

¿Y todo para qué?...

Mariana, de 43 años, quien tenía una carrera profesional brillante dejó de trabajar de modo súbito e involuntario. Se acercó a mi consultorio un día de verano del año 2016, con voz angustiada me dijo que está pasando por una “crisis de vida” y que necesita guía para poder seguir adelante...

ANTECEDENTES DE MARIANA

Mariana en su juventud se consideraba a sí misma como una persona de lucha, que le gustaban los retos y con tendencia a ser perfeccionista. Estudió administración turística en una universidad privada y terminó su carrera con promedio de 10, después realizó una maestría en Finanzas concluyéndola con el mismo promedio.

En 1995, al concluir su carrera profesional trabajó en Ambrosía, en la sección de organización de banquetes. Fue reconocida por su trabajo intenso y entregado, así como por la planeación y organización al realizar su labor. Poco tiempo después, fue promovida directamente por el dueño aumentando considerablemente sus responsabilidades, motivo por el cual comenzó a trabajar jornadas de más de 14 horas.

Después de un periodo de arduo entrenamiento y por su experiencia la buscaron en American Express, ofreciéndole el puesto de “Organizadora de grupos y convenciones” este puesto incluye una serie de beneficios que la entusiasmaron profundamente, entre ellos: un incremento salarial considerable, la proyección de crecimiento inmediata y viajes frecuentes.

Mariana decidió cambiar de trabajo en el 97 con empeño renovado, llegando a laborar jornadas de hasta 18 horas, tratando de demostrar a los jefes su gran compromiso y entrega a la labor asignada. En esta condición laboral estuvo un par de años, periodo en el cual conoció a Alejandro y se hizo su novia ya que compartía con él, planes y proyectos de vida. Alejandro trabajaba para una empresa, pero quería desarrollar su propio negocio por lo cual, le pedía a Mariana constantemente su asesoría y apoyo, tanto en la visión estratégica del negocio como en cuestiones operativas que ella atendía con mucho amor (a pesar de la fatiga que le implica dedicar horas de su poco descanso a esta labor).

En esta época, con su trabajo tan demandante pero con la ilusión de lograr independencia laboral en algún momento junto con su novio, decidió abocarse al trabajo y así comenzar a puntualizar el proyecto común como cimiento para casarse y formar una vida con él. Durante

este año de planeación del negocio, la madre de Mariana sufrió un infarto al Miocardio (corazón) que se complicó al presentar una trombosis arterial alojada en la pierna derecha provocándole gangrena. Ese mismo día hospitalizaron de emergencia a su papá por una grave insuficiencia respiratoria derivada de una neumonía. Sus hermanos buscaron a Mariana para determinar cómo resolver los temas de salud de sus padres. Siendo ella la menor de los ocho hermanos, al parecer era la única que tenía la capacidad emocional y mental en ese momento para tomar decisiones.

El médico tratante le plantea que para que su madre siga con vida deben amputarle la pierna inmediatamente. Incapaz su padre de tomar decisiones, con todo aplomo ella decidió que operaran a su madre. Tomó el control de la crisis familiar, en ese momento tan difícil.

Mariana, durante el proceso contó con el apoyo de Alejandro, pero no como ella lo esperaba y necesitaba. Comenzó a desmoronarse su ilusión ante el noviazgo y sobre todo comenzó a cuestionarse el casarse con él, pues aunque sabía que era “el amor de su vida” observaba cosas que “no le gustaban del todo”, esto sin tomar en cuenta que al padre de Mariana no le parecía que Alejandro fuera “el candidato ideal para su pequeña”.

Pasada la crisis de salud familiar en el invierno de 1999, Mariana retomó con ahínco su trabajo, pero por sus ausencias comenzó a tener conflictos en la empresa y decidió buscar otro empleo. Contactó a una maestra de la Universidad en la que estudió y, le ofreció la oportunidad de trabajar en la organización de eventos de esta institución.

Mariana nuevamente cambió de trabajo y lo desarrolló con excelencia, con horario extendido pues “es la única manera que existe para que las cosas funcionen”. Fue reconocida por el Rector quien comenzó a tomarla en cuenta en decisiones de la dirección, por lo cual su vida profesional tomó un rumbo distinto y finalmente sintió que todo su esfuerzo empezó a dar frutos.

Al poco tiempo, decidió terminar con Alejandro (aunque ya tenían pagada la boda para junio del 2000) pues le inquietó demasiado no sentir esa armonía necesaria en su vida de pareja. Entre las cosas que se cuestionó es si podría soportar la frecuencia y la cantidad de alcohol que consumía Alejandro.

Su éxito profesional compensó su trágica experiencia amorosa. Mariana se enfocó en la tarea y trabajó tanto que dejó de existir en su vida otro motivo o razón.

Por su habilidad en la solución de conflictos le dieron más responsabilidades en el trabajo. Por su experiencia conciliadora y su capacidad de toma de decisiones se convirtió en el pilar fundamental tanto de la oficina como de su casa, en donde se vio obligada a acompañar a sus ancianos padres en procesos de convalecencia y enfermedad crónica por lo que en este momento era una “ejecutiva modelo e hija ejemplar”.

Su vida social fue muy abundante en la Universidad, ya que era “el único sitio en donde tuvo tiempo de atender a sus amigos”, por lo cual durante la hora de comida interactuaba con varios compañeros de trabajo y **estableció entrañables amistades.**

En una ocasión, a la hora de la comida, sin motivo alguno, **Mariana sufrió un súbito desmayo** en presencia de sus amigos, motivo por el cual fue llevada a la enfermería. Desde aquí empezaron una serie de episodios del mismo tipo, por lo que decidió acudir con un médico internista para que la revisara.

El médico, después de hacer una revisión concienzuda decidió enviarla al Centro de Diagnóstico de Síncope para practicarle algunos estudios (ver anexo 1). Como conclusión llegó al **diagnóstico de disautonomía;** la refiere a un colega Cardiólogo, quien a su vez la manda a una Neuróloga y en conjunto llegaron al mismo diagnóstico, por lo que le asignaron un tratamiento. Básicamente le indicaron medidas higiénico–dietéticas, como aumento de consumo de sal, beber electrolitos diariamente, utilizar medias de compresión para favorecer el retorno venoso de la sangre y le sugirieron que en cuanto sintiera que se fuera a desvanecer se acostara. Le explicaron que lo anterior debía ir unido al deporte, medicamentos (pindolol) y complejo vitamínico.

En este momento Mariana **se sintió vulnerable y empezó a sufrir miedo ante su enfermedad** y su **dificultad para continuar desarrollando sus labores** con la disposición mostrada hasta ese momento.

En esa época, por el trato continuo con un colega de trabajo, surgió un nuevo romance, sintiéndose emocionalmente fuerte y respaldada. La ilusión le duró poco, pues el galán al darse cuenta del deterioro de salud de Mariana y la frecuencia continua de sus desmayos, en un impulso de honestidad hacia sí mismo, decidió terminar la relación con ella. A ella le puso de pretexto tener “dudas de vocación”.....te quiero mucho pero quizá “me voy de voluntario”..... lo cual provocó en Mariana una **nueva y grave decepción amorosa.**

Por si fuera poco, **el Rector en el 2003 al ver su nueva condición de salud, empezó a apartarla de decisiones y asuntos importantes.** Le dijo “valoro mucho su trabajo pero para que esté menos presionada y se re establezca de salud le daremos una posición menos compleja” y es en ese momento cuando **la nombran Directora de la Biblioteca, con el afán de que “viva más tranquila”.**

Mariana ante esa dualidad de afectos, se sintió respaldada y por otro lado **relegada** a una posición en donde “no les estorbara”. Pero **agradecida** comienza a desarrollar la nueva encomienda con tal determinación que revolucionó la forma de trabajar en la biblioteca, integró a un equipo sólido, fuerte y potenció su trabajo en la junta de directores de bibliotecas a nivel nacional en donde adquirió responsabilidades como líder. Aquí tuvo oportunidad de fomentar la cultura (que ha sido muy importante para ella durante su vida) y encontró un foro adecuado para impulsarse en el ambiente universitario.

Mariana, como buena financiera destinó un gran porcentaje de su sueldo para ahorro durante toda su vida laboral. En el año 2005 obtuvo un crédito para comprar un departamento, cuya finalidad era rentarlo y tener un ingreso residual mensual. Mientras tanto continuó viviendo en casa de sus padres.

Harta de dedicarse con tanto esfuerzo al trabajo, en el 2009 decide tomar unas vacaciones en el puerto de Acapulco, lugar en donde convive con una amiga de la infancia quien iba acompañada de su novio. Después de unos días de convivencia, el novio de la amiga le propone presentarle a un primo, pues le dice “no todo en la vida es el trabajo y creo que te vas a casar con él”. Ella no toma muy en cuenta el comentario pero accede a darle el teléfono para el primo, pensando “es difícil que este tipo de presentaciones den resultado, pero para quitarme de encima a este insistente individuo, le daré el teléfono para su primito...”

Pasaron 4 meses y un domingo por la mañana Mariana recibe un telefonema de un muchacho que se presenta como José, “soy el primo de Roberto, el que conociste en Acapulco” y sin timidez alguna empieza a platicar con ella como si la conociera de toda la vida. En esta primera llamada telefónica de más de una hora de duración, concluye José por invitarla a un “concierto de música clásica en la sala Nezahualcóyotl en la UNAM” después de desayunar ahí mismo el siguiente domingo. Claro que Mariana estaba sorprendida de la armoniosa conversación y de la extraña invitación, que por cierto era muy afín a sus gustos e intereses.

El día del concierto pasó José a su casa, y al verlo Mariana pensó “además de hablar bonito, el muchacho me agrada”. Gustosa al ver su caballerosidad se sube al coche y emprenden una deliciosa conversación que continúan en el desayuno, interrumpen para el concierto y se convierte en comida, pues estaban muy a gusto. Finalmente ese día radiante de felicidad anuncia para sí misma que “quizá Roberto tenía razón.....con el primito”. A las 2 semanas comienza un noviazgo con José que al término de 3 años (en diciembre del 2012) concluye en matrimonio.....

Durante su noviazgo con José continuó presentando los cuadros de disautonomía, pero sabiendo los dos de que se trata, lo manejan muy bien por lo que no se empaña su felicidad, sin embargo, Mariana comenzó a sentir un cansancio “indescriptible”. Físicamente se cansa ante esfuerzos muy cotidianos y comienza a tener dificultad para trabajar las largas jornadas de trabajo acostumbradas. Sus afectos están en su mejor momento y no le da mucha importancia a este nuevo malestar físico.

Después de la luna de miel (2013), continúa su trabajo en la biblioteca y en el lapso de 6 meses comienza a ser más intensa la fatiga y se asocia con dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes de palabras, motivo por el cual, junto con su marido acuden con un doctor para que los oriente acerca de lo que está pasando.

Inicialmente el médico en cuestión cree que es un desequilibrio de la disautonomía, pero decide referirlos con un Neurólogo por el deterioro cognitivo, que ya para ese momento era evidente. Después de una adecuada evaluación física el doctor la envía a un estudio neurológico y determinan que **padece un “tipo de crisis convulsiva con migraña sin dolor de cabeza”**.

Se instala un tratamiento a base de medicamentos (carbameceptina, modafinilo) y en el transcurso del siguiente mes, el deterioro es tan significativo que deciden los esposos pedir otra opinión.

Cada vez le es más difícil ir a la oficina y comienza a tener largos periodos de ausencia laboral, y cuando se presenta, **el agotamiento mental y físico hacen que trabajar sea una tarea durísima**.

En la Universidad **comienzan por darle oportunidad para reponerse (del 2013 al 2014), después se le exige que acuda al IMSS por la incapacidad, pero es imposible obtenerla porque se desconoce el diagnóstico y tratamiento, así como el tiempo de recuperación**.

Después de una serie de estudios en el Hospital de Nutrición en la Ciudad de México durante el año 2015 y de ser valorada por neurólogos, internistas, cardiólogos, electrofisiólogos, infectólogos, psiquiatras y demás se llega a la **conclusión de que Mariana tiene un cuadro infeccioso por virus de Epstein Barr** (ver anexo 2) que se aloja en el cerebro y causa el daño cognitivo. Se inicia tratamiento medicamentoso (valganciclovir) y medidas generales ya que para este momento Mariana no puede levantarse de la cama, desde entonces a la fecha, cuando lo hace es con una fatiga extrema y el deterioro cognitivo es tal, que olvida apagar la estufa y otros asuntos de este tipo....

Preguntas a Resolver:

1. Realiza el análisis del caso desde las perspectivas Biológica, Psicológica, Social, Cultural, Familiar, Económica, Espiritual y Estética mismas que confieren la Salud Integral del Individuo.
2. Reflexiones filosóficas: ¿quién es Mariana?, ¿qué sentido tiene su vida?, ¿cómo podría afrontar este reto para ser feliz?.
3. ¿Qué elementos generan el deterioro en Mariana?
4. ¿Qué medicina preventiva hubiera requerido Mariana?
5. ¿Qué características de su vida afectiva (sentimientos, emociones y pasiones) complicaron su cuadro médico?
6. ¿Cuáles elementos familiares fueron relevantes en el desarrollo de su padecimiento?
7. ¿Existe alguna característica laboral que promoviera su deterioro físico y cognitivo?
8. Si fueras el Rector de Universidad ¿cómo resolverías el caso desde el punto de vista laboral y humano?
9. ¿Qué papel juega el marido de Mariana?

ANEXO 1

ANEXO 1



Síncope

**CENTRO PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINCOPE
MEDICA SUR FUNDACION CLINICA.**

Puente de Piedra 150 Torre II despacho 716. Tel 56067864

Dra. Guadalupe Fabian
Neurología

paciente de 29 años con historia de mareo, debilidad, parestesias, palpitaciones, sudor frío y fatiga. Se le ha diagnosticado hipoglucemia pero no ha mejorado con el tratamiento. Hace 1 años sufrió un síncope. El día de hoy se realizó prueba de inclinación en mesa basculante con soporte pedal y monitoreo continuo de la TA, el ECG y del flujo cerebral con Doppler transcraneal.

BASAL

Supina	FC latidos/min	TA mm de Hg	Observaciones
5 min	62	100 / 70	
Ortostatismo			
70°			
0 min	67	100 / 80	
5 min	83	100 / 80	Arritmia sinusal
10 min	82	100 / 80	
15 min	92	100 / 70	

ISORBIDE 5 mg sublingual,

supina	FC latidos/ min	TA mm de Hg	Observaciones
5 min	72	100 / 70	
Ortostático			
0 min	98	100 / 80	Doppler fluctuante
2 min	103	100 / 70	Muesca en Doppler
4:04 min	87	60 / ?	Presíncope

Prueba de inclinación positiva para intolerancia ortostática con comportamiento disautonómico y reacción vasovagal. Se documentó reducción gradual y fluctuante de la velocidad del flujo cerebral en sístole y en diástole.

Atentamente

Dr. J. Antonio González-Hermosillo G

DISAUTONOMÍA

La disautonomía es una alteración del Sistema Nervioso Autónomo, (desbalance Simpático-Vagal), que regula automáticamente muchas funciones importantes del organismo como el pulso, la presión, la temperatura y la respiración.

Son pacientes con sueño, insomnio y sueño no reparador, se cansan fácilmente. Frente a cambios repentinos como una emoción, al pararse rápidamente después de estar acostado o al estar de pie largo tiempo, o al caminar despacio o con cambios bruscos de temperatura, se produce una disminución de retorno venoso desde las extremidades inferiores, con lo que la presión arterial baja de forma brusca y llega poco oxígeno al cerebro. Esto se debe a la mala regulación del Sistema Nervioso Autónomo. Al asumir la posición de pie súbitamente, unos 300 a 800 cc de sangre se quedan en el abdomen y extremidades inferiores y esto sucede en segundos después del cambio de posición. En el caso de tener Disautonomía el organismo no es capaz de compensar esto rápidamente y aparecen los síntomas.

Síntomas de la Disautonomía

El síntoma más frecuente es la fatiga. El cansancio excesivo ocurre después de mediodía. Otros síntomas: al estar de pie por un tiempo prolongado la persona se siente como desfallecer, puede ponerse pálida, sudorosa y semejar una reacción hipoglucémica, (baja de azúcar).

De no sentarse o tirarse al suelo, puede tener un desmayo y perder el conocimiento.

Es necesario reconocer estos síntomas premonitores para evitar caídas y fracturas o una contusión cerebral, (Traumatismo Craneo- Encefálico).

Las manos y pies tienden a hincharse al estar inmóvil o al caminar despacio o con el calor excesivo. Los dedos de las manos se sienten duros, algo rígidos, por la hinchazón y es necesario empuñar las manos repetidamente para facilitar la circulación, con lo que la sensación desagradable desaparece.

Estas personas son por lo general friolentas, pero al mismo tiempo, no toleran calor excesivo.

Cómo confirmar el diagnóstico de la disautonomía:

Esto se hace con una prueba llamada Tilt Test, éste se hace en un Departamento de Cardiología. Para esto se coloca a la persona en una cama por unos 15 minutos, se le toma el pulso y la presión frecuentemente y después se coloca la cama verticalmente en 80°. La persona está sujeta a la cama con amarras, en posición de pie, afirmando los pies en la repisa, pero sin moverlos.

La prueba dura una hora, o menos. Si la presión baja sustancialmente o la persona se mareo o se desmaya la prueba es positiva.

Cómo tratar la disautonomía:

No existe un tratamiento curativo, pero hay muchas cosas que se pueden hacer para prevenir o

aliviar el problema.

Medidas generales Higiénico – Dietéticas:

1. Evitar estar de pie por tiempo prolongado.
2. Evitar caminar despacio.
3. Al estar sentado en un autobús, automóvil o avión hay que mover los pies y rodillas frecuentemente y pararse a caminar frecuentemente.
4. Se recomienda usar medias elásticas o calcetines elásticos con una presión en el tobillo de por lo menos 20mm de Hg.
5. Aumentar el consumo de sal en las comidas.
6. Hacer ejercicio aeróbico moderado, lo que ayuda el retorno venoso. Ejercicios en el agua, son particularmente beneficiosos.
7. Evitar la deshidratación, para lo que es conveniente tomar 2 a 3 litros de líquidos al día (se sugieren electrolitos orales).

ANEXO 2

Página: 1/3

LMP Laboratorio Médico Polanco

ANEXO 2

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	LABORATORIO																									
HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)																													
HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)	8.0	pg/mL	0 - 46.0	LCP																									
Metodología: Inmunoanálisis Marcado Especimen: Sangre Total																													
Resultado: VALIDADO																													
CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL																													
CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL - FRESCO																													
OBSERVACION DEL FRESCO																													
COLOR	* Blanco	--	Incoloro o hialino	LMP DF																									
pH	* 5	--	Menor de 4.5	LMP DF																									
CEL. EPITELIALES	Moderada cantidad	--	Moderada cantidad	LMP DF																									
ERITROCITOS	No se observan	--	No se observan	LMP DF																									
LEUCOCITOS	* Mas de 10 x campo	--	Menos de 10 x campo	LMP DF																									
BACTERIAS	* Abundante cantidad	--	Moderada cantidad	LMP DF																									
LEVADURAS	No se observan	--	No se observan	LMP DF																									
CELULAS CLAVE	* Moderada cantidad	--	No se observan	LMP DF																									
TRICHOMONAS	No se observan	--	No se observan	LMP DF																									
TINCIÓN DE GRAM	Moderados bacilos Gram positivos. Abundantes bacilos Gram negativos. Moderadas células clave Abundantes leucocitos Desarrollo de Gardnerella vaginalis	--		LMP DF																									
AISLAMIENTO																													
Metodología: Cultivos en medios selectivos y diferenciales Especimen: Exudado Vaginal																													
Resultado: VALIDADO																													
PANEL EPSTEIN BARR VIRUS																													
PANEL EPSTEIN BARR VIRUS																													
AG. DE LA CAPSIDE VIRAL (VCA)	1262	U/mL	--	LCP																									
AG. TEMPRANO DIFUSO (EAD)	1	U/mL	--	LCP																									
AG. NUCLEAR INDUCIDO (EBNA)	424	U/mL	--	LCP																									
AG. DE LA CAPSIDE VIRAL - IgM (VCAM)	3	U/mL	--	LCP																									
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>NEGATIVO</td> <td>INDETERMINADO</td> <td>POSITIVO.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG. CAPSIDE VIRAL:</td> <td>0 - 19</td> <td></td> <td>>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG. TEMPRANO DIFUSO:</td> <td>0 - 9</td> <td>10 - 40</td> <td>>40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG. NUCLEAR INDUCIDO:</td> <td>0 - 4</td> <td>5 - 20</td> <td>>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG. CAPSIDE VIRAL -M:</td> <td>0 - 19</td> <td>20 - 40</td> <td>>40</td> <td></td> </tr> </table>						NEGATIVO	INDETERMINADO	POSITIVO.		AG. CAPSIDE VIRAL:	0 - 19		>20		AG. TEMPRANO DIFUSO:	0 - 9	10 - 40	>40		AG. NUCLEAR INDUCIDO:	0 - 4	5 - 20	>20		AG. CAPSIDE VIRAL -M:	0 - 19	20 - 40	>40	
	NEGATIVO	INDETERMINADO	POSITIVO.																										
AG. CAPSIDE VIRAL:	0 - 19		>20																										
AG. TEMPRANO DIFUSO:	0 - 9	10 - 40	>40																										
AG. NUCLEAR INDUCIDO:	0 - 4	5 - 20	>20																										
AG. CAPSIDE VIRAL -M:	0 - 19	20 - 40	>40																										
Metodología: Inmunoanálisis Marcado Especimen: Suero																													
Resultado: VALIDADO																													
VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR																													
VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR																													
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	20	mm / hora	0 - 25	LMP DF																									
Metodología: Wintrobe Especimen: Sangre Total																													
Resultado: VALIDADO																													
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HB-A1C)																													
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HB-A1C)	4.8	%	4 - 5.6	LMP DF																									
Criterios de interpretación como prueba diagnóstica																													
Diabetes: >= 6.5 %																													
Riesgo aumentado de diabetes: 5.7 - 6.4 %																													
Normal: <= 5.6 %																													

INFECCIÓN POR EL VIRUS EPSTEIN-BARR

El virus Epstein-Barr (EBV) es un Herpes virus humano tipo 4, linfotrópico, en cuyas células (linfocitos) establece su infección latente. Se ha demostrado que este virus es el principal responsable de: Mononucleosis Infecciosa (MI), ciertas formas de cáncer y Encefalomielitis Miálgica más conocida como Síndrome de Fatiga Crónica (SFC).

Síndromes Clínicos

La Mononucleosis infecciosa es la más típica forma clínica de la infección primaria por el EBV. Como sucede con los demás Herpes Virus, la infección en niños es mucho más leve que la que se produce en adolescentes o adultos. El tiempo de incubación es de un mes aproximadamente. Después de un período de escalofríos, sudoración, fiebre y malestar, se presenta la enfermedad.

La Encefalopatía Miálgica o Síndrome de Fatiga Crónica cursa con cansancio crónico, febrícula, debilidad muscular e incapacidad para concentrarse.

Diagnóstico

Las infecciones por el EBV (Epstein-Barr Virus) se realizan de forma fundamental mediante estudios serológicos (de sangre).

Encefalopatía miálgica o síndrome de fatiga crónica

Es un cansancio intenso y continuo (fatiga). Este no se alivia con el descanso y no es causado directamente por otras enfermedades.

Causas

Se desconoce la causa exacta del síndrome de fatiga crónica (SFC). Se puede deber a:

- El virus de Epstein-Barr o el virus del herpes humano tipo 4.
- Inflamación en el sistema nervioso, debido a una respuesta defectuosa en el sistema inmunitario.
- Edad
- Enfermedad previa
- Estrés
- Factores ambientales

Este síndrome se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 30 a 50 años.

Síntomas

El síntoma principal del síndrome es una fatiga profunda y persistente, la cual a menudo empeora después del ejercicio físico o mental.

Los síntomas pueden incluir dolores musculares, dolor de cabeza y fatiga extrema.

El síntoma principal del SFC es el cansancio extremo, que es:

- Nuevo
- Dura al menos 6 meses

- No se alivia con el reposo en cama
- Tan intenso que impide participar en ciertas actividades
- Empeora cuando se está en una posición vertical

Otros síntomas incluyen:

- Sentirse muy cansado durante más de 24 horas después de realizar ejercicio que normalmente se consideraría fácil.
- No sentirse descansado después de haber dormido suficiente tiempo
- Falta de memoria
- Problemas para concentrarse
- Confusión
- Dolor articular pero sin hinchazón ni enrojecimiento
- Dolores de cabeza diferentes a los que ha tenido en el pasado
- Irritabilidad
- Fiebre leve: 37.3°C o menos
- Dolores musculares (mialgias)
- Debilidad muscular en todo el cuerpo o en distintas partes, que no es causada por ningún trastorno conocido.
- Dolor de garganta
- Sensibilidad en los ganglios linfáticos del cuello o la axila

Pruebas y exámenes

No existen pruebas específicas para confirmar el diagnóstico de SFC. Sin embargo, ha habido informes de pacientes con SFC que arrojan resultados anormales en los siguientes exámenes:

- Resonancia magnética del cerebro
- Conteo de glóbulos blancos

Tratamiento

En la actualidad, no existe cura para el SFC y el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas.

El tratamiento incluye una combinación de lo siguiente:

- Terapia cognitiva-conductual (TCC)
- Ejercicio gradual
- Una alimentación saludable

Técnicas de manejo del sueño

- Medicamentos para reducir el dolor, la molestia y la fiebre
- Medicamentos para tratar la ansiedad (ansiolíticos)
- Medicamentos para tratar la depresión (antidepresivos)

Algunos medicamentos pueden causar reacciones o efectos secundarios que son peores que los síntomas originales de la enfermedad.

A las personas con SFC se les exhorta a mantener una vida social activa. El ejercicio físico suave también puede servir. Un equipo de atención médica ayudará a planear qué tanta actividad puede hacer y cómo incrementarla lentamente. Las recomendaciones incluyen:

- Evitar hacer demasiado en los días cuando se sienta cansado
- Balancear el tiempo entre la actividad, el reposo y el sueño
- Dividir las tareas grandes en tareas menores y más manejables
- Repartir las tareas de mayor desafío a lo largo de la semana

Las técnicas de relajación y reducción del estrés pueden ayudarle a manejar el dolor crónico y la fatiga. Sin embargo, no se usan como tratamiento principal para el SFC. Las técnicas de relajación incluyen:

- Biorretroalimentación
- Ejercicios de respiración profunda
- Terapia con masajes
- Meditación
- Técnicas de relajación muscular

Se están investigando nuevos métodos con medicamentos.

Grupos de apoyo

Algunas personas pueden beneficiarse del hecho de tomar parte en un grupo de apoyo para el SFC.

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico a largo plazo para los pacientes con el síndrome de fatiga crónica varía y es difícil de predecir cuando los síntomas comienzan por primera vez. Algunos pacientes se recuperan completamente después de 6 meses hasta un año.

Casi 1 de cada 4 personas con SFC están tan gravemente discapacitadas que no pueden levantarse de la cama o salir de su casa. Los síntomas pueden ir y venir en ciclos, e incluso cuando las personas se sienten mejor, pueden experimentar una recaída disparada por el ejercicio o una causa desconocida.

Algunas personas nunca sienten que vuelvan a desempeñarse como antes de presentar la enfermedad. Los estudios sugieren que tiene mayor probabilidad de mejorar si se realiza una rehabilitación intensiva.

Posibles complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

- Depresión
- Incapacidad para participar en actividades sociales y laborales, lo cual puede llevar al aislamiento