

ARTÍCULO ORIGINAL

Síndrome. Empleo inadecuado del término en la Discusión Diagnóstica. Semejanzas y divergencias en el criterio de expertos

Inappropriate use of the term Syndrome in the Diagnostic Discussion. Similarities and divergences in the criterion of experts

Agustín M. Mulet Pérez¹, Agustín M. Mulet Gámez², Jorge González Ferrer³

1. Dr. C. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología y en Medicina Interna. Profesor Titular de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Cardiología. Cardiocentro .Hospital Hermanos Ameijeiras. Habana. Cuba.
3. Doctor en Ciencias Agropecuarias. Licenciado en Matemáticas. Profesor Titular de Estadísticas. Universidad de Guayaquil. Ecuador.

RESUMEN

Introducción: hay casos de uso inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica, en el Hospital Universitario V.I. Lenin de Holguín, lo que puede deberse a diversos factores.

Objetivo: identificar, según el criterio de expertos, si existen en otras provincias de Cuba casos de uso inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica, su repercusión negativa en el diagnóstico médico, principales manifestaciones del uso inadecuado, probables causas, necesidad de consenso y de reemplazo conceptual.

Métodos: estudio observacional descriptivo con triangulación metodológica. Muestra intencionada de 15 expertos de diferentes provincias, profesores auxiliar o titular, máster, doctor en ciencias o ambos y especialistas de primer o segundo grado en medicina interna, quienes contestaron, por

vía electrónica, una encuesta con diversos ítems y preguntas, tipo Escala Likert. La encuesta fue validada estadísticamente, los datos fueron procesados con uso de la mediana y de cuartiles mediante: test de Anova, coeficiente de correlación de Kendall y análisis clúster.

Resultados: la mayoría de expertos concordaron en que existen casos de uso inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas, su negativa repercusión en el diagnóstico médico, posibles causas, necesidad de consenso con algunas divergencias, entre tres grupos de expertos, respecto a formas de manifestarse, otros factores influyentes y en especial sobre la ampliación del concepto síndrome, mediante la inclusión de signos propios de los exámenes complementarios, y su posible consecuencia en el algoritmo del método clínico.

Conclusiones: aunque la mayoría de expertos concordaron sobre la existencia de uso inadecuado del término síndrome y otros aspectos relacionados, la existencia de divergencias, en especial sobre el reemplazo conceptual del término y su repercusión en el proceso diagnóstico hace plantear la existencia de una escuela heterodoxa (minoría), una escuela ortodoxa o tradicional (mayoría) y una escuela ecléctica, intermedia en número de expertos.

Palabras clave: síndrome, diagnóstico médico, discusión diagnóstica, reemplazo conceptual.

ABSTRACT

Introduction: there have been cases of misuse of the term syndrome in diagnostic discussion at the University Hospital of Holguin V.I. Lenin, which may be due to several factors.

Objective: to identify, according to expert criteria, if there are cases of inappropriate use of the term syndrome in the diagnostic discussion in other provinces of Cuba, its negative repercussion in the medical diagnosis, main manifestations of the inadequate use, probable causes, need of consensus and of conceptual replacement.

Method: descriptive observational study with methodological triangulation. Intentional sample of 15 experts from different provinces, assistant or master professors, master, doctor of science or both and specialists of first or second degree on internal medicine, who answered, electronically, a survey with various items and questions, Likert Scale. The survey was statistically validated; the data were processed using the median and quartiles using: anova test, Kendall correlation coefficient and cluster analysis.

Results: the majority of experts agreed that there are cases of inadequate use of the term syndrome in diagnostic discussions, its negative repercussion in the medical diagnosis, possible causes, need for consensus with some divergences, among three groups of experts, regarding forms of manifestation, other influential factors and especially on the extension of the syndrome concept, through the inclusion of signs of complementary examinations and their possible consequence in the algorithm of the clinical method.

Conclusions: although most experts agreed on the existence of inappropriate use of the term syndrome and other related aspects, the existence of divergences, especially on the conceptual replacement of the term and its repercussion in the diagnostic process, suggests the existence of a heterodox school (minority), an orthodox or traditional school (majority) and an eclectic school, intermediate in number of experts.

Keywords: syndrome, medical diagnosis, diagnostic discussion, conceptual replacement.

INTRODUCCIÓN

Síndrome, de su función tradicional como término exclusivamente médico ha devenido en un vocablo para denotar todo aquello que sea extraño, fuera de lo común, o incluso humorístico, ya sea desde el punto de vista médico o de la conducta individual, social o cultural.

No existe una definición única que refleje adecuadamente todas las variantes de uso del término síndrome. Pero ¿cuál es y cuál debe ser su significado y alcance en el proceso del Diagnóstico Médico en la Práctica Clínica?

De acuerdo con Ilizásteguy Dupuy¹ las fases del diagnóstico médico se pueden dividir en: sintomática y signológica; sindrómica; topográfica; nosológica; funcional o fisiopatológica, lesional o anatomopatológica; patogénica; etiológica o causal; evolutiva y pronóstica. En la fase sindrómica se reúnen un grupo de síntomas, signos o ambos y se relacionan entre sí para llegar a la conclusión de que reflejan la afección de una parte determinada del organismo.

En una investigación exploratoria con estudiantes de tercer y de sexto año de Medicina realizada en exámenes teórico-prácticos de la asignatura Medicina Interna (Empleo de los síndromes por estudiantes de tercer y sexto año de Medicina, Mulet Pérez A. Datos no publicados. Salas de Medicina Interna. Hospital Universitario V. I. Lenin, 2005-2008), así como en un trabajo observacional descriptivo de los expedientes clínicos de pacientes egresados vivos, de salas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario V. I. Lenin, se registraron diversas formas de manifestarse el empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica, lo que pudiera deberse a diversos factores.²

Resultados que llevan a plantear las siguientes interrogantes:

- ¿Existen casos de empleo inadecuado del término síndrome en la discusión diagnóstica, en otras provincias del país, según el criterio de expertos en el tema?
- ¿Coinciden o no los expertos en el tema sobre: la formulación inadecuada de los síndromes en la discusión diagnóstica repercute de forma negativa sobre su utilidad funcional en el proceso diagnóstico; las formas de manifestarse el uso inadecuado del término en la discusión diagnóstica; sus posibles causas; necesidad de llegar a un consenso; y la conveniencia de reformular la definición de síndrome en función del diagnóstico médico?

MÉTODO

Estudio observacional con triangulación metodológica, y la colaboración de un grupo de expertos en el tema procedentes de diversas provincias del país.

De la totalidad de posibles expertos en el tema dentro del país se seleccionó una muestra intencionada con los siguientes requisitos de selección:

- Ser especialista de primer, segundo grado, o ambos, en Medicina Interna.
- Experiencia profesional de 15 años como mínimo.
- Categoría docente de Profesor Auxiliar o mayor.
- Tener título académico de Máster o grado científico de Doctor en Ciencias de determinada especialidad.
- Dispuestos a cooperar.

Caracterización de la muestra.

Con estos criterios se conformó una muestra intencionada de 15 expertos procedentes de las provincias: Holguín, Santiago de Cuba, Las Tunas, Granma, Camagüey, Sancti Espíritus, Matanzas y Ciudad de La Habana.

Especialistas de Segundo Grado: 14

Especialistas de Primer Grado: 15

Profesores Consultantes: 3

Profesores Titulares: 5

Profesores Auxiliares: 10

Doctor en Ciencias: 1

Doctores en Ciencias Médicas: 6

Máster en Ciencias: 13

A cada uno de los expertos se le envió un cuestionario por vía electrónica con VII ítems

Ítems:

-I. Concepto de síndrome

-II. Utilidad y empleo del síndrome en la práctica clínica

-III. El uso inadecuado de los síndromes puede manifestarse de las formas siguientes:

-IV. Entre los factores que pudieran contribuir al empleo inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas pudieran estar:

-V. Entre otros factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en la práctica clínica están:

-VI. De acuerdo con su criterio sería necesario:

-VII. Con respecto al concepto de síndrome:

Cada ítem a su vez contenía diversos enunciados relacionados con el tópico en particular del ítem:

I. Concepto de síndrome:

- a) Se define como síndrome el conjunto de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas.
- b) Otra definición de síndrome es el conjunto de síntomas y signos, relacionados temporal y patogénicamente, que puede ser expresivo de diferentes enfermedades.
- c) Otro u otros que usted considere

II. Utilidad y empleo del síndrome en la práctica clínica.

- a) La formulación inadecuada de los síndromes hace que pierdan su utilidad funcional en el proceso diagnóstico.
- b) En la actualidad se observa con cierta frecuencia un uso inadecuado de los síndromes en algunas discusiones diagnósticas.

III. El uso inadecuado de los síndromes puede manifestarse de las formas siguientes:

- a) Denominar como síndrome a lo que es en realidad un síntoma.
- b) Denominar como síndrome a lo que es en realidad un signo físico o síntoma objetivo.
- c) Añadir atributos o calificativos a un síndrome que son más apropiados para el enfoque etiológico de la entidad nosológica.
- d) Emplear el término síndrome con el calificativo más general de la esfera afectada cuando el paciente presenta síntomas subjetivos, objetivos o ambos que corresponden a un síndrome determinado.
- e) No especificar hasta donde sea posible, mediante el apellido o calificativo requerido.
- f) Describir más de un síndrome en el resumen de una discusión diagnóstica de un paciente cuando uno de ellos es un subconjunto del otro.

- g) Emplear el término síndrome con calificativos propios de entidades nosológicas en vez del síndrome que corresponde.
- h) Utilizar como diagnóstico nosológico lo que en realidad es un síndrome.
- i) Empleo de síndromes no reconocidos, establecidos o aceptados como tal, en el resumen sindrómico con términos que guarde cierta semejanza con una entidad nosológica.
- j) Darle categoría de síndrome a un resultado alterado de un examen de laboratorio.
- k) Ausencia en el planteamiento de cada síndrome de la descripción o la mención de los síntomas subjetivos y objetivos que lo fundamentan.
- l) Emplear un síndrome en el diagnóstico diferencial nosológico.
- m) Otro criterio

IV. Entre los factores que pudieran contribuir al empleo inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas pudieran estar:

- a) Se ha perdido el verdadero sentido del papel que debe desempeñar el síndrome en el proceso del razonamiento diagnóstico.
- b) Se le adjudica el término síndrome a un síntoma o a un signo aislado por considerar:
 - 1- Que le otorga una mayor jerarquía diagnóstica
 - 2- Que es un requisito formal obligatorio plantear síndromes en la discusión diagnóstica aunque no existan los elementos requeridos para formularlos.
 - 3- Considerar que no es posible realizar un diagnóstico nosológico a partir del análisis de un síntoma o un signo aislado.
- c) Se considera que es necesario enunciar un síndrome en un paciente, sin manifestaciones clínicas, que tenga cierta correspondencia con un resultado de laboratorio alterado para poder realizar una discusión diagnóstica.

- d) Existe confusión entre el diagnóstico diferencial sindrómico y el diagnóstico diferencial nosológico.
- e) Por un incorrecto aprendizaje de los educandos que redactan las discusiones diagnósticas.
- f) Falta de supervisión de las discusiones diagnósticas escritas por los integrantes del grupo básico de trabajo más calificado: especialista o profesor.
- g) 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.
- h) Lo que interesa es tener un diagnóstico nosológico, con el recurso de los exámenes complementarios, para tomar una conducta a seguir.
- i) Otro criterio.

V. Entre otros factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en la práctica clínica están:

- a) Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores nacionales.
- b) Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores extranjeros.
- c) El uso de la palabra síndrome para situaciones ajenas a la Medicina.
- d) Posible confusión en el uso del término en la Medicina Clínica debido a:
 - 1- El empleo del término síndrome para trastornos genéticos constituido por diversas malformaciones.
 - 2- El empleo del término síndrome para designar alteraciones diagnosticadas solo por laboratorio: Ej. Síndrome de citólisis.
 - 3- La existencia de síntomas que dada la frecuencia y regularidad de los síntomas asociados que lo tipifican pudieran caer dentro de la definición de síndrome. Ej. El cólico nefrítico.

- 4- La denominación universalmente aceptada como síndrome a lo que es con mayor propiedad una entidad nosológica, Ej. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida a lo que es una enfermedad infecciosa por retrovirus, el VIH.
- 5- Conjunto de manifestaciones clínicas, antes considerados entidades nosológicas, se han convertido en síndromes.

VI. De acuerdo con su criterio sería necesario:

- a- Un rescate del verdadero significado y utilidad del término síndrome en la práctica clínica.
- b- Delimitar hasta dónde un conjunto de manifestaciones clínicas constituyen un síndrome y hasta dónde una entidad nosológica.
- c- Delimitar hasta dónde el diagnóstico etiológico del síndrome y hasta dónde el diagnóstico etiológico de la entidad nosológica.
- d- Revisar y rediseñar la sindromotaxia de manera que tenga una mayor utilidad funcional en el proceso diagnóstico.
- e- La revisión y precisión de la sindromotaxia deba ser sometida a consenso de expertos.
- f- Si la propuesta de sindromotaxia es aprobada por consenso de expertos debe ser aplicada para evaluar su efectividad funcional.

VII. Con respecto al concepto de síndrome:

- a- Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos de la analítica (laboratorio clínico).
- b- Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos de la Imagenología.
- c- Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos endoscópicos.

d- Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos analíticos, signos imagenológicos y signos endoscópicos.

e- De aceptarse esta ampliación del concepto en la práctica clínica implicaría variaciones dentro del método clínico dado que los exámenes complementarios, que constituyen la contrastación de la previa hipótesis diagnóstica clínica, formarían entonces parte de ella disminuyendo la funcionalidad del síndrome clínico para una racional indicación de las pruebas diagnósticas.

f- Este concepto más amplio pudiera ser de utilidad en una re-discusión diagnóstica una vez que han sido realizados los exámenes complementarios de contrastación y aun no se dispone de un diagnóstico nosológico con una certeza razonable.

Escala Likert:

Se empleó para clasificar la respuesta de cada experto una escala estructurada desde un total acuerdo a un total desacuerdo. Se le otorgó una calificación, en orden descendente de 5 a 1, de manera tal que: total acuerdo es 5; acuerdo es 4; neutro es 3, desacuerdo es 2 y total desacuerdo es 1. Si dejaban de marcar algún ítem se asumió como una postura neutral.

Procedimientos estadísticos

Fiabilidad de la encuesta

Al reportar un Alfa de Cronbach de 0,803273 se puede afirmar que la encuesta es fiable, es decir estable en su repetición.

Validez

Dada los valores de KMO y la Prueba de Bartlett se puede afirmar que la encuesta es válida, es decir, contiene los ítems que se refieren al síndrome.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,719

Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado aproximado 213,654

Gl. 45 Sig. 0,000

A cada experto se le asignó un número de manera aleatoria en una escala del 1 al 15.

Análisis clúster: Para el agrupamiento de los respondientes se empleó el análisis clúster a partir de las similitudes entre las respuestas, para ello se utilizó la distancia euclidiana como la más empleada en esos estudios y como medida de asociación el método de Ward al combinar los conglomerados con un número reducido de observaciones (Hair *et al.*, 1999).³

Se emplearon el análisis de varianza ANOVA y el coeficiente de correlación de Kendall.

RESULTADO

Resultados del análisis del criterio de expertos

La concordancia general que incluye todas las dimensiones con sus respectivos ítems mostró:

Chi Cuadrado ANOVA (N = 15, df = 45) = 168,6561 p < 0,00000

Coefficiente de Concordancia de Kendall = 0,24986 Aver. rank $r = 0,19628$

Con respecto al concepto de síndrome todos estuvieron de acuerdo con el enunciado a) de la dimensión I: "Se define como síndrome el conjunto de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas. De ellos 11 seleccionaron la opción Total acuerdo y 4, de acuerdo. El enunciado b) de este ítem que ofrece otra definición de síndrome: "...es el conjunto de síntomas y signos, relacionados temporal y patogénicamente, que pueden ser expresivo de diferentes enfermedades", solo fue seleccionado por 8 expertos, cuatro de ellos en total acuerdo y cuatro con la opción de acuerdo. Los siete expertos restantes no seleccionaron ninguna opción o marcaron la neutra ([Tabla I](#)).

El experto 7 expone como concepto de síndrome: un conjunto de síntomas causal, fisiopatológica o topográficamente relacionados, que puede estar completo o, más frecuentemente, incompleto.

Tabla I. Concordancia Dimensión I: Concepto de síndrome

Ítems	Mediana	Cuartil Mínimo	Cuartil Máximo	Rango del Cuartil
Ia	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
Ib	4,000000	3,000000	4,000000	1,000000

ANOVA Chi cuadrado. (N = 15, df = 1) = 8,333333 p < 0,00389

Coefficiente de Concordancia de Kendall = 0,55556 r = 0,52381

Leyenda 5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

Ia) Se define como síndrome el conjunto de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas. Ib) Otra definición de síndrome es el conjunto de síntomas y signos, relacionados temporal y patogénicamente, que puede ser expresivo de diferentes enfermedades.

Respecto a la Dimensión II: Utilidad y empleo del síndrome en la práctica clínica (Tabla II), en el enunciado IIa: "la formulación inadecuada de los síndromes hace que pierdan su utilidad funcional en el proceso diagnóstico", doce de los quince expertos estuvieron de total acuerdo o de acuerdo, dos fueron neutros (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y solo un experto estuvo en desacuerdo y opina que es normal que en el proceso de aprendizaje se formulen mal los síndromes.

El enunciado IIb plantea: "en la actualidad se observa con cierta frecuencia un uso inadecuado de los síndromes en las discusiones diagnósticas". Excepto el experto 7 todos estuvieron en total acuerdo o de acuerdo. Sin embargo, ese experto en el ítem C aclara que: "a) Es normal que en el proceso de aprendizaje se formulen mal los síndromes, (b) se tiene la tendencia a plantear un número excesivo de síndromes, algunos forzados".

Tabla II. Concordancia Dimensión II: Utilidad y empleo del síndrome en la práctica clínica

Ítems	Mediana	Cuartil Mínimo	Cuartil Máximo	Rango del Cuartil
IIa	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IIb	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000

ANOVA Chi cuadrado. (N = 15, df = 1) = 4,000000 p < 0,04550

Coefficiente de Concordancia de Kendall = 0,26667 r = 0,21429

Leyenda: 5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

a) La formulación inadecuada de los síndromes hace que pierdan su utilidad funcional en el proceso diagnóstico. b) En la actualidad se observa con cierta frecuencia un uso inadecuado de los síndromes en algunas discusiones diagnósticas.

En la Dimensión III que aborda las posibles formas de manifestarse del uso inadecuado de los síndromes los expertos mostraron diferencias especialmente en algunos ítems. En el Ítem IIIa (denominar como síndrome a lo que es en realidad un síntoma) todos mostraron acuerdo (2 de acuerdo, 12 total acuerdo) excepto uno que declaró total desacuerdo.

En el Ítem IIIb (denominar como síndrome a lo que en realidad es un signo físico o síntoma objetivo) la mayoría estuvo de acuerdo (1 de acuerdo y 11 de total acuerdo), mientras que un experto no mostró ni acuerdo ni desacuerdo y solo 2 revelaron no estar de acuerdo (1 desacuerdo y el otro total desacuerdo).

En el ítem IIIc (añadir atributos o calificativos a un síndrome que son más apropiados para el enfoque etiológico de una entidad nosológica) la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo, 4 de acuerdo y 9 de total acuerdo; solo 2 expertos estuvieron en desacuerdo.

En el enunciado IIIId (emplear el término síndrome con el calificativo más general de la esfera afectada cuando el paciente presenta síntomas subjetivos, objetivos, o ambos, que corresponden a un síndrome determinado) solo 2 expertos mostraron su desacuerdo, uno de ellos total desacuerdo. Sin embargo la mayoría, 13 expertos, expresaron su acuerdo, e incluso, 12 de ellos total acuerdo.

Respecto al ítem IIIe (no especificar hasta donde sea posible el síndrome mediante el apellido o calificativo requerido) las respuestas mostraron que un solo experto estuvo en desacuerdo, mientras que los 14 expertos restantes manifestaron estar de acuerdo, y de ellos 12 en un total acuerdo.

En el enunciado IIIf (describir más de un síndrome en el resumen de una discusión diagnóstica de un paciente cuando uno de ellos es un subconjunto del otro) la mayoría expresó acuerdo, total acuerdo y el resto de acuerdo; 9 total acuerdo y 3 de acuerdo. Los 3 expertos restantes se distribuyeron en uno en total desacuerdo, otro en desacuerdo y el tercero se declaró neutro.

En el ítem IIIg (emplear el término síndrome con calificativos propios de entidades nosológicas en vez del síndrome que corresponde) los encuestados se distribuyeron 13 de total acuerdo, uno de acuerdo y solo uno en total desacuerdo.

En el ítem IIIh (utilizar como diagnóstico nosológico lo que en realidad es un síndrome) la mayoría de los expertos manifestó total acuerdo, 3 acuerdo y solo uno desacuerdo.

En el ítem IIIi (empleo de síndromes no reconocidos, establecidos o aceptados como tal en el resumen sindrómico mediante un término que guarde cierta semejanza con una entidad nosológica) excepto un experto en desacuerdo y otro en posición neutra, los 13 expertos estuvieron de acuerdo, 12 de ellos de total acuerdo.

En el ítem IIIj (darle categoría de síndrome a un resultado alterado de un examen de laboratorio) las respuestas se distribuyeron en 13 de total de acuerdo, una neutra y una en total desacuerdo.

En el ítem IIIk (ausencia en el planteamiento de cada síndrome de la descripción o la mención de los síntomas subjetivos y objetivos que lo fundamentan, asumiendo que deben encontrarse en la historia de la enfermedad actual y en el resumen de los datos positivos del examen físico) la mayoría de los expertos, 13, estuvo de acuerdo y de ellos, 11 de total de acuerdo. Solo uno no estuvo de acuerdo y otro fue neutro.

En el ítem IIIl (emplear un síndrome en el diagnóstico diferencial nosológico) la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo 9 de total acuerdo, 3 de acuerdo y solo uno estuvo en desacuerdo y otro neutro.

En el ítem m (Otra u otras formas de mal uso de síndrome que usted considere) se registraron los siguientes comentarios expresados por algunos expertos:

El experto 7 considera: "Plantear síndrome de condensación inflamatoria lobar no me parece adecuado. En síndrome de condensación está completo siempre que abarque las partes superficial y profunda del pulmón, independiente de que sea lobar o no. Lobar es un diagnóstico anatómico, no clínico".

El experto 10 plantea que: "El uso del término para entidades poco definidas en determinado momento histórico como muchos síndromes epilépticos (ver clasificación de epilepsias y síndromes epilépticos) y comenta además que: "...el síndrome es un recurso de aprendizaje y un recurso diagnóstico por eso hay síntomas y signos que nunca vienen aislados pero predominan y adquieren carácter sindrómico, ejemplo hepatomegalia, esplenomegalia, fiebre, diarreas, dolor abdominal, etc. Esto podría aplicarse a estudios que pueden preceder las manifestaciones clínicas, pero con menos propiedad, pues realmente no son síntomas, aunque en determinado sentido son signos, ahí está el ejemplo de la hiperuricemia".

El experto 2 con respecto a los ítems IIIk y IIIl considera: "Los dos últimos incisos a mi juicio resultan difíciles de categorizar. El primero porque por omisión no voluntaria puede suceder, pero

se encuentran registrados adecuadamente en el documento de la historia clínica. En el segundo caso creo que es obligada la contrastación entre ambos síndromes tomando en consideración esta u otras causas de nefritis con el componente clínico de síndrome nefrótico”.

El experto 4 considera entre otras formas de mal uso del síndrome: “El uso del síndrome general, donde en realidad existen elementos que permiten formular otros síndromes”

El experto 15 plantea entre otras formas de mal uso del término síndrome: “Síndrome dermatológico, síndrome genitourinario-infeccioso, síndrome de condensación tumoral en un paciente asintomático con un nódulo pulmonar en un Rx”.

El experto 14 plantea: “Considerar el síndrome un diagnóstico, y plantearlo como tal en la impresión diagnóstica. Enfocar el síndrome de la forma más general, como ocurre cuando se plantea el síndrome parenquimatoso pulmonar, siendo posible teniendo en cuenta los elementos del interrogatorio y del examen físico ser más preciso y plantear el síndrome de condensación inflamatoria, o atelectásica o enfisematoso, según sea el caso”.

Dos expertos, el 1 y el 6 coinciden en comentar que en ocasiones un signo constituye por sí solo un síndrome y ponen el ejemplo del signo ictericia y del síndrome icterico.

Tabla III. Concordancia Dimensión III: Formas de manifestarse el uso inadecuado del término síndrome

Ítems	Mediana	Cuartil Mínimo	Cuartil Máximo	Rango del Cuartil
IIIa	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIb	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IIIc	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IIId	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIe	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIf	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IIIg	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIh	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IIIi	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIj	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIk	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IIIL	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000

ANOVA Chi Cuadrado (N = 15, df = 11) = 7,726829 p < 0,73754

Coefficiente de concordancia de Kendall = 0,04683 Aver. rank r = -0,0213

Leyenda: 5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

a) Denominar como síndrome a lo que es en realidad un síntoma. b) Denominar como síndrome a lo que es en realidad un signo físico o síntoma objetivo. c) Añadir atributos o calificativos a un síndrome que son más apropiados para el enfoque etiológico de la entidad nosológica. d) Emplear el término síndrome con el calificativo más general de la esfera afectada cuando el paciente presenta síntomas subjetivos, objetivos, o ambos, que corresponden a un síndrome determinado. e) No especificar hasta donde sea posible, mediante el apellido o calificativo requerido. f) Describir más de un síndrome en el resumen de una discusión diagnóstica de un paciente cuando uno de ellos es un subconjunto del otro. g) Emplear el término síndrome con calificativos propios de entidades nosológicas en vez del síndrome que corresponde. h) Utilizar como diagnóstico nosológico lo que en realidad es un síndrome. i) Empleo de síndromes no reconocidos, establecidos o aceptados como tal, en el resumen sindrómico con términos que guarde cierta semejanza con una entidad nosológica. j) Darle categoría de síndrome a un resultado alterado de un examen de laboratorio. k) Ausencia en el planteamiento de cada síndrome de la descripción o la mención de los síntomas subjetivos y objetivos que lo fundamentan. i) Emplear un síndrome en el diagnóstico diferencial nosológico.

La Dimensión IV ([Tabla IV](#)) que trata sobre los factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas abarcó varios ítems. En el ítem IVa (se ha perdido el verdadero sentido del papel que debe desempeñar el síndrome en el proceso del razonamiento diagnóstico) la mayoría de los expertos están de acuerdo, 7 de total de acuerdo y 6 de acuerdo, mientras que un experto se mantuvo neutro y otro en desacuerdo.

En el ítem b1 (Se le adjudica el término síndrome a un síntoma o a un signo por considerar: que le otorga una mayor jerarquía diagnóstica) 3 expertos fueron neutrales, 3 expertos estuvieron en desacuerdo y de los 9 restantes, 4 estuvieron de acuerdo y 5 de total acuerdo.

En el ítem b2 (Se le adjudica el término síndrome a un síntoma o a un signo por considerar: que es un requisito formal obligatorio plantear síndromes en la discusión diagnóstica aunque no existan los elementos requeridos para formularlos) un experto estuvo en total desacuerdo, 3 expertos en desacuerdo, mientras que los restantes 11 expertos se distribuyeron en 3 de acuerdo y 8 de total acuerdo.

En el ítem b3 (Se le adjudica el término síndrome a un síntoma o a un signo por considerar que no es posible realizar un diagnóstico nosológico a partir del análisis de un síntoma o un signo en particular) 2 expertos manifestaron desacuerdo, un experto mantuvo una postura neutral y los restantes 12 expertos se distribuyeron en 5 de acuerdo y 7 de total acuerdo.

En el ítem IVc (Se considera que es necesario enunciar un síndrome en un paciente, sin manifestaciones clínicas, que tenga cierta correspondencia con un resultado de laboratorio alterado para poder realizar una discusión diagnóstica) un experto mostró total desacuerdo, 2 expertos expresaron desacuerdo y 2 se mantuvieron neutros. Los 10 expertos restantes se distribuyeron en sus respuestas en 4 de acuerdo y 6 de total acuerdo.

En el ítem IVd (Existe confusión entre el diagnóstico diferencial sindrómico y el diagnóstico diferencial nosológico) solo un experto expresó desacuerdo, los restantes 14 expertos se distribuyeron en 2 de acuerdo y 12 de total acuerdo.

En el ítem IVe (Por un incorrecto aprendizaje de los estudiantes que redactan las discusiones diagnósticas) solo un experto manifestó desacuerdo, los restantes 14 expertos se distribuyeron en 2 de acuerdo y 12 de total acuerdo.

En el ítem IVf (Falta de supervisión de las discusiones diagnósticas escritas por los integrantes del grupo básico de trabajo más calificado: especialista o profesor) solo un experto se mantuvo neutral, los 14 expertos restantes se distribuyeron en: 6 de acuerdo y 8 de total acuerdo.

En el ítem IVg (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) solo un experto se mantuvo neutral, los 14 expertos restantes se distribuyeron en 4 de acuerdo y 10 de total acuerdo.

En el ítem IVh (Lo que interesa es tener un diagnóstico nosológico, con el recurso de los exámenes complementarios para tomar una conducta a seguir) 3 expertos manifestaron total desacuerdo, 2 expertos mostraron desacuerdo, 3 expertos mantuvieron una postura neutral y los 7 expertos restantes mostraron con su criterio estar de acuerdo 4 y de total acuerdo 3.

En el ítem IVi respecto a otros factores que pudieran contribuir al empleo inadecuado del término síndrome se emitieron los siguientes criterios:

El experto 4 considera: "La literatura moderna hace referencia indistintamente a síndromes y enfermedades y esto crea confusión en los educandos y médicos en formación".

El experto 10 considera que: "El mal uso de los síndromes como recurso para el proceso diagnóstico también está en relación con la tendencia a cortar camino y a diagnosticar por patrones, es decir al conocer el cuadro clínico de entidades nosológicas. Lo que suele ocurrir en la

medida que los médicos adquieren más experiencia, pero también es una tendencia en médicos jóvenes. También existe tendencia a disminuir el pensamiento fisiopatológico que es la base de la argumentación de gran parte de los síndromes. Esta forma de pensar se transmite con frecuencia en particular en especialidades fuera de la medicina interna y en profesores que no se dedican a la enseñanza de la propedéutica y están menos obligados a pensar así por dedicación”.

El experto 13 plantea que: “Como el proceso de enseñanza-aprendizaje mantiene la relación inviolable entre profesor-estudiante-contenido no solo en el ítem e es por inadecuado aprendizaje del estudiante, sino que hay que tener en cuenta, atendiendo a las condiciones éticas necesarias, que también se infiere que puede existir una inadecuada enseñanza, que puede ser multicausal. Ambos, profesor y estudiante son coprotagonistas del PEA (sic), proceso con carácter sistémico en el que no se puede perder de vista la interrelación dialéctica entre sus componentes personales (profesor-estudiante-grupo) y entre sus componentes personalizados (objetivos-contenidos-medios-formas organizativas y evaluación).

Tabla IV. Concordancia Dimensión IV: Factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas

Items	Mediana	Cuartil Mínimo	Cuartil Máximo	Rango del Cuartil
IVa	4,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IVb1	4,000000	3,000000	5,000000	2,000000
IVb2	5,000000	2,000000	5,000000	3,000000
IVb3	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IVc	4,000000	3,000000	5,000000	2,000000
IVd	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IVe	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IVf	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
IVg	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
IVh	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000

Leyenda: ANOVA Chi cuadrado (N = 15, df = 9) = 17,98456 p < 0,03536

Coeficiente de concordancia de Kendall =0,13322 Aver. rank r =0,07131

Leyenda 5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

- a) Se ha perdido el verdadero sentido del papel que debe desempeñar el síndrome en el proceso del razonamiento diagnóstico. b) Se le adjudica el término síndrome a un síntoma o a un signo aislado por considerar: 1. Que le otorga una mayor jerarquía diagnóstica. 2. Que es un requisito formal obligatorio plantear síndromes en la discusión diagnóstica aunque no existan los elementos requeridos para formularlos. 3. Considerar que no es posible realizar un diagnóstico nosológico a partir del análisis. c) Se considera que es necesario enunciar un síndrome en un

paciente, sin manifestaciones clínicas, que tenga cierta correspondencia con un resultado de laboratorio alterado para poder realizar una discusión diagnóstica. Existe confusión entre el diagnóstico diferencial sindrómico y el diagnóstico diferencial nosológico. e) Por un incorrecto aprendizaje de los educandos que redactan las discusiones diagnósticas. f) Falta de supervisión de las discusiones diagnósticas escritas por los integrantes del grupo básico de trabajo más calificado: especialista o profesor. g) 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. h) Lo que interesa es tener un diagnóstico nosológico, con el recurso de los exámenes complementarios, para tomar una conducta a seguir.

La Dimensión V está integrada por otros factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en la práctica clínica.

En el ítem Va (Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores nacionales) excepto un experto, que se mantuvo neutral, los 14 expertos restantes manifestaron su acuerdo, 6 de acuerdo y 8 de total acuerdo.

En el ítem Vb (Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores extranjeros) 4 expertos se mantuvieron neutrales, 5 mostraron acuerdo y 6 manifestaron total acuerdo.

En el ítem Vc (El uso de la palabra síndrome para situaciones ajenas a la Medicina) las respuestas se distribuyeron en: un desacuerdo, 6 neutras, 2 de acuerdo, y 6 de total acuerdo.

El ítem Vd (Posible confusión del término en la Medicina Clínica debido a:) integrado por cinco enunciados se comportó de la forma siguiente:

En el Vd1 (El empleo del término síndrome para trastornos genéticos constituidos por diversas malformaciones) las respuestas de los expertos se distribuyeron en 2 en desacuerdo, 1 neutra, 2 de acuerdo y 10 de total acuerdo.

En el Vd 2 (El empleo del término síndrome para designar alteraciones diagnosticadas solo por laboratorio: Ej.: Síndrome de citólisis) las respuestas mostraron la siguiente distribución: una neutra y las restantes, 4 de acuerdo y 10 de total acuerdo.

En el Vd 3 (La existencia de síntomas que dada la frecuencia y regularidad de los síntomas asociados que lo tipifican pudieran caer dentro de la definición de síndrome. Ej. El cólico nefrítico)

las respuestas de los expertos se conformaron en 3 en desacuerdo, una neutra y las restantes, 6 de acuerdo y 5 de acuerdo.

En el Vd 4 (La denominación universalmente aceptada como síndrome a los que es con mayor propiedad una entidad nosológica. Ej. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida a lo que es una enfermedad infecciosa por retrovirus, el VIH) las respuestas de los expertos reflejaron desacuerdo en 2, mientras que los 13 restantes manifestaron total acuerdo.

En el Vd5 (Conjuntos de manifestaciones clínicas, antes considerados entidades nosológicas, se han convertido en síndromes) un experto mantuvo una postura neutral, 4 expresaron estar de acuerdo y 10 manifestaron total acuerdo.

Tabla V. Concordancia Dimensión V: Otros factores que pudieran contribuir al uso inadecuado del término síndrome en la práctica clínica

Items	Mediana	Quartil Mínimo	Quartil Máximo	Rango del Quartil
Va	4,000000	5,000000	5,000000	0,000000
Vb	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
Vc	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
Vd1	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
Vd2	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
Vd3	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
Vd4	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
Vd5	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000

Leyenda: ANOVA Chi Cuadrado. (N = 15, df = 7) = 15,93478 p < 0,02572

Coefficiente de concordancia de Kendall = 0,15176 Aver. rank r = 0,09117

5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

a) Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores nacionales.

b) Influencia de un empleo impreciso e incluso ambiguo en artículos y libros de autores extranjeros.

c) El uso de la palabra síndrome para situaciones ajenas a la Medicina. d) Posible confusión en el uso del término en la Medicina Clínica debido a: 1. El empleo del término síndrome para trastornos genéticos constituido por diversas malformaciones. 2. El empleo del término síndrome para designar alteraciones diagnosticadas solo por laboratorio: Ej. Síndrome de citólisis. 3. La existencia de síntomas que dada su frecuencia y regularidad de los síntomas asociados que lo

tipifican pudieran caer dentro de la definición de síndrome. Ej. El cólico nefrítico. 4. La denominación universalmente aceptada como síndrome a lo que es con mayor propiedad una entidad nosológica, Ej. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida a lo que es una enfermedad infecciosa por retrovirus, el VIH. 5. Conjunto de manifestaciones clínicas, antes considerados entidades nosológicas, se han convertido en síndromes.

Con respecto a la Dimensión VI que explora los criterios de los expertos sobre lo que sería necesario hacer frente al uso inadecuado del término síndrome (Tabla VI) se registró lo siguiente: En el ítem VIa (Un rescate del verdadero significado y utilidad del término síndrome en la práctica clínica) todos los expertos estuvieron de acuerdo, 2 de acuerdo y 13 de total acuerdo.

En el ítem VIb (Delimitar hasta donde un conjunto de manifestaciones clínicas constituyen un síndrome y hasta dónde una entidad nosológica) todos expresaron su acuerdo, de ellos 5 de acuerdo y 10 de total acuerdo.

En el ítem VIc (Delimitar hasta donde el diagnóstico etiológico del síndrome y hasta donde el diagnóstico etiológico de la entidad nosológica) en similitud con el ítem VIb todos expresaron su acuerdo, de ellos 5 de acuerdo y 10 de total acuerdo.

En el ítem VIId (Revisar y rediseñar la sindromotaxia de manera que tenga una mayor utilidad funcional en el proceso diagnóstico) un experto manifestó estar en desacuerdo, 3 adoptaron una postura neutral y 11 expresaron su acuerdo, de ellos 9 un total acuerdo.

En el ítem VIe (La revisión y precisión de la sindromotaxia debe ser sometida a consenso de expertos) un experto manifestó estar en desacuerdo, 2 mantuvieron una postura neutral, 12 expertos manifestaron estar de acuerdo, 9 de ellos de total acuerdo.

En el ítem VIIf (Si la propuesta de la sindromotaxia es aprobada por consenso de expertos debe ser aplicada para evaluar su efectividad funcional) un experto manifestó estar en desacuerdo, uno adoptó una postura neutral, y 13 expertos manifestaron estar de acuerdo, 10 de ellos de total acuerdo.

En el ítem VIg dedicado a criterios que deseen expresar los expertos se registraron los siguientes:

El experto 4 expresa: "Se deben realizar talleres metodológicos u otra forma de intercambio entre expertos de diferentes provincias para al menos intentar estandarizar esta problemática".

El experto 7 considera que: "La taxonomía de los síndromes no debe ser tocada. Sería como abrir una caja de Pandora o desatar la vejiga de Eolo. El resultado sería peor".

El experto 13 plantea: "1. No conozco si la investigación solo es en el pregrado, pues en el postgrado los residentes manifiestan similares deficiencias en la discusión diagnóstica. 2. Se debe realizar desde la teoría didáctica y psicológica una redefinición del diagnóstico médico en las ciencias médicas el cual aparece declarado en documentos normativos de la carrera de forma inadecuada y puede influir en el inadecuado uso de los síndromes señalados anteriormente".

El experto 14 expresa: "Consideramos además que el mayor número de dificultades está en las llamadas superespecializaciones (Cardiología, Reumatología, etc.) que se han apartado un tanto del método clínico por el empleo sobrevalorado de la alta tecnología, la actuación, los protocolos, etc. Al respecto, consideramos que debe rescatarse la rotación por la especialidad de Medicina Interna en la formación de los residentes de dichas especialidades y recuperar en la formación de otras como la Medicina Intensiva, el criterio de tener de base la especialidad de Medicina Interna, y no la Medicina General Integral que no tributa de modo alguno al enfermo grave que también requiere un correcto abordaje sindrómico que no niega cuánto hay de tecnología en su tratamiento".

El experto 15 plantea: "Que no sea como el libro *Síndromes*, de Llanio, que ha generado aún más confusión".

Tabla VI. Concordancia Dimensión VI: De acuerdo con su criterio sería necesario

Items	Mediana	Quartil Mínimo	Quartil Máximo	Rango del Quartil
VIa	4,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VIb	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
VIc	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
VI d	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VIe	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VI f	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000

Leyenda ANOVA Chi cuadrado. (N = 15, df = 5) = 8,387097 p < 0,13616

Coefficiente de concordancia de Kendall = 0,11183 Aver. rank r = 0,04839

5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

- Un rescate del verdadero significado y utilidad del término síndrome en la práctica clínica.
- Delimitar hasta dónde un conjunto de manifestaciones clínicas constituyen un síndrome y hasta donde una entidad nosológica.
- Delimitar hasta dónde el diagnóstico etiológico del síndrome y hasta dónde el diagnóstico etiológico de la entidad nosológica.
- Revisar y rediseñar la

sindromotaxia de manera que tenga una mayor utilidad funcional en el proceso diagnóstico. e) La revisión y precisión de la sindromotaxia debe ser sometida a consenso de expertos. f) Si la propuesta de sindromotaxia es aprobada por consenso de expertos debe ser aplicada para evaluar su efectividad funcional.

La Dimensión VII: Con respecto al concepto de Síndrome explora los criterios de los expertos en los siguientes ítems.

En el ítem VII a (Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos de la analítica (laboratorio clínico) solo cuatro expertos mostraron estar de acuerdo y de ellos solo 2 de total acuerdo. Los restantes 11 expertos manifestaron estar en desacuerdo.

En el Ítem VII b (Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos de la imagenología) solo 3 expertos mostraron estar de acuerdo y de ellos 2 de total acuerdo. Los 12 expertos restantes hicieron patente su desacuerdo.

En el ítem VII c (Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos endoscópicos) de manera similar al ítem anterior solo 3 expertos mostraron estar de acuerdo y de ellos 2 de total acuerdo. Los 12 expertos restantes hicieron patente su desacuerdo.

En el ítem VII d (Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos analíticos, signos imagenológicos y signos endoscópicos) solo 3 expertos mostraron total acuerdo, los 12 expertos restantes estuvieron en desacuerdo.

En el ítem VII e (De aceptarse esta ampliación del concepto en la práctica clínica implicaría variaciones dentro del método clínico dado que los exámenes complementarios, que constituyen la contrastación de la previa hipótesis diagnóstica clínica, formarían entonces parte de ella disminuyendo la funcionalidad del síndrome clínico para una racional indicación de las pruebas diagnósticas) 6 expertos mostraron desacuerdo y 9 estuvieron de acuerdo, de ellos 8 de total acuerdo.

En el ítem VII f (Este concepto más amplio pudiera ser de utilidad en una rediscusión diagnóstica una vez que han sido realizados los exámenes complementarios de contrastación y aún no se

dispone de un diagnóstico nosológico con una certeza razonable) solo 2 expertos expresaron estar en desacuerdo, los 13 expertos restantes mostraron acuerdo, de ellos 9 total acuerdo.

En el ítem VII g, dedicado a que los expertos expresen sus opiniones, otros criterios o consideraciones, 6 expertos hicieron comentarios.

El experto 2 expresa: "Inclusión de los resultados de otros medios complementarios además de los señalados".

El experto 7 manifiesta: "(a) El síndrome de shock, por ejemplo, tiene elementos clínicos que lo caracterizan y también importantes elementos humorales que lo definen, que se ponen en evidencia por exámenes de sangre (analítica), por ejemplo la acidosis metabólica con un predominante componente láctico o la escasa diferencia arteriovenosa de oxígeno; pero otra cosa es incluir los exámenes de radiología y endoscópicos. Ello daría lugar a una hipertrofia excesiva del síndrome (habría que reformular todos los síndromes) y el síndrome siempre se ha definido en relación con los elementos propiamente clínicos. Esta es una limitación (si se quiere) que tienen en la actualidad los "síndromes", pero es inevitable. (f) Realmente, los exámenes complementarios se indican no para confirmar el síndrome, sino la hipótesis diagnóstica presuntiva, que casi siempre es una entidad nosológica (cirrosis) o etiológica (virus de la hepatitis C). (e) El método clínico no tiene por qué variar, ni se afecta. Toda la tecnología diagnóstica forma parte del método clínico, tiene a su cargo la importantísima etapa de contrastar los diagnósticos presuntivos".

El experto 8 plantea: "Aunque no estoy de acuerdo en incorporar los exámenes complementarios en los síndromes en nuestro centro la mayoría de los enfermos llega ya con múltiples exámenes y el residente los incorpora. Siempre insistimos en que trate de realizar la discusión lo más limpia posible".

El experto 10 considera: "El síndrome es un recurso para el proceso del diagnóstico médico. Su valor esencial proviene de su sustento fisiopatológico (incluido lo bioquímico y lo anatómico) con fines diagnósticos. El planteamiento del síndrome obliga a ir por pasos donde se precisa un cuadro clínico y se establecen diferencias con otros síndromes antes de caer en diferencias entre entidades nosológicas. Esa misma función la cumpliría la ampliación propuesta. Esto no implica cambio en los pasos del método clínico, sino es el reconocimiento de la forma en que usualmente lo vemos, es con fines didácticos. Es decir, hay dos fenómenos que siempre han existido:

Primero, el paciente realmente puede llegarnos con estudios realizados y los médicos tomamos esos estudios junto a su cuadro clínico como parte del paso de recolección de información sobre su problema de salud.

Segundo, en la medida que se avanza en el proceso diagnóstico se están iterando hipótesis enriquecidas por la información que se tenga. Es decir mientras avanzamos interrogando estamos pensando en qué tiene el paciente y esa es una de las causas de la dirección del interrogatorio. Lo mismo pasa cuando avanzamos al examinarlo físicamente, pues no vamos al examen físico, sino con un pensamiento quizás inmaduro pero existente. Seguimos avanzando e indicamos estudios complementarios y recirculamos, o sea, volvemos a razonar con esta nueva información. Claro que puede pensarse en términos de síndrome o de entidad nosológica, pero ello depende de la certeza que a esas alturas tengamos. Este proceso de iteración de hipótesis siempre ha existido. Lo que pasa es que nuestra visión primaria y tradicional con fines didácticos simplifica un proceso que no es lineal sino con muchos bucles” (fin del comentario del experto 10).

El experto 13 plantea: “Aceptar cualquiera de los enunciados referidos, sería violar la etapa del razonamiento clínico en el proceso instrumental del diagnóstico (conformado por instrumentaciones intelectuales y prácticas, perteneciendo las primeras, fundamentalmente, al razonamiento clínico), en íntima relación con los pasos del método clínico diagnóstico, que no es más que la lógica de la actuación en la ejecución del diagnóstico. Incluso, sería violar la etimología del diagnóstico médico o clínico, que proviene del griego *klinique*, al lado del lecho del paciente, quien nos refiere síntomas y signos clínicos, no hallazgos de laboratorio y otros estudios complementarios”.

Tabla VII. Concordancia Dimensión VII: Con respecto al concepto de síndrome.

Items	Mediana	Quartil Mínimo	Quartil Máximo	Rango del Quartil
VIIa	4,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VIIb	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
VIIc	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000
VIIId	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VIIe	5,000000	5,000000	5,000000	0,000000
VIIIf	5,000000	4,000000	5,000000	1,000000

Legenda: ANOVA Chi cuadrado (N = 15, df = 5) = 33,16949 p < 0,00000

Coefficiente de concordancia de Kendall = 0,44226 Aver. rank r = 0,40242

5: Total acuerdo, 4: De acuerdo, 3: Neutro, 2: Desacuerdo, 1: Total Desacuerdo

a) Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo además de los signos del examen físico, signos de la analítica (laboratorio

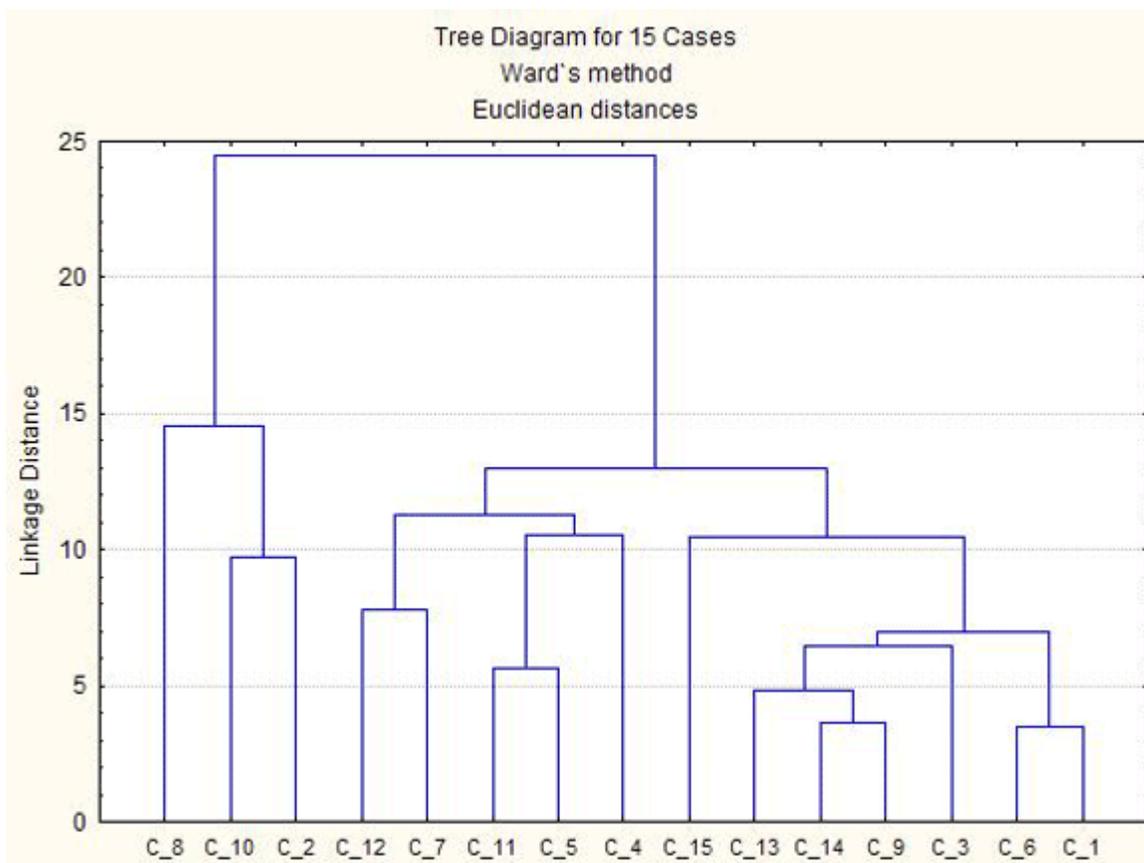
clínico). b) Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos de la Imagenología. c) Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo incluyendo, además de los signos del examen físico, signos endoscópicos. d) Teniendo en cuenta el desarrollo de los medios diagnósticos pudiera ser conveniente ampliarlo, incluyendo además de los signos del examen físico, signos analíticos, signos imagenológicos y signos endoscópicos. e) De aceptarse esta ampliación del concepto en la práctica clínica implicaría variaciones dentro del método clínico dado que los exámenes complementarios, que constituyen la contrastación de la previa hipótesis diagnóstica clínica, formarían entonces parte de ella disminuyendo la funcionalidad del síndrome clínico para una racional indicación de las pruebas diagnósticas. f) Este concepto más amplio pudiera ser de utilidad en una re-discusión diagnóstica una vez que han sido realizados los exámenes complementarios de contrastación y aún no se dispone de un diagnóstico nosológico con una certeza razonable.

En la [fig. 1](#) se muestra el dendograma resultante del análisis clúster de las respuestas de los entrevistados, que al ser truncado en el nivel 13 de la distancia de unión se conforman tres grupos:

Grupo I: Se corresponde con los expertos C-8, C-10 y C-2, en especial estos dos últimos.

Grupo II: Se corresponde con los expertos C-12, C-7, C-11, C-5, C-4.

Grupo III: Se corresponde con los expertos C-15, C-13, C-14, C-9, C-3, C-6, C-1



Leyenda: C: experto

Fig 1. Dendrograma resultante del análisis clúster de las respuestas sobre síndrome en función de los respondientes

En la [fig. 2](#) se puede observar el dendrograma resultante del análisis clúster de las respuestas sobre síndrome en función de las variables de estudio.

En el primer grupo, las respuestas del experto 8 parecen estar más alejadas de los miembros de ese grupo y en sí de todos los demás. El experto 10 y el experto 2 se agrupan sobre la base de sus criterios de las variables VII a, b, c y d (de acuerdo), mientras que en la III (f, j, i, l, k, g, e, d) —en la que el experto 8 responde como total desacuerdo— el resto de los expertos oscilan entre neutro y total acuerdo.

El segundo conglomerado está integrado por los expertos 4, 5, 7, 11 y 12, por sus respuestas en las variables VII a, b, c y d (desacuerdo o total desacuerdo), mientras que en la III (f, j, i, l, k, g, e, d) tienden a total acuerdo con algunos de acuerdo, por otra parte en el ítem IV (h, c, b2) seleccionan entre neutro, acuerdo y total desacuerdo.

La tercera agrupación quedó conformada por los expertos 1, 3, 6, 9, 13, 14, y 15 los que en las variables VII a, b, c y d expresaron desacuerdo y total desacuerdo, mientras que la dimensión III (ítems: f, j, i, l, k, g, e, d) sus respuestas tienden a oscilar entre acuerdo y total acuerdo, por otra parte en la dimensión IV (ítems: h, c, b2) sus respuestas se distribuyeron entre acuerdo y total acuerdo.

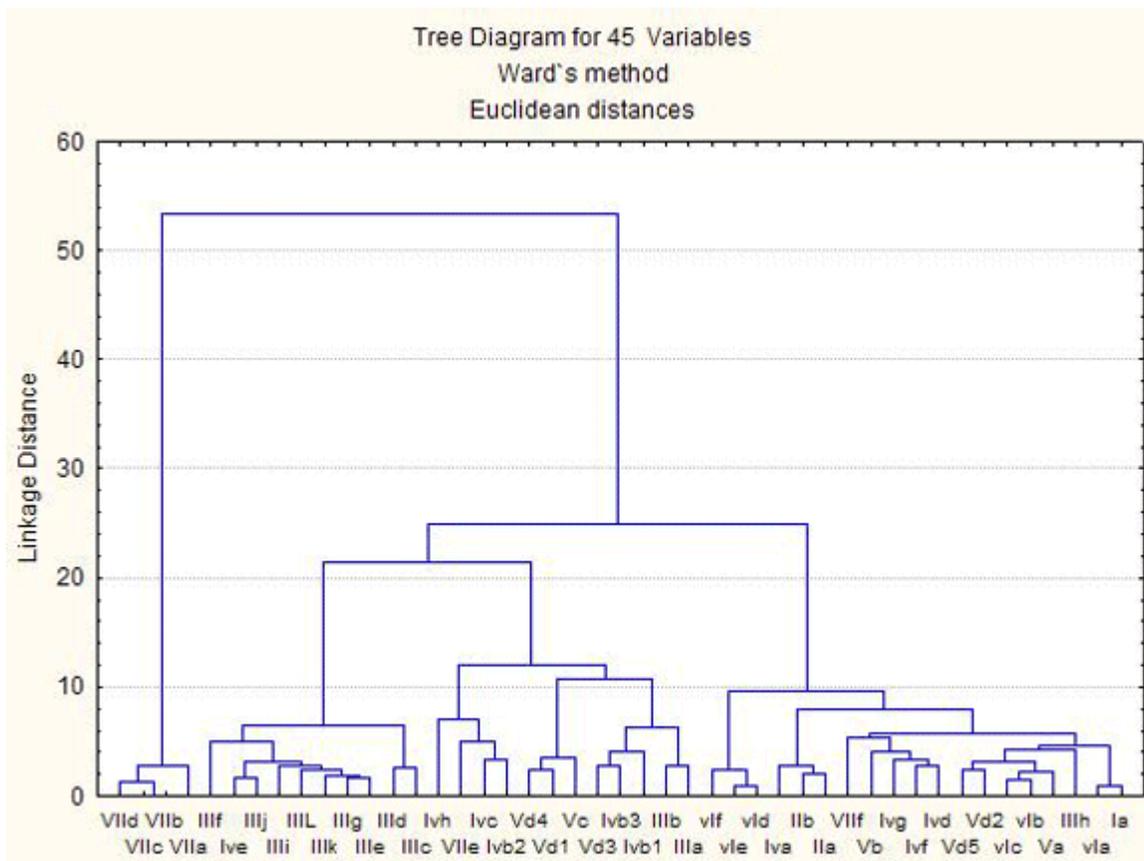


Fig 2. Dendrograma resultante del análisis clúster de las respuestas sobre síndrome en función de las variables de estudio

Fuente: tablas I,II,III,IV,V,VI y VII

DISCUSIÓN

Csiapucio plantea que los términos son unidades léxicas empleadas, con preferencia, en marcos de especialidad pero, como consecuencia de la creciente alfabetización científico-tecnológica de la sociedad, han trascendido estos marcos y se incorporan con frecuencia en la comunicación cotidiana.⁴ Esto ha sucedido con el término síndrome devenido en una palabra que sale de los límites especializados que le dieron origen. Es oportuno aclarar como lo hace Ciapuscio, cita textual: "En cuanto a la clásica y cuestionada dicotomía entre *palabra* y *término*, considero que no

puede postularse una distinción tajante entre estas unidades sino —a lo sumo— una diferencia de grado; en tanto los términos se definen en el marco de una disciplina científica y obtienen su valor del sistema terminológico de esa disciplina, su significado está más ‘controlado’ que el de las unidades lingüísticas de uso cotidiano, no acotado a ámbitos de conocimiento especializado”.⁴

A partir de la aceptación general del concepto tradicional de síndrome, como conjunto de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto que le da individualidad (se reitera *ex profeso* el vocablo conjunto), la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo sobre la existencia de uso inadecuado del término síndrome en algunas discusiones diagnósticas, así como que la formulación inadecuada de los síndromes puede hacer que estos pierdan su utilidad funcional en el proceso diagnóstico. Ello amerita que se le dedique una especial atención a este problema.

En el texto de la asignatura Propedéutica clínica y Semiología médica de Llanio y coautores⁵ se ofrecen las siguientes definiciones: “Entendemos por síndrome un grupo de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad, pero que puede obedecer a múltiples causas”. “Se conoce con este nombre el conjunto de síntomas y signos que de un modo frecuente se presentan asociados siempre de igual forma, pero que pueden corresponder a etiologías distintas”.

González Menéndez expresa: “El síndrome es un conjunto de síntomas y signos, relacionados temporal y patogénicamente, que puede ser expresivo de diferentes enfermedades”.⁶ Moreno Rodríguez plantea que: “Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos causal, fisiopatológico o topográficamente relacionados”.⁷

Como se puede apreciar en todas las definiciones de síndrome se trata de un conjunto, un agrupado no casual, de síntomas y signos relacionados entre sí. Y este es el primer detalle que se debe tener presente en el análisis conceptual, pues la noción de más de un elemento en la composición del concepto síndrome es fundamental.

Ilizasteguy Dupuy y Rodríguez Rivera⁸ refiriéndose al método clínico expresan que: “la aplicación del método científico en cualquier paciente se efectúa, constantemente, en forma explícita o implícita en los cuatro momentos siguientes: 1- Diagnóstico de un signo. 2- Diagnóstico de un síndrome. 3- Diagnóstico de una enfermedad. 4- Diagnóstico global de paciente”.

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.⁹

Cuando es factible formular el diagnóstico de un síndrome, por la mayor especificidad que por lo general lleva inherente sobre un síntoma o signo aislado, se alcanza una fase importante para arribar al diagnóstico nosológico. Si la fase sindrómica del proceso diagnóstico es inadecuada, por incompleta o inapropiada, repercutirá de forma negativa en el establecimiento del diagnóstico nosológico. Como bien advierte Moreno Rodríguez la construcción de los síndromes no debe forzarse de manera artificial.⁷ Y ese mismo autor aclara: "Se debe estar seguro del síndrome que se construye, porque será lo que se va a discutir".⁷ A no ser que se arribe primero al diagnóstico nosológico y el reflejar un diagnóstico sindrómico en la discusión diagnóstica no pase de ser un requisito formal, al cual se llega de manera retrospectiva.

Mulet Pérez considera que: "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".²

El hecho de que en el proceso de aprendizaje se formulen mal los síndromes, no contradice los criterios de la existencia de uso inadecuado de los síndromes en la discusión diagnóstica y de que su formulación inadecuada haga que pierdan su funcionalidad. En todo caso se emplean como requisitos formales y no como un recurso lógico del proceso diagnóstico. Además se supone que los responsables docentes supervisen las discusiones realizadas por los educandos para evaluarlas, y así estos tengan la retroalimentación necesaria para corregir los errores de manera tal que no deberían quedar plasmados, de forma definitiva, en el expediente clínico.

Por supuesto, el educando, es comprensible y útil que así lo haga, plantea todos los posibles síndromes que pueda presentar un paciente como expresa Moreno Rodríguez.⁷ Con la experiencia teórica y práctica bajo la tutela del profesor puede ser capaz de desarrollar como habilidad, cuando es pertinente, el uso de los síndromes llamados por el Profesor Moreno Rodríguez^{7,10}, síndromes sombrillas, que acogen bajo su sombra varios síndromes que aislados tendrían una menor especificidad diagnóstica o en todo caso seleccionar para el razonamiento diagnóstico un síndrome de los denominados duros⁹, en dependencia de las circunstancias, que conlleva una mayor especificidad. Pero, cuando se hace referencia a forzados es que no existen los elementos, síntomas, signos o ambos, para constituir un síndrome *per se*.

Es el caso de utilizar el término síndrome para lo que en realidad es un síntoma o un signo, como si no fuese posible desarrollar una discusión diagnóstica a partir de un síntoma o un signo, cuando no existen los elementos necesarios, síntomas y signos asociados, para plantear un síndrome. Como bien plantea Moreno Rodríguez refiriéndose a enunciar síndromes que no existen por manifestaciones clínicas que solo consisten síntomas o signos físicos aislados.^{7, 8}

Respecto a las formas en que pueden manifestarse el uso inadecuado de los síndromes, aunque la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo en seleccionar los doce enunciados, existieron algunas diferencias de criterios.

Si un paciente presenta un síndrome depresivo no tiene ningún sentido plantear un síndrome psiquiátrico que no reduce las posibilidades diagnósticas nosológicas que deben ser consideradas, pues síndromes psiquiátricos hay muchos y a su vez cada uno de ellos puede ser ocasionado por varias afecciones psiquiátricas o incluso orgánicas con manifestaciones clínicas predominantes en la esfera psíquica. Por ende, esa formulación inadecuada conllevaría a que el diagnóstico sindrómico perdiese su utilidad funcional como paso lógico previo al del diagnóstico nosológico. Otro caso sería que el paciente presentara síntomas de la esfera psíquica que no pudieran ser agrupados e identificados como propios de un síndrome determinado. Algo similar ocurre con síndrome digestivo, síndrome respiratorio, síndrome osteomioarticular, etc. Alonso Chil, citado por Rodríguez Rivera⁶, señala que los términos epónimos "síndrome respiratorio", "síndrome digestivo", "síndrome neurológico" o "síndrome psiquiátrico" no dicen nada ni ayudan al diagnóstico. Igual criterio expresa Moreno Rodríguez.^{7, 8} Pudieran denominarse, según el propio Rodríguez Rivera, como "síndromes blandos".⁶

Moreno Rodríguez⁸ emplea el apelativo de blando para aquellos síndromes que, si bien existen, su valor diagnóstico es escaso y pone como ejemplos el síndrome dispéptico hiposténico y muchos casos de síndrome general.

A diferencia de los síndromes blandos, argumenta Rodríguez Rivera, los síndromes denominados duros ayudan de manera sustancial a alcanzar el diagnóstico nosológico, entre ellos el parapléjico, el shock, el síndrome ascítico, la insuficiencia cardíaca, entre otros.⁹ Llevan inherente un gran valor diagnóstico, por su mayor especificidad. Moreno Rodríguez⁷ aclara que existen síndromes, que de acuerdo con las circunstancias, pueden comportarse a veces como síndromes duros y otras como síndromes blandos. Excluye de esta clasificación los antes mencionados síndromes respiratorios, neurológicos, entre otros similares, que no constituyen en sí verdaderos síndromes. En todo caso pudieran servir como una etiqueta para agrupar síntomas atribuibles a un aparato o sistema que no reúnen los requisitos de asociación para integrarse como un síndrome y del que

puede ser o no factible o no seleccionar un síntoma o un signo físico que permita, a partir del mismo, realizar el razonamiento diagnóstico.

Existen otras imprecisiones en el empleo del término. Es el caso del síndrome hiperglicémico dado por un conjunto de síntomas y signos en los que habría que incluir la hiperglicemia como signo analítico. La hiperglicemia en ausencia de otros síntomas y signos sería solo un signo analítico aislado como lo pueden ser una hiperuricemia o una hipertransaminemia.¹¹ Otra cosa sería el síndrome constituido por poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso en relación fisiopatológica con la hiperglicemia. Tal vez, síndrome hiperglicémico es una denominación poco feliz pues requiere una confirmación de la presencia de hiperglicemia. Pero está sancionada por el uso.

Un ejemplo de la ambigüedad en algunas definiciones es el del concepto de cólico nefrítico en el libro de texto. El cólico nefrítico aparece bajo el epígrafe de síntomas y signos como un síntoma, modalidad de dolor renal tal como aparece el dolor simple o capsular. Pero en el concepto de cólico nefrítico se plantea (cita textual): "Es un síndrome doloroso lumboabdominal paroxístico producido por una distensión pielocalicial aguda determinada por un obstáculo al libre flujo de la orina".¹² Es decir, aparece como una variedad de síndrome doloroso lumboabdominal.

Sin embargo, el dolor tipo cólico nefrítico, que se acompaña de otros síntomas y signos con una frecuencia de asociación elevada y con un nexo patogénico y fisiopatológico, el cual obedece a causas precisas, lo hacen compatible con el concepto de síndrome. Es desconcertante y paradójico el empleo, para la discusión diagnóstica de pacientes con un cólico nefrítico, del llamado síndrome lumboabdominal, mucho más inespecífico que el cólico nefrítico, e integrado exclusivamente por un dolor que se extiende de la región lumbar a la abdominal. Entonces, ¿No sería más apropiado categorizar el dolor lumboabdominal como un síntoma y el cólico nefrítico como un síndrome? Tal y como se ha descrito definir el cólico nefrítico como un síntoma en lugar de un síndrome señala un uso más por convención que por convicción.

Otro caso sería el de un dolor que toma o se extiende por la región lumboabdominal que no esté acompañado por otros síntomas y signos que permitan identificarlo como un cólico nefrítico.

Mulet Pérez señala que: "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 son 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 cardiaca, 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".²

Entre los factores que pudieran contribuir al empleo inadecuado del término síndrome en las discusiones diagnósticas, la mayoría estuvo de acuerdo. Una de ellos que puede concurrir en la imprecisión del uso del término es el hecho de tanto en la literatura nacional como internacional el empleo indistinto del término síndrome y el de enfermedad, para determinados conjuntos de manifestaciones clínicas con su correlato humoral o de otra índole de investigación paraclínica.

Ejemplos hay varios, en libros de merecido prestigio como los que se mencionan a continuación.

Es el caso de denominar a la Diabetes Mellitus como Síndrome Diabético: "El síndrome diabético es una enfermedad crónica que..." y en el concepto, página 369: "...se considera la diabetes mellitus como un síndrome...".¹³ O por el contrario, introducir el término de Enfermedad Renal Crónica para sustituir el de Síndrome de Insuficiencia Renal Crónica¹⁴, lo cual sería lógico cuando no se puede determinar la causa de la nefropatía que determinó llegar a esa etapa final, en función de arribar al diagnóstico nosológico positivo, incluyendo el etiológico. Sin olvidar que en Propedéutica Clínica y Semiología Médica se contempla la insuficiencia renal crónica como síndrome.

Cabe preguntarse: ¿por fin, síndrome o enfermedad?

Si los especialistas en el tema lo han decidido así sería oportuno que comunicaran las razones del cambio de síndrome a enfermedad. Es interesante señalar que en la segunda mitad del siglo XVII Thomas Sydenham concluye que síndrome y enfermedad son sinónimos. Se llega a considerar el término síndrome una denominación superflua y desaparece virtualmente de la literatura médica casi dos siglos.¹⁵ A este paso ¿se retomará el criterio de Sydenham?

Es necesario delimitar la entidad nosológica del síndrome. El concepto de enfermedad o entidad nosológica va desde el criterio estricto como el de LLanio¹⁶ quien considera que se debe llamar así cuando su etiología es única y siempre presenta las mismas características hasta otros que distinguen el diagnóstico nosológico o de la enfermedad del diagnóstico etiológico o de la causa. Así los síndromes de insuficiencia hepática y el de hipertensión portal tendrían como diagnóstico nosológico una cirrosis hepática, mientras que el diagnóstico etiológico de esta pudiera corresponder a un origen alcohólico o por un virus B o C, entre otros.

Moreno Rodríguez⁷ precisa que la etapa de diagnóstico nosológico: "Consiste en establecer el nombre de la enfermedad que presenta el paciente: endocarditis infecciosa, cirrosis hepática, neumonía, hipertensión arterial, úlcera gástrica, pielonefritis aguda, etc." Y con respecto al diagnóstico etiológico o causal ese mismo autor precisa: "Implica conocer la causa de la enfermedad. En ocasiones el diagnóstico causal es el mismo que el nosológico y ello se debe al carácter ecléctico y desordenado de la nosografía, que denomina algunas afecciones por su evolución clínica (psicosis maníaco-depresiva), otra por sus características anatómicas (tuberculosis, hepatitis granulomatosa, bronquiectasia, estenosis mitral), otras por su primer descriptor (Chagas, Carrión, Alzheimer) o también por su agente causal (salmonelosis, actinomicosis)".⁷

Laín Entralgo, en el diagnóstico específico de la enfermedad, define la especie morbosa- un equivalente a la entidad nosológica como una abstracción intermedia entre la realidad inmediata del individuo enfermo y la abstracción genérica que es la enfermedad en sentido general y puntualiza: "El diagnóstico específico —o nosográfico, o nosológico, o diagnosis morbi, que de todos esos modos se llama— tiene como objeto propio la especie morbosa a que pertenece la enfermedad del paciente, según el modo como es concebida y nombrada".¹⁷

Señala que la nosografía actual es sumamente ecléctica y la describe en siete grandes grupos: "1ero Especies morbosas nombradas, concebidas y descritas sin otra consideración que el cuadro sintomático y el curso clínico: psicosis maníaco-depresiva, esquizofrenia, etc. 2do Especies morbosas nombradas y concebidas según los principios de la patología anatomoclínica: bronquiectasia, edema del pulmón, esclerosis renal, estenosis mitral, úlcera gástrica, cirrosis hepática, esclerosis en placas, etc. 3ero Especies morbosas nombradas de modo diverso pero concebidas con mentalidad netamente fisiopatológica: gota, diabetes sacarina, alcaptonuria, etc 4to. Especies morbosas nombradas, concebidas y descritas desde un punto de vista puramente etiológico: salmonelosis, tripanosomiasis, brucelosis, hidrargirosis, etc. 5to Especies morbosas nombradas con arreglo a su cuadro sintomático, pero etiopatológicamente concebidas: fiebre tifoidea, tifus exantemático, escarlatina, etc. 6to Especies morbosas nombradas según la anatomía patológica y concebidas según la etiología: tuberculosis.

7mo Especies morbosas cuyo nombre originario-arbitrario y convencional unas veces, conmemorativo del primer descriptor otras- ha sido conservado, y que luego han sido entendidas, según los casos, conforme a criterios anatomopatológicos, fisiopatológicos o etiopatológicos: sífilis, lepra, cáncer, enfermedades de Addison, de Basedow, de Chagas, etc".¹⁷

Barona hace referencia a la ambigüedad, la variación y la indeterminación semántica de términos médicos. En el caso del cambio y la variación semántica pone, entre otros, el ejemplo de anemia, término que en el siglo XIX, incluso hasta en las primeras décadas del siglo XIX, se definía como enfermedad o estado morbozo, en la segunda mitad del siglo XX se conceptualiza como síndrome.¹⁸

Si bien como Barona¹⁸ señala que hay trastornos, conjuntos de síntomas y signos considerados como enfermedades han devenido síndromes, la enfermedad o entidad nosológica propiamente dicha, aunque se puede expresar a través de un síndrome, no es sinónimo de este.

Y en el siglo XXI continúan presentes fenómenos de ambigüedad, variación e indeterminación semántica en algunos casos de empleo del término síndrome y enfermedad. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida adquirió categoría de enfermedad desde que se estableció su etiología, sin embargo, sigue denominándose síndrome.

El hecho de que todos los expertos estuvieron de acuerdo en que es necesario un rescate del verdadero significado y utilidad del término síndrome en la discusión diagnóstica, así como delimitar hasta dónde un síndrome y hasta dónde una entidad nosológica, y el diagnóstico etiológico del síndrome del diagnóstico etiológico de la entidad nosológica, señala la magnitud del problema.

Si bien la mayoría compartió la propuesta de revisión y rediseño de la sindromotaxia algunos se abstuvieron y un experto manifestó la preocupación de que el resultado fuese peor que la actual situación.

Preocupación, tal vez, de que suceda como plantea Espinoza Brito con las entidades nosológicas: "Otro aspecto que caracteriza nuestra época es la descripción de un número cada vez más creciente de 'entidades nosológicas' en la medicina clínica —la mayoría de las veces sin seguir una sistematicidad definida—, lo que ha originado múltiples intentos de organizar, de la manera más universal posible, las enfermedades y las lesiones, a través de 10 clasificaciones internacionales —especie de 'esperanto taxonómico'— revisadas periódicamente en los últimos 100 años".¹⁹

Pero de lo que se trata no es de una revisión de todos o de la mayoría de los síndromes, tal y como hace el profesor Raymundo Llanio en su libro, sino de establecer aquellos síndromes que contribuyan al proceso diagnóstico como etapa previa del diagnóstico nosológico, causal, lesional, patogénico, funcional, evolutivo y total, tal y como resume el profesor Moreno Rodríguez.⁷

Las diferencias de criterios entre algunos agrupados de expertos sobre el concepto de síndrome, con respecto a su modificación o su re-conceptualización, reflejan un conflicto cognoscitivo en su percepción conceptual que implica para algunos de ellos una insatisfacción con la concepción existente.

De acuerdo con sus posturas reflejadas en los resultados del análisis clúster, en especial por sus selecciones en las dimensiones III, IV y VII, los expertos se distribuyeron, con excepción de uno de ellos, en tres principales agrupados. A estos, por el enfoque conceptual que lleva inherente y de acuerdo con su mayor o menor cercanía a la definición y expresión tradicional del síndrome, los clasificamos como: una escuela emergente o heterodoxa (primer grupo) que constituye la minoría, una escuela de transición o ecléctica (segundo grupo), intermedia en número de expertos entre ambos extremos, y escuela tradicional u ortodoxa (tercer grupo), integrada por la mayoría de los expertos.

El identificar estas tres escuelas es de gran importancia pues no solo refleja el conflicto en la percepción conceptual que constituye un problema cognoscitivo, también ofrece las pautas a seguir en la posible solución del conflicto, para que de manera dialéctica, si así lo requiere, efectuar un cambio conceptual sobre la base de las actuales circunstancias, pero sin que se transforme la esencia de la definición del término síndrome, en correspondencia con el papel que debe desempeñar en el proceso del diagnóstico médico.

El cambio conceptual o reemplazo conceptual debe ser concebido, teniendo presente al decir de Moreira y Greca: "Acordemos que 'todo cambio, de hecho es cambio de alguna cosa: el cambio presupone que algo cambia'. Sin embargo, presupone todavía que, durante el cambio, esa cosa debe permanecer la misma".²⁰

Se revela una vez más la necesidad de llegar a un consenso con respecto al término síndrome, en sus diversas aristas, en especial lo referente a su empleo en la discusión diagnóstica. Se lograría así evitar su uso puramente formal, o incluso arbitrario, que lejos de aportar a establecer un diagnóstico nosológico, etiológico o ambos, se construye *a posteriori* de este último, y que es en realidad formulado a partir de síntomas, signos o ambos, que no necesariamente constituyen un síndrome y sobre todo con los resultados de los recursos diagnósticos de los llamados exámenes complementarios: la analítica clínica, la electrocardiografía, la electroencefalografía, la imagenología, la endoscopia, la biología molecular o la histopatología. Datos, estos últimos, que son de inapreciable utilidad en una rediscusión diagnóstica, pues ellos en sí constituyen la contrastación necesaria para la comprobación de la hipótesis diagnóstica.

Tal vez la excepción sería, la inclusión, de un signo de la analítica clínica, en determinados síndromes. Por ejemplo, el síndrome hiperglicémico, la inclusión del signo analítico hiperglicemia junto a los síntomas clásicos como la poliuria, la polifagia, la polidipsia y la pérdida de peso, entre otros, completarían la formulación del síndrome. En la realidad muchos pacientes ingresan con una glicemia realizada en el servicio de urgencias. Además, el concepto de síndrome hiperglicémico que aparece en el tomo II del libro de texto de *Propedéutica Clínica y Semiología Médica* está centrado en el dato humoral de una glicemia elevada sin alusión a manifestaciones clínicas; estas se describen, junto con la sindromogénesis, para el caso específico de la diabetes mellitus aunque en la etiología se hace referencia a otras causas además de la diabetes mellitus en sus principales tipos

De cualquier modo la formulación de un probable síndrome hiperglicémico podría seguirse haciendo con los datos clínicos, pero el diagnóstico positivo sindrómico se haría al constatar el signo analítico o estableciendo un diagnóstico diferencial sindrómico, hasta disponer de los resultados del laboratorio, con otros conjuntos sintomáticos integrados por poliuria y polidipsia y que no presentan hiperglicemia.

CONCLUSIONES

Existe concordancia en general en los criterios de expertos de la existencia de un uso inadecuado del término síndrome en algunas discusiones diagnósticas con afectación de su funcionalidad y negativa influencia en el proceso diagnóstico médico, así como sus posibles causas. Sin embargo, existen algunas divergencias entre tres agrupados de expertos respecto a algunas formas de manifestarse el uso inadecuado y de factores que pudieran influir, y sobre todo, con respecto a la ampliación del concepto de síndrome en el proceso diagnóstico, mediante la inclusión de signos propios de los exámenes complementarios y su posible consecuencia en el algoritmo del método clínico en el proceso diagnóstico. Esto lleva a plantear, en especial con respecto a la concepción del término síndrome, la existencia de una escuela emergente (heterodoxa) con minoría de expertos, y una escuela tradicional (ortodoxa) con la mayoría de los expertos, e intermedia, en número de expertos, una escuela de transición (eclectica).

“El trabajo científico comienza cuando el significado de las palabras y los conceptos es definido con precisión”.

G. Bachelard).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilizástigui Dupuy F. Consideraciones teóricas acerca del diagnóstico médico en su Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985.
2. Mulet Pérez AM. Síndrome: uso inadecuado del término en la discusión diagnóstica. CCM. 2015 [citado 5 ene 2017] ; 19(4): 628-644. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400004&lng=es
3. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante. 5^{ta} ed. Madrid: Prentice Hall Iberia; 1999.
4. Ciapuscio GE. La Terminología desde el punto de vista textual: selección, tratamiento y variación. Organon.1998[citado 21 jun 2017];12(26):1-15.Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/29558/18258>
5. Llanio Navarro R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica: Vol. 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
6. González Menéndez R. Psiquiatría para médicos generales. La Habana: Científico-Técnica; 1988.
7. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Ciencias Médicas; 2012
8. Ilizástiguir Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur. 2010 [citado 5 ene 2017];8(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311>
9. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
10. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. 2^{da} Ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
11. Mulet Pérez A. Historia clínica gastroenterológica En: Paniagua Estévez M, Neri Piñol Jiménez F. Gastroenterología y Hepatología T.1, La Habana: Ciencias Médicas; 2015.

- 12-. Llanio Navarro R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica: Vol. 2. La Habana: Ciencias Médicas; 2005, p. 1015
13. Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setián C, Hernández Zúñiga E, Vicente Peña E, et al. Medicina Interna. Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Ciencias Médicas; 2006
14. Castellanos Basulto A. Enfermedad renal crónica. En: Vicente Peña E, Rodríguez Porto AL, Sánchez Zulueta E, Quintana López L, Riverón González JM, Ledo Grogués D. Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: Ciencias Médicas; 2012, p. 259-262.
15. 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
16. Llanio Navarro R, Lantigua Cruz A, Batule Batule M, Matarama Peñate M, Arús Soler E, Fernández Naranjo A, et al. Síndromes. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
17. Laín Entralgo P. Diagnóstico de la enfermedad. En: Balcells Gorina A. Patología General: Vol. 1. Barcelona: Toray, SA; 1970. p.18-27.
18. Barona JL. Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento de las enfermedades. Panacea@. 2004[citado 21 jun 2017]; 5(15):37-44. Disponible en: www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-Barona.pdf
19. Espinoza Brito A. La clínica y la medicina interna. Pasado, presente y futuro. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
20. Moreira MA, Greca IM. Cambio conceptual: análisis crítico y propuestas a la luz de la teoría del aprendizaje significativo. Ciênc Educ (Bauru). 2003[citado 5 ene 2016]; 9(2):301-315. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132003000200010

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los siguientes expertos su colaboración en este trabajo:
Colaboradores****

Prof Aux Dr MSc Alfredo Arredondo Bruce (Camagüey)
Prof Tit. Dr.C Miguel Ángel Blanco Aspiazú (MSc) (Habana)
Prof Aux MSc Sergio Del Valle Díaz (Santiago de Cuba)
Prof Aux MSc Dr. José Aurelio Díaz Quiñones (Sancti Spiritus)
Prof Tit. Prof Tit. Dr. C. Luis Gómez Peña (MSc) (Holguín)
Prof Tit. Dr.C Julio César González Aguilera (Granma)
Prof Aux MSc Dr. José Alberto González de León (Matanzas)
Prof Aux DrC Ezequiel Hernández Almeida (MSc) (Granma)
Prof Aux MSc Dra María Elena María Mawad Santos (Las Tunas)
Prof Aux MSc Dr. Ernesto Medrano Ojeda (Holguín) (Prof. Consultante)
Prof Tit. Dr.Cs, Miguel Ángel Moreno Rodríguez (Habana) (Prof. Consultante)
Prof Tit Dr.C Héctor Rodríguez Silva (Prof. Consultante) (Habana)
Prof Aux MSc Dra Nancy Ricardo Aguilera (Holguín)
Prof Aux MSc Dr Abelardo Rubio Rodríguez (Holguín)
Prof Aux DrC Gilberto Sánchez Cruz (Matanzas)
****(Orden Alfabético por primer apellido)

Recibido: 1 de diciembre de 2016

Aprobado: 15 de mayo de 2017

Dr. C. *Agustín M. Mulet Pérez*. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba
Correo electrónico: agustinmhlq@infomed.sld.cu