequate use of the term syndrome that is manifested in diverse ways and that it could be due to different factors.

**Keywords:** syndrome, diagnosis, diagnostic discussion.

---

## INTRODUCCIÓN

El vocablo síndrome deviene de la palabra griega *σύνδρομη*, "simultaneidad" <sup>1</sup> y se conoce en la Medicina Clínica como el conjunto sintomático, con más precisión:

*"...un grupo de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas" <sup>2</sup>.*

Entre las fases del diagnóstico médico se encuentra la fase sindrómica, previa a la del diagnóstico nosológico <sup>3</sup>. La formulación adecuada del síndrome o de los síndromes desempeña una importante función en el proceso diagnóstico.

En un estudio exploratorio realizado por Mulet Pérez Agustín titulado *Empleo de los síndromes por los estudiantes de tercer y sexto año de Medicina* (datos no publicados) durante los exámenes prácticos de la asignatura Medicina Interna este autor observó, con una considerable frecuencia, el empleo inadecuado de este término en la discusión diagnóstica.

Este resultado motivó algunas interrogantes: ¿Existen casos de empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica de los pacientes ingresados en las salas de Medicina Interna del Hospital Vladimir Ilich Lenin? En caso de existir ¿Cuáles son sus principales formas de manifestarse?

Con el propósito de identificar si existe empleo inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas, así como, sus principales manifestaciones se realizó esta investigación.

## **MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo con triangulación metodológica en un universo que incluyó la totalidad de pacientes egresados vivos de las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin en el período entre enero 2008 a diciembre de 2009. Del total de 4 520 expedientes clínicos, de acuerdo con los datos registrados en el Departamento de Estadística de esa institución, se seleccionaron de manera aleatoria 400 expedientes que cumplieron como requisito estar completos e incluían la discusión diagnóstica.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula siguiente:

$$N= px(1-p)z^2 /n$$

Donde:

N= tamaño de la muestra

p= porcentaje de respuesta esperada

$z$  = factor asociado al nivel de confianza deseado 1,96

$E$  = margen de error en expresión decimal

Para una población de 4 500 unidades con una muestra de 400 expedientes clínicos, se admitió el 4,5% de error de acuerdo con la tabla para el cálculo de muestra con diversos niveles de error. Se procedió a la revisión de los expedientes clínicos, en particular de la discusión diagnóstica durante el año 2010, de donde se tomaron los datos pertinentes. Luego, sobre la base del análisis conceptual del término síndrome, mediante el empleo de los métodos teóricos de análisis-síntesis y de inducción- deducción se realizó la identificación del uso inadecuado del término síndrome, fundamentalmente en la discusión diagnóstica. Estos a su vez fueron agrupados en cuatro categorías diseñadas, sobre la base del estudio exploratorio previo, que se describen a continuación:

-Asignación impropia del término: se asigna el término síndrome a una manifestación aislada de la enfermedad o se formulan síndromes no reconocidos.

-Empleo inapropiado del síndrome: se emplea un síndrome en el lugar de una entidad nosológica

-Formulación imprecisa del síndrome: el síndrome es formulado de una manera muy general o inespecífica.

-Otras formulaciones inadecuadas: casos que no son contemplados en las categorías anteriores.

De las manifestaciones de uso inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica se determinó, mediante el uso de la Moda, el ejemplo más frecuente, en el caso de ser unimodal o los ejemplos más frecuentes, en el caso de las bimodales, dentro de cada una de las cuatro grandes categorías. Se realizó la computación manual de los datos registrados en la planilla confeccionada al efecto para evitar omisión, duplicidad o mal registro de los mismos. En el año 2011 se realizó el análisis con el empleo de la bibliografía consultada.

Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se obtuvo la autorización del Jefe de la Cátedra de Medicina Interna, así como del Jefe de Servicio y del Grupo de la Especialidad en los años analizados. No se divulgaron datos concernientes a la vida personal de los pacientes excepto en los referentes, en la recolección de los datos, a los nombres de los mismos y el número de

expediente o historia clínica. Tampoco se divulgaron los datos referentes a los Grupos Básicos de Trabajo que habían atendidos los pacientes de las historias clínicas analizadas.

## RESULTADOS

De la revisión de las discusiones diagnósticas realizadas en los expedientes clínicos seleccionados se identificaron doce principales formas de manifestarse el uso inadecuado del término síndrome, en las discusiones diagnósticas, agrupadas en las cuatro categorías propuestas. Las identificadas en la categoría: asignación impropia del término ([tabla I](#)) se subdividieron en dos subtipos:

1-Denominar como síndrome a lo que solo es (se señalan a continuación los ejemplos más frecuentes según la moda registrada):

- Un síntoma: (moda) síndrome doloroso abdominal en lugar del dolor abdominal como síntoma.
- Un signo físico: (moda) síndrome hepatomegálico en vez de la hepatomegalia como signo físico.
- Un resultado de laboratorio alterado: (moda) síndrome de hiperuricemia en lugar de la hiperuricemia como signo analítico.

2- Empleo de síndromes no reconocidos, establecidos o aceptados: (moda) síndrome de disfunción de las grasas para referirse a un caso de hiperlipoproteinemia primaria o secundaria.

**Tabla I.** Asignación impropia del término síndrome en las discusiones diagnósticas.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2008- Diciembre 2009

Manifestación	Ejemplo más frecuente*
1-Denominar como síndrome a lo que en realidad es: -Un síntoma	Síndrome doloroso abdominal
-Un signo físico	Síndrome hepatomegálico
-Un resultado alterado de un análisis de laboratorio	Síndrome de hiperuricemia
2-Empleo de síndromes no reconocidos, establecidos o aceptados	Síndrome de disfunción de las grasas

Fuente: expedientes clínicos

Leyenda: \* Moda encontrada.

En la categoría empleo inapropiado del síndrome ([tabla II](#)) se distinguen dos subtipos:

1-Utilización del síndrome como un diagnóstico nosológico: (moda) síndrome de Insuficiencia cardíaca en lugar de una cardiopatía isquémica aterosclerótica o de una cardiopatía hipertensiva.

2- Empleo de un síndrome en el diagnóstico nosológico diferencial: (moda) utilizar el síndrome nefrótico en el diagnóstico diferencial nosológico de una glomerulonefritis difusa aguda.

**Tabla II.** Empleo inapropiado del síndrome en la discusión diagnóstica.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2008- Diciembre 2009

Manifestación	Ejemplo más frecuente*
1-Utilizar un síndrome como si fuese un diagnóstico nosológico.	Síndrome de insuficiencia cardíaca
2-Usar un síndrome en el diagnóstico diferencial nosológico.	Síndrome nefrótico

Fuente: expedientes clínicos

Leyenda: \* Moda

En las asignadas a la categoría formulación imprecisa del síndrome ([tabla III](#)) se detectaron dos subtipos.

1-Empleo del calificativo más general según a la esfera a la que corresponde: (moda) plantear un síndrome psiquiátrico en lugar de un síndrome depresivo.

2-Formulación incompleta por no definir o precisar hasta donde sea posible el calificativo del síndrome: (moda) síndrome valvular o incluso valvular mitral en lugar de síndrome de insuficiencia mitral.

**Tabla III.** Formulación imprecisa del término síndrome en la discusión diagnóstica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2008- diciembre 2009

Manifestación	Ejemplo más frecuente*
1-Utilizar un calificativo general según a la esfera que corresponde.	Síndrome psiquiátrico
2-No especificar hasta donde sea posible el síndrome	Síndrome valvular o valvular

Fuente: expedientes clínicos

Leyenda: \* Moda

Otras formulaciones inadecuadas. En esta categoría ([tabla IV](#)) se agruparon las siguientes:

1-Redundancia de síndromes en el planteamiento sindrómico. Moda: Plantear un síndrome febril de corta duración junto al de síndrome de condensación inflamatoria pulmonar lobar cuando aquel es un subconjunto de este.

2- Uso de calificativos propios del enfoque etiológico de una entidad nosológica. Moda: síndrome de condensación inflamatoria pulmonar lobar extrahospitalaria como si se tratara de un diagnóstico nosológico, en este caso de neumopatía inflamatoria aguda bacteriana de causa extrahospitalaria.

3- Empleo del término con calificativos propios de entidades nosológicas en lugar del síndrome que corresponde. Moda: síndrome epiléptico en lugar de síndrome convulsivo

4- Falta de sustentación en el enunciado del síndrome. Moda: ausencia en el planteamiento de cada síndrome de la mención de los síntomas subjetivos y objetivos que lo fundamentan asumiendo que deben encontrarse en la Historia clínica y en el resumen de la anamnesis y de los datos positivos en el examen físico que precede al enunciado sindrómico.

**Tabla IV.** Otras formulaciones inadecuadas del término síndrome en la discusión diagnóstica.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2008- diciembre 2009.

Manifestación	Ejemplo más frecuente*
1- Redundancia de síndromes en el planteamiento sindrómico.	Síndrome febril de corta duración y Síndrome de condensación I.P.L. **
2- Uso de calificativos propios del enfoque etiológico de una entidad Nosológica	Síndrome de condensación I.P.L. ** extrahospitalaria.
3- Uso del término con calificativos propios de entidades nosológicas.	Síndrome epiléptico
4- Falta de sustentación en el enunciado del síndrome	No se describen los síntomas y signos físicos para enunciar el síndrome.

Fuente: Expedientes clínicos. Leyenda: \* Moda \*\* inflamatoria pulmonar lobar

## DISCUSIÓN

A partir de la etapa sintomática y signológica, dentro de las fases del diagnóstico médico según las clasifica Ilizástigui <sup>3</sup>, se arriba a la fase sindrómica en la que se reúnen un grupo de síntomas, signos físicos o ambos que al estar relacionados pueden constituir síndromes. Estos permiten llegar a la conclusión de que reflejan una afección de una parte determinada del organismo <sup>3</sup>. Fase sindrómica que puede ir seguida o no de la fase topográfica, en la que el médico logra ubicar la lesión en un órgano o en una de sus partes como sucede con el síndrome hemipléjico y sus variantes topográficas.

A continuación viene la fase de hipótesis diagnóstica nosológica la cual es sometida, si así lo requiere, a la contrastación con los resultados de los exámenes complementarios, la evolución de la enfermedad en el paciente o incluso, en ocasiones es necesario el diagnóstico terapéutico de Hufeland. De la correspondencia o no de los resultados de la contrastación con la hipótesis se constituye la fase de diagnóstico nosológica propiamente dicha. En este proceso también están inherentes las fases funcional, lesional, patogénica, etiológica, evolutiva y pronóstica.

La fase sindrómica constituye un eslabón importante en la discusión diagnóstica. Ella contribuye a determinar cuál o cuáles son las afecciones que padece el enfermo. De aquí la importancia de un apropiado planteamiento del síndrome o de los síndromes, cuando existen los requisitos para hacerlo. La utilización inadecuada del término síndrome o de este en sí hace que pierda su funcionalidad.

Rodríguez Rivera insiste sobre la importancia del diagnóstico sindrómico como paso capital previo al diagnóstico nosológico que es muchas veces olvidado, en ocasiones tergiversado. En este abandono puede haber influido el uso inadecuado de los síndromes<sup>4</sup>. El término síndrome como concepto se refiere a un conjunto de síntomas y signos que presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad, pero que puede obedecer a múltiples causas<sup>2</sup>.

Al hacer un análisis del concepto síndrome se observa entre sus componentes la palabra grupo, es decir más de uno, que lo tipifica. Este grupo o conjunto se refiere a síntomas y signos que concurren o en un criterio más flexible a conjunto de síntomas o de signos físicos. El otro aspecto del análisis conceptual radica en que estos síntomas y signos coexisten temporalmente con frecuencia y de una manera tal que les confiere una individualidad.

Hay una tendencia creciente y desmedida al uso del término síndrome calificando como tal a síntomas o signos aislados. Entre los factores contribuyentes, al fomento de esa práctica, pudieran estar: el criterio erróneo de que calificar como síndrome a un síntoma o a un signo le otorga una mayor categoría y la creencia de que no se puede realizar una discusión diagnóstica a partir de un síntoma o de un signo físico ni llegar a las posibilidades diagnósticas nosológicas sin antes transitar por los síndromes.

Es el caso del síntoma dolor abdominal que ha sido transformado por algunos, de manera desacertada, en síndrome doloroso abdominal. No es lo mismo referirse en sentido general a los síndromes dolorosos abdominales en los cuales la característica fundamental es la presencia de dolor, pero este se acompaña de otros síntomas y signos. Dentro de los síndromes centrados en la presencia de dolor abdominal, de acuerdo con los restantes síntomas y signos físicos presentes,

se pueden distinguir por ejemplo, el síndrome peritoneal, el síndrome perforativo, y el síndrome obstructivo de la clínica quirúrgica o el síndrome dispéptico tipo ulceroso de la clínica gastroenterológica.

La presencia de otros síntomas, signos o ambos que acompañan al síntoma dolor, le otorga determinada singularidad, que le permite calificarlo como tal, así como una mayor especificidad diagnóstica. La existencia de un conjunto de síntomas, signos o ambos coexistiendo temporalmente y vinculados patogénicamente con el síntoma dolor permite estrechar el campo de las posibilidades diagnósticas.

Pero el dolor abdominal, sin los requisitos para integrar un síndrome, es un síntoma. A partir del mismo, y de acuerdo con su semiografía, y sus probables semiodiagnósticos se puede elaborar una hipótesis diagnóstica. El añadirle el término síndrome no va a contribuir a precisar el diagnóstico. Cuando el síntoma, digamos el propio dolor abdominal adquiere una categoría de síndrome debe implicar que las probables causas se reduzcan al mínimo posible.

Lo mismo ocurre con plantear síndrome doloroso precordial en lugar de dolor precordial. Este como síntoma tiene a su vez las modalidades de dolor precordial simple, algia precordial y dolor anginoso <sup>2</sup>. Por supuesto cuando se dispone de otros elementos entonces se integra en el síndrome de insuficiencia coronaria.

Por otra parte hay dolores como el dolor abdominal tipo cólico biliar cuya peculiar semiografía le confiere una considerable especificidad a partir del cual se puede plantear una hipótesis diagnóstica nosológica. Un elemento de interés es el de los síntomas acompañantes. Y aquí cabe preguntarse ¿hasta dónde un síntoma, con otros síntomas asociados, permanece solo como un síntoma o alcanza la categoría de síndrome?

El dolor tipo cólico nefrítico por su rica semiografía en la que se destacan la localización, la intensidad, la irradiación, el modo de aparición y de calmarse, la no modificación postural y los síntomas acompañantes como elementos que le confieren singularidad y que obedece a un número reducido de causas, vinculadas patogénicamente, presenta atributos que lo acercan a constituirse como un síndrome sin embargo es descrito y el uso lo ha sancionado como un síntoma <sup>5</sup>.

De manera similar a lo que sucede con ciertos síntomas pasa también con algunos signos físicos. La hepatomegalia es un signo físico o síntoma objetivo que puede ser parte integrante de diversos síndromes como: insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca congestiva a predominio derecho o

global, ictericia colestásica entre otros. Pero sin otros síntomas o signos físicos asociados no es un síndrome.

Sin embargo hay textos como en el Manual de la enseñanza de la clínica, empleado en la Maestría de Educación Médica Superior <sup>6</sup>, en el que se menciona entre las habilidades diagnósticas del nivel de asimilación aplicación la identificación, entre otros, del síndrome pulmonar hemoptoico y del síndrome hepatomegalico que corresponden a un síntoma, hemoptisis, y a un signo hepatomegalia, respectivamente.

El adjudicar el término de síndrome a un síntoma, a un signo físico o analítico, o el empleo del término para síndromes no reconocidos o establecidos constituyen las manifestaciones más frecuentes de asignación impropia. Al referirse al síndrome doloroso abdominal y al síndrome hepatomegálico el Profesor Moreno Rodríguez, brillante defensor del método clínico y autor del ya clásico libro *El arte y la ciencia del diagnóstico medico* plantea que estos síndromes no existen y no dicen nada y precisa que <sup>7</sup>: “el síndrome es un conjunto de síntomas y signos causal, fisiopatológica o topográficamente relacionados; su construcción no debe forzarse de manera artificial”.

Como bien aclaran Herrera Galiano y Serra Valdés <sup>8</sup> existen discusiones diagnósticas, centradas en la semiología, que parten del análisis de un síntoma o de un signo como es el caso, entre otros, de una hemoptisis o de una disfagia. En esos casos no se puede seguir el proceso de la discusión diagnóstica a partir de un síndrome.

Algo similar ocurre con pretender, sin existir elementos para ello, conformar un síndrome a partir de un resultado alterado de una prueba de laboratorio como es el caso de la hiperuricemia, la cual *per se* constituye un signo analítico aislado. Al respecto plantean Herrera Galiano y Serra Valdés que existen discusiones diagnósticas centradas en investigaciones paraclínicas donde la persona que presenta la alteración en el examen complementario no tiene síntomas<sup>8</sup>.

En las consultas especializadas de gastroenterología clínica se atienden, con una considerable frecuencia, a pacientes asintomáticos que acuden por unas cifras de aminotransferasas (transaminasas) elevadas. En esos casos se debe plantear una hipertransaminemia y a partir de su análisis tratar de establecer el posible diagnóstico nosológico y etiológico. Algo similar ocurre en pacientes asintomáticos a quienes se les ha detectado un anticuerpo al virus de la hepatitis C positivo o un aumento de la ecogenicidad hepática en un ultrasonido diagnóstico <sup>9</sup>.

En otro sentido del uso inadecuado del síndrome se encuentra su empleo inapropiado como un diagnóstico nosológico positivo o en el diagnóstico diferencial nosológico. El empleo del síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva, como un diagnóstico nosológico, pudiera deberse a que dos de sus principales causas es la cardiopatía isquémica aterosclerótica y la hipertensión arterial.

La primera se vincula al infarto cardíaco como enfermedad y la segunda se asume como hipertensión arterial *per se*. El síndrome de insuficiencia cardíaca, al ser un síndrome de los llamados duros, con una alta especificidad, adquiere una connotación que predispone a identificarlo como una entidad nosológica propiamente dicha. Y así aparece incluso en artículos especializados de prestigiosos autores al tratar el tema de la discusión diagnóstica <sup>8</sup>.

El empleo del síndrome nefrótico en el diagnóstico diferencial nosológico de una glomerulonefritis difusa aguda (GNDA) es inapropiado. En todo caso en el planteamiento sindrómico se debería diferenciar el síndrome nefrítico del nefrótico. Y en el diagnóstico diferencial nosológico diferenciar la GNDA con otras afecciones capaces de manifestarse de manera parecida, como un síndrome nefrítico.

Un empleo inadecuado, de especial interés, es el de la formulación imprecisa, ya sea por el empleo de un calificativo general según la esfera que corresponde, que adolece de inespecificidad, o el de una formulación incompleta, en la que no se define todo lo que sea posible el síndrome.

Este planteamiento incompleto, impreciso, en lugar de facilitar el planteamiento de una hipótesis diagnóstica lo dificulta. Si un paciente presenta los síntomas y signos de un síndrome depresivo no tiene sentido plantear un síndrome psiquiátrico, que no aporta nada al diagnóstico en sí de las manifestaciones psiquiátricas. Por el contrario el síndrome depresivo ya sea a un nivel de funcionamiento neurótico o psicótico obedece a un determinado grupo de causas ya sean entidades nosológicas psiquiátricas u afecciones orgánicas que pueden debutar con este síndrome.

Alonso Chil, citado por Rodríguez Rivera, señala que los términos epónimos "síndrome respiratorio", "síndrome digestivo", "síndrome neurológico" o "síndrome psiquiátrico" no dicen nada ni ayudan al diagnóstico <sup>4</sup>. Este tipo de síndromes, plantea Rodríguez Rivera, pudieran denominarse "síndromes blandos". Algo similar considera Moreno Rodríguez <sup>10</sup>. En cambio, los síndromes duros, cuando son bien determinados, permiten excluir desde un inicio un grupo de enfermedades y facilitan al clínico, sea internista o no, llegar al diagnóstico nosológico. Ejemplos de síndromes duros son: síndrome ascítico, síndrome disentérico, síndrome de malabsorción intestinal, y el síndrome icterico colestásico o síndrome colestásico, entre otros.

Moreno Rodríguez extiende la acepción de síndrome blando a aquel cuyo valor diagnóstico es pobre y diluido. Pone como ejemplo el dispéptico-hiposténico. Pero aclara que hay síndromes que, según su magnitud y el contexto, pueden comportarse unas veces como blandos y otras como duros como pudiera suceder con el síndrome anémico, el hidropígeno y el ictérico <sup>10</sup>.

De igual modo plantear un síndrome valvular mitral en lugar de un síndrome de insuficiencia mitral cuando los datos del interrogatorio y del examen físico permiten esta precisión, no contribuye al diagnóstico nosológico. Tanto en el caso anterior como en este le restan funcionalidad diagnóstica al planteamiento sindrómico. Más impreciso aun es plantear síndrome de disfunción valvular (que no es lo mismo que disfunción protésica valvular) sin precisar la válvula en cuestión afectada.

Otras formulaciones inadecuadas, con menor o mayor repercusión en el proceso diagnóstico, están dadas por la redundancia de síndromes en el planteamiento sindrómico, el uso de calificativos propios del enfoque etiológico de una entidad nosológica, el empleo de calificativos propios de entidades nosológicas en vez del síndrome que corresponde y la falta de sustentación en el enunciado del síndrome.

Moreno Rodríguez considera que la redundancia en el planteamiento de síndromes, incluso, como ya se ha comentado, de muchos que no constituyen verdaderos síndromes, es una tendencia frecuente en estudiantes, internos y médicos inexpertos. Recomienda que se debe determinar cuál síndrome es el más apropiado para sustentar el análisis, la discusión y el razonamiento diagnóstico. De forma ideal, de ser el caso, con un síndrome de los llamados sombrilla que engloba como debajo de una sombrilla, a otros de variable pero en general menor especificidad para el caso en cuestión. Ejemplos de síndromes sombrilla son los síndromes de: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal e insuficiencia hepática. Si esto no es posible entonces se deben seleccionar los que puedan tener más especificidad<sup>10</sup>.

En aquellos casos de que no sea posible conformar ningún síndrome se debe escoger un síntoma o un signo físico para efectuar el análisis que llevará al planteamiento del diagnóstico nosológico. Para ello se debe elegir el de mayor jerarquía en el cuadro clínico del paciente el cual no siempre está en una relación directa con lo que se manifiesta como principal queja o malestar. De acuerdo con ello se postula la hipótesis diagnóstica que será sometida a la contrastación ya sea con los exámenes complementarios, con la evolución o con la respuesta terapéutica.

Las relaciones entre un signo clínico (en su más amplio sentido tanto de síntomas subjetivos como objetivos o signos físicos) y el proceso morboso correspondiente puede ser analizado desde el

punto de vista de la semántica <sup>11</sup>. Morris, citado por Cabrera y Gaxiola <sup>11</sup> ha delimitado tres campos de la semiosis correspondientes a: la relación sintáctica (relación signo-signo); la relación semántica (signo-significado) y la relación pragmática (signo-interpretador). A su vez reconoce la interdependencia entre ellos <sup>12</sup>.

Cabrera y Gaxiola plantean que, si bien muchos semánticos han querido otorgar la categoría de primario al signo y de secundario a lo significado, el médico reconoce la patología como primario y el signo clínico como derivado. Señalan además que los enlaces entre signo y significado no son inmutables<sup>11</sup>. Por ello hay que enfocar el enlace patología-signo como un problema de la Semántica pero hacerlo no solo desde un punto de vista estático sino también dinámico.

La patología y la semiología se ven pues interrelacionadas de forma doble. Un lado de esta doble relación radica en la capacidad de un proceso morboso para producir un signo determinado. En el otro lado se encuentra la capacidad de un signo para sugerir determinada afección.

La semiogénesis (territorio donde se imbrica la patología y la semiología) denomina entonces la capacidad del proceso patológico de engendrar síntomas como consecuencia de los eventos patógenos. Esta capacidad de originar síntomas subjetivos y objetivos, es decir signos en su más amplio sentido, es lo que hace reconocible a la enfermedad. De ahí su gran importancia. Por su parte la capacidad de un signo para sugerir una determinada afección pertenece al campo de la semiología médica en particular al semiodiagnóstico. Su interés radica en que hace expresivo al signo.

En el caso del síndrome como conjunto no casual de síntomas subjetivos, objetivos o ambos que concurren, adquiere una especial relieve como conjunto de signos que se interrelacionan de una manera tal que alcanza una connotación de suprasigno pues, de la adición dinámica de sus diferentes elementos, deviene en una mayor capacidad expresiva de una enfermedad. La presencia del síndrome debe poseer, por lo general, una mayor capacidad para sugerir la existencia de una determinada afección que un síntoma o signos aislados o inconexos. En ello radica el valor semiológico del síndrome para arribar al diagnóstico nosológico.

Existe un antagonismo entre el poder semiogénico de un proceso patológico y el poder semiológico del signo. Cabrera y Gaxiola expresan el poder semiogénico del proceso patológico como un coeficiente K1 (el porcentaje de casos con una determinada enfermedad que alcanzan a manifestar determinado signo) que como bien aclaran no tienen que igualar el poder semiológico del signo que se puede expresar como el Coeficiente K2 (equivalente al número de casos que con un determinado signo sugieren de manera acertada una determinada afección) <sup>11</sup>.

Un alto poder semiogénico otorga sensibilidad al signo y disminuye las probabilidades de que la enfermedad permanezca sin diagnosticar. A su vez un alto poder semiológico concede especificidad al signo y disminuye la probabilidad de error diagnóstico. Por ende el valor del signo clínico hay que apreciarlo de forma dual. Debe poseer una alta sensibilidad y una alta especificidad. Pero, como se sabe, a medida que se eleva la sensibilidad tiende a disminuir la especificidad y viceversa.

Ello funciona también para los síndromes. A medida que el síndrome es más sensible, por ejemplo el síndrome febril, disminuye la especificidad. Por tanto el poder sindromogénico del proceso morboso no se corresponde con un alto poder sindromológico. Retomando el tópico del síndrome sombrilla, Moreno Rodríguez refiere que hay síndromes que cobijan como debajo de un paraguas u de una sombrilla a otros de mayor o menor relevancia. Un ejemplo que utiliza es el que, a continuación, citamos textualmente:

*“En un enfermo con diarreas agudas, febrícula de evolución prolongada , con edemas en miembros inferiores, ascitis, íctero, hepato-esplenomegalia, palidez, estupor, flapping tremor, fetor hepaticus, petequias y equimosis cutáneas, arañas vasculares y eritema palmar pudieran plantearse los siguientes síndromes: diarreico, febril, hidropígeno, icterico, anémico, hepato-esplénico, purpúrico-hemorrágico y de degradación de la conciencia; pero es mucho más conveniente plantear exclusivamente un síndrome de insuficiencia hepática, y por su intermedio, ir a la búsqueda del diagnóstico, que de esta forma se alcanzará más fácil y racionalmente”<sup>10</sup>.*

Es evidente que una vez establecido el diagnóstico de insuficiencia hepática crónica las posibilidades diagnósticas nosológicas se reducen y es más factible precisar, con mayor probabilidad y certeza, el diagnóstico nosológico que con cualquiera de los síndromes que fueron englobados bajo el síndrome de insuficiencia hepática. Entre los posibles factores que contribuyen al empleo inadecuado del término síndrome, en las discusiones diagnósticas, pudieran estar, entre otros, los siguientes:

-Se ha perdido el verdadero sentido del papel que debe desempeñar el síndrome en el proceso del razonamiento diagnóstico

-Se considera que es un requisito formal obligatorio plantear síndromes en la discusión diagnóstica aunque no existan los elementos requeridos para formularlos; tal vez por el criterio erróneo que no es posible realizar una hipótesis diagnóstica nosológica a partir del análisis de un síntoma subjetivo, un síntoma objetivo o signo físico o un resultado alterado de laboratorio (signo analítico) incluso en un paciente asintomático.

-Existe confusión entre el diagnóstico diferencial sindrómico y el diagnóstico diferencial nosológico.

-Incorrecto aprendizaje de los educandos que redactan las discusiones diagnósticas.

-Falta de supervisión, por los integrantes más calificados, del grupo básico de trabajo: Profesor o especialista o en su defecto residentes de último año, de las discusiones diagnósticas escritas.

-La preponderancia del enfoque tecnológico en el diagnóstico, con el abandono del método clínico, hace que se le reste importancia al apropiado empleo de los síndromes. Lo que interesa es tener un diagnóstico nosológico, con el recurso de los exámenes complementarios, para tomar una conducta a seguir.

- Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores nacionales e internacionales.

Entre los muchos ejemplos, que se pueden comentar sobre la probable influencia del empleo inadecuado del término síndrome por el uso ambiguo del término en artículos, están el síndrome clínico-judicial y el síndrome del recomendado.

El Dr Albert Agrest en su comentario sobre el artículo Síndrome clínico-judicial publicado por Young y coautores <sup>13</sup> objeta el empleo del término síndrome dado que como bien especifica: "síndrome es un conjunto de síntomas que puede obedecer a distintas causas", cuando aquí se trata de "una causa" capaz de desencadenar, de provocar distintas manifestaciones por lo cual me parecería más apropiado quizás llamarlo "desorden clínico-judicial" <sup>14</sup>.

Otro ejemplo de uso ambiguo incluyendo una definición también ambigua está en el artículo llamado *Síndrome del recomendado* en el que los autores plantean que el concepto médico de "síndrome" es decir "conjunto de síntomas característicos de una enfermedad" (el subrayado es nuestro) se aplica a diversos avatares del quehacer clínico diario que no son precisamente entidades nosológicas pero que se suelen presentar de manera similar. Uno de los que se puede encontrar en la práctica habitual es lo que se ha dado en llamar "síndrome del recomendado" <sup>15</sup>.

Como asevera Jablonski síndrome es "una de las palabras más antiguas que con mayor frecuencia se ha utilizado y mal empleado en el vocabulario médico moderno" <sup>1</sup>. Por ende, la formulación

inadecuada del término síndrome podría añadirse a los ejemplos de ambigüedad, variación e indeterminación semántica en el léxico médico.

## CONCLUSIONES

Existen casos de uso inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica que se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: asignación impropia del término; empleo inapropiado del síndrome; formulación imprecisa del término y otras formulaciones inadecuadas. Categorías integradas a su vez por doce formas de manifestarse el uso inadecuado del término.

El uso inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica pudiera deberse a diversos factores contribuyentes, entre ellos: el deterioro del método clínico, por la preponderancia del enfoque tecnológico, junto al uso ambiguo e impreciso del término en la literatura médica tanto nacional como internacional que ha conllevado en ocasiones a percibir su uso como un requisito formal, más por convención que por convicción, en la realización de una discusión diagnóstica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jablonski S. Síndrome: un concepto en evolución. ACIMED. 1995 [citado 3 jul 2015]; 3(1): 30-38. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94351995000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351995000100006&lng=es)
2. Llanio Navarro R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
3. Ilizástigui Dupuy F. Consideraciones teóricas acerca del diagnóstico médico en su Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
4. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
5. Llanio Navarro R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica. t 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
6. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasa J. Manual de la Enseñanza de la Clínica. Maestría Educación Médica Superior. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2000.

7. Moreno Rodríguez M. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
8. Herrera Galiano A, Serra Valdés MA. El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina. Rev Habanera Cienc Méd. 2011 [citado 7 jul 2015]; 10(1): 126-134. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2011000100017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100017&lng=es)
9. Mulet Pérez A. Historia clínica gastroenterológica en Gastroenterología y Hepatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
10. Moreno Rodríguez M. El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
11. Cabrera E, Gaxiola A. Las relaciones semánticas entre patología y signo. Seminario de problemas científicos y filosóficos. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1987.
12. Morris CW. Fundamentos de la teoría de los signos. México: Ediciones Paidós; 1958.
13. Young P, Finn B, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Síndrome clínico-judicial. Medicina. 2011 [citado 13 dic 2014]; 71(5). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802011000700021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802011000700021&script=sci_arttext)
14. Agret A. Síndrome clínico-judicial. Medic. 2001; 72: 184-187.
15. Sanz Rubiales A, Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernan Sanz de la Calle S, García Recio C, López Lara Martín F. El síndrome del recomendado. An Med Int. 2002 [citado 7 jul 2015]; 19(8): 54-57. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992002000800010&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000800010&lng=en)

Recibido: 27 de enero de 2015

Aprobado: 7 de julio de 2015

Dr.C. *Agustín M. Mulet Pérez*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: [agustin@hvil.hlg.sld.cu](mailto:agustin@hvil.hlg.sld.cu)