

Un síndrome llamado disautonomía

Información para quien lo padece y para quien convive con él

Luis Fernando García-Frade Ruiz



Editorial Alfíl

UN SÍNDROME LLAMADO DISAUTONOMÍA

Un síndrome llamado disautonomía

Luis Fernando García-Frade Ruiz

Médico Internista del Hospital Ángeles del Pedregal.
Licenciatura como Médico Cirujano en la
Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad “La Salle”.
Diplomado en Diabetes, Hipertensión y Obesidad,
Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.
Especialidad en Medicina Interna en la Universidad “La Salle”,
Hospital Ángeles del Pedregal.



**Editorial
Alfil**

Un síndrome llamado disautonomía

Todos los derechos reservados por:

© 2015 Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Insurgentes Centro 51–A, Col. San Rafael

06470 México, D. F.

Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57

e-mail: alfil@editalfil.com

ISBN 978–607–741–128–4

Dirección editorial:

José Paiz Tejada

Revisión editorial:

Irene Paiz, Berenice Flores

Ilustración:

Alejandro Rentería

Diseño de portada:

Arturo Delgado

Impreso por:

Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C. V.

Calle 2 No. 21, Col. San Pedro de los Pinos

03800 México, D. F.

Octubre de 2014

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general de la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguros de que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o fármaco terapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Colaboradores

Dra. Lorena Cuéllar Gamboa

Médico Neurólogo Vascular, egresada del Instituto Nacional de Neurología y del Hospital Universitario “La Paz”, Madrid, España. Hospital Ángeles del Pedregal.

Capítulos 6, 7

Dr. Luis Fernando García-Frade Ruiz

Egresado de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. Médico Internista en el Hospital Ángeles del Pedregal.

Capítulos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8

Dr. Emmanuel Solís Ayala

Médico residente de Medicina Interna, Hospital Ángeles del Pedregal.

Capítulos 3, 4

Contenido

Introducción	IX
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
1. ¿Qué es la disautonomía?	1
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
2. Síntomas en el síndrome de disautonomía	11
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
3. Prueba de diagnóstico: la mesa de inclinación	21
<i>Emmanuel Solís Ayala, Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
4. Tratamiento del síndrome de disautonomía mediante medidas generales	27
<i>Emmanuel Solís Ayala, Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
5. Tratamiento del síndrome de disautonomía con medicamentos	31
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
6. Experiencia de una médica neuróloga con el síndrome de disautonomía	37
<i>Lorena Cuéllar Gamboa</i>	
7. Preguntas frecuentes en la disautonomía	45
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz, Lorena Cuéllar Gamboa</i>	
8. Opinión de la disautonomía, mi experiencia y algunos consejos	51
<i>Luis Fernando García–Frade Ruiz</i>	
Índice alfabético	57

Introducción

Luis Fernando García–Frade Ruiz

Dentro del amplio terreno de las enfermedades existen ciertos padecimientos a los que, aunque han sido reconocidos desde hace muchos años, en los últimos tiempos se les ha prestado interés desde el punto de vista científico. Dichos padecimientos han sido identificados de manera correcta a través del tiempo; sin embargo, se han conceptualizado de manera individual a través de los años y nunca han sido abordados de manera integral hasta hace pocos años, y sólo desde el punto de vista de la investigación. Las alteraciones se caracterizan por ser desórdenes funcionales, es decir, al no existir alteraciones anatómicas ni bioquímicas convencionales en ellos, los estudios de laboratorio y gabinete resultan por definición sin alteraciones, lo que genera la poca credibilidad de los síntomas por parte de los médicos y familiares y la tan prolongada conceptualización de considerar a tales molestias como manifestaciones de desórdenes psiquiátricos.

Sin embargo, cuando se estudian con detenimiento dichas alteraciones de acuerdo con la especialidad médica que durante décadas las ha atendido, se encuentra que el tratamiento de cada una de ellas comparte muchas características en común, lo que ha llevado a algunos autores a considerar en últimas fechas que en realidad todas esas alteraciones obedecen a un mismo síndrome, con lo que yo me encuentro totalmente de acuerdo con base en mi poca experiencia.

Las alteraciones funcionales, como la colitis nerviosa (colon irritable), la migraña, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la vejiga irritable, entre otras, podrían pertenecer hoy en día a un solo diagnóstico con un solo tratamiento.

La hasta ahora llamada disautonomía podría incluir quizá de manera global todos esos padecimientos y muchos más, como la mayoría de los desmayos, en una

amplia gama de manifestaciones clínicas, pero con un solo método diagnóstico y opciones cada vez más claras de tratamiento específico, aunque aún poco alcanzables en nuestro país.

El presente texto representa quizá el primer escrito a manera de libro respecto a dicha alteración autonómica dirigida a la comunidad no médica, cuyo objetivo es acercar a la población la información suficiente del padecimiento tanto para aumentar su identificación y diagnóstico como para introducir a los médicos de primer contacto y especialistas en el síndrome. Cabe mencionar que ciertos conceptos comentados en este texto corresponden a las observaciones de el autor y no se encuentran sustentadas en fuentes internacionales.

Me encuentro convencido, como lo han mostrado los países de primer mundo, de que la verdadera civilización sólo se podrá alcanzar a través de la educación de la población, en la que los temas relativos a la salud siempre tendrán un lugar primordial. Si bien la disautonomía no es una causa de mortalidad, quizá constituye una de las causas más frecuentes de disminución de la calidad de vida de un gran número de personas, por lo que los trabajos que más adelante se lleven a cabo en relación con esta alteración beneficiarán a un número importante de seres humanos.

Si bien desde el punto de vista médico este trastorno resulta verdaderamente complejo en su profundo conocimiento y entendimiento, los invito a realizar un interesante viaje, mediante un vocabulario sencillo, en el amplio universo de un síndrome llamado disautonomía.

“Quien logre llegar con la suficiente ayuda a la cima podrá descubrir desde lo alto lo soñado para algunos, el paraíso para muchos y el logro para todos.”

Dedicado a mis pacientes con disfunción autonómica y a sus familiares.

Agradezco a mis padres por heredarme el gen de la perseverancia pese a las adversidades, al equipo médico de la prueba de inclinación y a mis pacientes, por ser ellos mis libros más completos para continuar siempre aprendiendo, pero sobre todo gracias a ti, por leer lo que escribo.

¿Qué es la disautonomía?

Luis Fernando García–Frade Ruiz

Las tan variadas manifestaciones de la por ahora llamada “disautonomía” han recibido un sinnúmero de observaciones, adjetivos, denominaciones y abordajes a lo largo de la historia, pero siempre bajo la mención de no provocar consecuencias, la mayoría de las veces perjudiciales, en el paciente, tal como lo describe Jenny Springer en su premiado libro descriptivo de 1930, refiriéndose a la “neurosis cardíaca como la extraordinaria sensibilidad con que el corazón reacciona a las más ligeras emociones, comenzando enseguida a latir con violencia. Muchos se quejan de ahogos y opresión, y un sudor frío cubre la frente. También se pueden presentar mareos y desvanecimientos”.

CONCEPTOS GENERALES

A continuación se menciona la manera como se encuentra conformado el sistema nervioso autónomo y su funcionamiento, para poder entender posteriormente su disfuncionalidad, llamada disautonomía (*dis*: dificultad).

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

El sistema nervioso autónomo (SNA) se activa principalmente por centros situados en la médula espinal, el tallo cerebral y el hipotálamo, así como en porciones

de la corteza cerebral, especialmente de la corteza límbica, que pueden transmitir impulsos a los centros inferiores y de esta manera influir en el control autónomo. Las señales autónomas eferentes se transmiten al cuerpo a través de dos subdivisiones principales, llamadas sistema nervioso simpático y sistema nervioso parasimpático.

Los nervios simpáticos tienen su origen en la médula espinal entre los segmentos T-1 y L-2, desde donde pasan primero a la cadena simpática y desde ahí a los tejidos y órganos que son estimulados por los nervios simpáticos. Cada vía simpática desde la médula espinal al tejido estimulado se compone de dos neuronas, una neurona preganglionar y una posganglionar. El cuerpo celular de cada neurona preganglionar se halla en el asta intermediolateral de la médula espinal. Inmediatamente después de que el nervio raquídeo abandona la columna las fibras simpáticas preganglionares dejan el nervio y atraviesan la rama blanca hasta llegar a uno de los ganglios de la cadena simpática. La neurona posganglionar tiene entonces su origen en uno de los ganglios de la cadena simpática o en uno de los ganglios prevertebrales. Desde cualquiera de estos dos puntos de partida las fibras posganglionares viajan a sus destinos en los diversos órganos.

Alrededor de 75% de todas las fibras nerviosas parasimpáticas se encuentran en los nervios vagos, que pasan a la totalidad de las regiones torácica y abdominal del cuerpo. En el sistema parasimpático, excepto en el caso de unos cuantos nervios craneales, las fibras preganglionares pasan sin interrupción hasta el órgano que van a controlar. A continuación, en la pared del órgano se hallan las neuronas posganglionares.

Las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas secretan uno de los dos neurotransmisores sinápticos: acetilcolina y noradrenalina. Todas las neuronas preganglionares son colinérgicas, tanto en el sistema nervioso simpático como en el parasimpático. Las neuronas posganglionares del sistema parasimpático son también todas colinérgicas. En cambio, la mayoría de las neuronas simpáticas posganglionares son adrenérgicas, excepto las fibras nerviosas que van a las glándulas sudoríparas, a los músculos piloerectores y a unos pocos vasos sanguíneos, las cuales son colinérgicas.

Después de que la noradrenalina ha sido secretada por las terminaciones nerviosas su eliminación del sitio secretor se lleva a cabo mediante tres procedimientos distintos:

1. Recaptación de las propias terminales adrenérgicas por un proceso de transporte activo, que supone la eliminación de entre 50 y 80% de la noradrenalina secretada.
2. Difusión desde las terminaciones nerviosas a los líquidos corporales circundantes y de ahí a la sangre, lo que supone la eliminación de prácticamente la totalidad de la noradrenalina restante.

3. Destrucción de una pequeña parte por medio de enzimas.

No obstante lo anterior, se han reportado distintas teorías respecto al origen del síndrome, algunas de los cuales han involucrado el estudio entre gemelos; sin embargo, dichas teorías no han logrado explicar el síndrome en todos los casos, quizá porque existen un sinnúmero de subtipos de disautonomía, muchos de ellos con distintas causas.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO NOS PONEMOS DE PIE (ORTOSTASIS)?

La posición de pie es un factor de estrés que requiere un adecuado volumen sanguíneo, así como una rápida y efectiva compensación circulatoria y neurológica para mantener la presión arterial (PA) y el estado de conciencia.

La primera defensa en contra del llenado venoso es la “bomba muscular”, en la que las contracciones de los músculos de las piernas y los glúteos propician un regreso de la sangre venosa secuestrada al corazón. Esta bomba muscular es completamente vencida al adquirir la posición de pie sin movimiento.

La segunda línea de defensa contra la intolerancia ortostática es la respuesta neurovascular, la cual incluye cambios rápidos en la resistencia del tono vascular (vasoconstricción), limitando el flujo a las extremidades y al lecho espláncico mientras se promueve el vaciamiento pasivo. Los mecanismos reflejos compensatorios son principalmente controlados por los barorreceptores localizados en el seno carotídeo, el arco aórtico y las arterias coronarias proximales.

Los efectos humorales realizan un mecanismo de defensa en contra de la disminución en la llegada de sangre cerebral a través de la activación de un sistema liberador de enzimas, que tienen como propósito incrementar la PA y retener agua (sistema renina–angiotensina–aldosterona, liberación de epinefrina y vasopresina). Estos mecanismos inician minutos después de ponerse de pie (ortostasis), por lo que tienen relativamente poca importancia en la respuesta inmediata al cambio postural.

Durante la posición de pie los mecanismos compensatorios son parcialmente efectivos; sin embargo, la presión arterial sistólica (PAS) no cae de manera significativa, la presión arterial diastólica (PAD) se eleva como resultado de una disminución del volumen latido y la expulsión ventricular disminuye 25% como resultado del llenado cardiaco parcial, debido a un aumento en la frecuencia cardiaca (FC). Existe también una disminución normal en el flujo sanguíneo cerebral de aproximadamente 6%, debido a que la autorregulación cerebrovascular se encuentra funcionando cercana a su límite cuando el paciente se encuentra de pie.

DESMAYO O SÍNCOPE

El síncope se define como “la pérdida súbita del estado de conciencia con pérdida del tono postural y recuperación espontánea”.

El síncope es una manifestación clínica común en múltiples trastornos con diversos mecanismos, cuya vía final es una insuficiente llegada de sangre a nivel cerebral para mantener el estado de conciencia.

DISAUTONOMÍA

En términos generales, y para un mejor entendimiento del síndrome por parte de la comunidad no médica, se explica la disautonomía de la siguiente manera:

El sistema nervioso autónomo es una parte del cerebro compuesta por varios elementos interconectados entre sí por un sistema muy amplio y complejo de conexiones neuronales. Dicho sistema nervioso dirige las funciones involuntarias del organismo, tales como la frecuencia cardíaca (número de veces que late el corazón en un minuto), la presión arterial (fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de un vaso sanguíneo), los movimientos intestinales y de todo el tubo digestivo, el tono muscular, la sudoración, etc.

Estas funciones del SNA son llevadas a cabo a través de dos “mensajeros”: simpático y parasimpático. El primero se encarga de transmitir las señales para el aumento de la frecuencia cardíaca y elevar la presión arterial, entre otros, mientras que el parasimpático transmite las señales para todo lo contrario. Es así como en las personas con un SNA funcional, ante un susto por ejemplo, se activa el sistema nervioso simpático con taquicardia, hipertensión arterial, sudoración y estado de alerta, mientras que una persona disautonómica puede presentar de forma súbita este mismo síntoma acompañado de ansiedad, incluso al estar sentada en un sillón viendo la televisión. Es decir, la actividad del sistema nervioso simpático entra cuando no debe y el parasimpático al contrario, de tal manera que ante situaciones en las que debiera activarse el simpático lo hace el parasimpático, pudiendo presentarse el desmayo, por ejemplo, ante una impresión, al ser puncionado para sacarle sangre, ante un disgusto, etc., a lo que suele llamarse la mayoría de las ocasiones reacción vasovagal, síncope neurocardiogénico, reacción vagotónica, etc.

Asimismo, existen formas en las que predomina una actividad constante del simpático (p. ej., fibromialgia) o del parasimpático (p. ej., síndrome de fatiga crónica).

De la misma forma, nos referimos al término intolerancia ortostática (incapacidad para soportar estar de pie) como la disfunción del SNA a través de sus

“mensajeros” para realizar la adecuada constricción de las venas de las piernas al adoptar la posición de pie y con ello mantener una adecuada llegada de sangre al cerebro. Este tipo de disfunción provoca que la sangre se “estanche” en las venas de las piernas, con el consiguiente aumento de la frecuencia cardíaca por actividad simpática, sudoración, dolor de cabeza, ansiedad y el posterior desmayo (síncope) o sensación del mismo.

Un pequeño porcentaje de la población con disautonomía presenta un subtipo llamado “taquicardia postural ortostática” (POTS, por sus siglas en inglés), el cual se presenta con aumento de la frecuencia cardíaca al adoptar la posición de pie (hay quien lo considera un tipo de intolerancia ortostática; sin embargo, el autor prefiere reconocerlo por separado, ya que tiene implicaciones terapéuticas distintas).

Quienes padecen POTS suelen presentar dolores de cabeza tipo migraña, ansiedad, sudoración, trastornos del sueño, etc., es decir, manifestaciones simpáticas.

Un estudio que se realizó de manera reciente en el Distrito Federal incluyó una muestra de 1 647 pruebas de inclinación; 43% correspondieron al tipo de reacción vasovagal, 38% a intolerancia ortostática y 4% a POTS.

Si bien todas estas formas son llamadas de manera global como disautonomía, es indispensable conocer el subtipo de respuesta, ya que no todas las disautonomías se tratan igual; de acuerdo al subtipo deberá ser el tratamiento. Ésta es una de las razones por las que considero que el término disautonomía debería desaparecer para este tipo “benigno” de condiciones médicas, ya que existen disautonomías secundarias a otros padecimientos médicos de carácter crónico y de pronóstico desfavorable, como la diabetes mellitus, la cual en su forma crónica presenta algunas de las características cardiovasculares antes mencionadas; la enfermedad por depósito de amiloide, misma que dentro de las afecciones de otros órganos, como el riñón, puede manifestarse con datos disautonómicos; o la rara pero existente enfermedad de Shy-Drager, también llamada atrofia sistémica múltiple, en la que una de varias manifestaciones neurológicas es precisamente la disautonomía, cuya evolución es progresiva y degenerativa.

Se sabe que la disautonomía en todos sus subtipos es más frecuente entre las mujeres; sin embargo, se ignora la razón. En el estudio realizado se revisaron un total de 1 647 pruebas de inclinación, de las cuales 71.4% se realizaron en pacientes del sexo femenino y 28.5% en hombres. La edad mínima fue de cuatro años y la máxima de 84, con un promedio de 40 años.

Los promedios de edades en los tres tipos de respuesta más frecuentes fueron: 31 años en la reacción vasovagal, 33 años en la intolerancia ortostática y 27 años en la POTS.

Se reportó que 76.2% de las intolerancias ortostáticas correspondieron a mujeres, con una relación de 3.2 mujeres por cada hombre, mientras que 68.9% de las

respuestas vasovagales correspondieron a mujeres, con una relación de 2.2:1; la POTS se presentó en una relación de 5.5:1.

¿CUÁL HA SIDO LA EVOLUCIÓN DE LA DISAUTONOMÍA A TRAVÉS DEL TIEMPO Y EN QUÉ PUNTO ESTÁ ACTUALMENTE?

La evolución de la disautonomía ha sido un fenómeno interesante y único desde el punto de vista médico a través de la historia. Como se puede ver en las primeras líneas de este capítulo, los síntomas mostrados por las personas con el síndrome han sido correctamente descritos desde un punto de vista meramente cardiovascular, con presencia de palpitaciones, desvanecimientos y sudoración fría, aunque con el pronombre de neurosis, si bien en este caso descrita como cardíaca. Más adelante, y durante muchos años, los pacientes con dichos síntomas —alarmantes para sus familiares— la mayoría de las veces acuden a los servicios de urgencias, en donde por desconocimiento del síndrome, después de algunas pruebas básicas de laboratorio y quizá de un electrocardiograma, son dadas de alta, ya que “no tienen nada” o se encuentran “histéricas”, y en el mejor de los casos se les prescribe algún ansiolítico. En peor caso están los pacientes que han presentado síncope desde la infancia o la adolescencia y nunca han acudido a una revisión médica.

Así, durante muchos años varios pacientes con síntomas han visitado un sinnúmero de médicos y han sido sometidos a más estudios, que siempre resultan normales, por lo que se finaliza invariablemente con el mismo comentario: “es nervioso”, sin integrarse formalmente un diagnóstico, un manejo específico, un pronóstico y mucho menos una explicación a tales síntomas.

Desde hace algunos años se inició en distintas partes del mundo, incluido México, el estudio de dichos pacientes a través de una prueba que en un inicio y durante algunos años se ha dedicado al estudio del síncope, llamada prueba de inclinación.

El tratamiento para los pacientes con prueba positiva se basó durante mucho tiempo en medidas no farmacológicas y posteriormente comenzaron a utilizarse algunos fármacos, entre ellos un betabloqueador (pindolol), el cual dio buenos resultados en algunos pacientes, y por ello, de manera no actualizada, continúan prescribiéndolo algunos médicos que tratan el síndrome.

Más adelante esta afección resultó de interés en el ámbito médico. Así, el autor de este capítulo se sirvió diagnosticar a los pacientes que presentaban los síntomas, pero sin desmayos, observando que la población con las características del síndrome es mucho mayor de lo que se pensaba, por lo que un adecuado diagnós-

tico puede ofrecer a los pacientes una mejor calidad de vida. Al tiempo que corrían sus observaciones, en otros países se desarrollaban pruebas de nuevos fármacos para los pacientes con síncope, introduciéndose así el uso de antidepresivos, algunos de los cuales tienen una acción sobre el sistema nervioso autónomo, lo que resulta de utilidad en algunos casos de manera independiente de su efecto sobre el estado de ánimo, lo cual parece indispensable tratar en varios de estos pacientes.

Durante mucho tiempo han existido distintas entidades en la medicina que han sido definidas, observadas y estudiadas por separado y de acuerdo con la especialidad, como los trastornos funcionales, todos ellos diagnósticos de exclusión, es decir, que se requiere descartar la presencia de otras enfermedades que pueden comportarse de una manera similar. La característica de estos trastornos funcionales es que todos los estudios de imagen y de laboratorio que se realicen van a resultar dentro de la normalidad. Un ejemplo de estos trastornos es el síndrome de colon irritable (colitis nerviosa), que es muy frecuente y constituye la segunda causa de ausencia laboral en EUA, después del resfriado común; el dolor de cabeza, llamado migraña; el dolor de cuerpo inespecífico, llamado fibromialgia; el cansancio inexplicable del llamado síndrome de fatiga crónica; y otras alteraciones funcionales, como las genitourinarias y las digestivas, y quizá la disfuncionalidad de la vesícula biliar.

Fue así como de unos años a la fecha dichas alteraciones comenzaron a ser estudiadas por separado en un intento por relacionarlas con las personas con diagnóstico de disautonomía a través de una prueba de inclinación, encontrándose que en efecto muchas de ellas compartían las mismas características. Es así como de manera teórica gran parte de estos padecimientos se integran hoy en día, aunque sólo por algunos autores, como parte de la disautonomía. Desde un punto de vista personal, desde hace tiempo se han considerado estos padecimientos como una de las varias “fichas” que componen el complejo “rompecabezas” llamado disautonomía; es decir, al paciente que presenta dichos síntomas aun sin presentar síncope se le realiza la prueba de inclinación, con lo que se obtiene un diagnóstico específico; con ello se ofrece un tratamiento más dirigido que el que había estado recibiendo durante tiempo, el cual ofrece una sorprendente mejoría. Es así como todavía existe cierta renuencia en la comunidad médica a conocer y aceptar parte de estos avances que en la medicina se han dado. Hace algunos años la mayoría de los médicos especialistas no confiaban en los resultados de la prueba de inclinación; sin embargo, hoy es un estudio que se realiza todos los días y es un tema que figura en los artículos de las revistas médicas del país.

De entonces a la fecha, en muy pocos años se han diagnosticado y atendido una gran cantidad de pacientes con el síndrome, lo que ha aumentado la experiencia en el reconocimiento de los síntomas y ha permitido aplicar los cambios farmacológicos en el tratamiento de acuerdo a las investigaciones realizadas en otros paí-

ses; así, los fármacos que quizá se prescribían hace cuatro años hoy ya no se indican, tanto por actualización como por falta de disponibilidad de ellos en nuestro país. Tan es así que el fármaco de primera elección para los pacientes con intolerancia ortostática recomendado hace más de tres años aún no está disponible en México. Es decir, no ha sido una labor sencilla atender, crear, estudiar, convencer, tratar y sobrellevar a los pacientes con dicho síndrome en nuestra época; sin embargo, se ha dado fin a su interminable peregrinar por clínicas, hospitales, laboratorios, etc., y hoy pueden saber lo que padecen, lo que a la vez les da la seguridad de todo lo que no padecen, lo cual parece ser de mayor beneficio.

DESDE UN PUNTO DE VISTA PERSONAL, ¿QUÉ ES LA DISAUTONOMÍA?

Desde una perspectiva muy general y en términos “vulgares” se describirá, con base en la poca experiencia del autor, lo que es llamado “disautonomía”, con el fin de que la comunidad no médica, a quien se encuentra dirigido este texto, logre comprender mejor lo que puede significar este síndrome al día de hoy.

En términos generales, se considera que dicho síndrome, que incluye la intermitente disfuncionalidad de ciertos aparatos en un mismo organismo, no obedece de manera estricta a una enfermedad, sino que pareciera ser un perfil de respuesta del organismo a ciertos estímulos, es decir, así como existen los perfiles de personalidad, de la misma forma pareciera que ciertos organismos tienen un determinado perfil y se “rehusan” a enfrentar ciertos “estresores”, como si fuera la respuesta más primitiva del cerebro responder tan sólo a una prueba de “gusto” o “aversión” ante una determinada situación. Debido a lo anterior, parece ser una condición no evolutiva en la que las hormonas femeninas ejercen una importante influencia y en la que los medicamentos actuales sólo intentan disminuir la intensidad de los síntomas ante la exposición a dichos “disparadores”, mas no corrigen la disfuncionalidad desde su origen, motivo por el que se considera que actualmente el mejor tratamiento es el conocimiento de los síntomas y las adecuadas información y educación del paciente para lograr ciertas modificaciones en el estilo de vida y aprender a lidiar con una condición que padecerá en mayor o menor intensidad el resto de su vida. Sin duda, quien logre demostrar el origen de tal respuesta orgánica tan primitiva, pero que despierta reacciones tan complejas a la vez, se ganará el premio Nobel, tanto por el gran número de individuos con la afección como por la importancia del mismo en la calidad de vida. Hay que recordar que como parte del síndrome se incluyen una variedad de síntomas, desde la paciente que sólo se maree de vez en cuando hasta aquella que se puede desmayar varias veces en una semana.

¿ES EL SÍNDROME UNA CONDICIÓN MERAMENTE PSIQUIÁTRICA?

Es ésta una pregunta difícil de responder, no porque exista duda de si lo es o no, pues queda muy claro que no es una condición meramente psiquiátrica, sino porque no es sencillo todavía explicar la frecuente relación que existe entre el síndrome y los trastornos afectivos, como depresión, ansiedad o ataques de pánico. Lo que ha quedado claro es que el síndrome constituye una clara manifestación de la relación que existe entre el cuerpo y la psique, ya que una ficha del “rompeca-bezas” que constituye al síndrome está constituida por dichos trastornos, mismos que en ocasiones mejoran de manera sorprendente con el tratamiento de la disautonomía y en otros casos se requiere añadir algún medicamento o incluso la valoración por parte de un psiquiatra; sin embargo, si el paciente sólo se atiende el desorden afectivo, sin estudiarse ni tratarse la disautonomía, la respuesta parece ser siempre parcial, y viceversa. Es decir, pareciera que el paciente se encuentra en un círculo vicioso en donde se deprime porque no termina de sentirse bien y la depresión es a su vez un fuerte disparador de disautonomía.

También existe una clara diferencia entre somatización, hipocondriasis y disautonomía, por lo que es importante acudir con un facultativo que realice un adecuado diagnóstico.

En consecuencia, se genera la siguiente pregunta: ¿quién debe estudiar y tratar este síndrome?, cuya respuesta será analizada más adelante.

Síntomas en el síndrome de disautonomía

Luis Fernando García-Frade Ruiz

GENERALIDADES

Hablar de los síntomas en el trastorno funcional motivo del presente texto es demasiado amplio y variado, debido a que la incorrecta y a la vez transitoria alteración en la funcionalidad puede afectar diferentes órganos en distintos momentos y no los mismos en todas las personas.

El complejo y variado “rompecabezas” de síntomas que se puede encontrar en el perfil de funcionalidad distinto al grueso de la población, hasta ahora llamado disfuncionalidad del sistema nervioso autónomo, puede incluir algunos síntomas de varios padecimientos que hasta el momento, considerados de una manera muy limitada, conforman en sí distintos diagnósticos en la medicina, tales como los dolores de cabeza de tipo vascular (migraña), la intolerancia ortostática con o sin desmayo (síncope), el poco específico y diagnóstico por demás alterno y excluyente síndrome de fatiga crónica, la famosa y a la vez tan segmentada entidad llamada fibromialgia, los trastornos funcionales digestivos diversos, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (agruras), la colitis nerviosa y quizá el trastorno funcional de la vesícula biliar (discinesia vesicular), además de tan variadas manifestaciones que la disminución transitoria en el flujo sanguíneo genera a distintos niveles del organismo, como lo es a nivel cutáneo con la presencia de palidez y frialdad en las manos y los pies, y a nivel cerebral, manifestada con sueño extremo, fatiga, mareos, trastornos en la concentración, sensación de “aire dentro de la cabeza”, sueño excesivo posterior a las comidas, sensación de desmayo (lipotimia) y desmayo (síncope). Los trastornos afectivos pueden confor-

mar una ficha de tal “rompecabezas”, a manera de depresión, ansiedad, trastornos de pánico, etc., además de que se pueden presentar trastornos funcionales genito-urinarios diversos, como dolor al orinar (vejiga irritable) o dolor vaginal durante las relaciones sexuales (dispareunia).

Cabe mencionar que el desmayo no necesariamente constituye la expresión máxima de esta condición, por lo que lo complicado y a la vez indispensable es diagnosticar a los individuos que padecen la disfuncionalidad con disminución en la calidad de vida sin presentar desmayo.

Con dichas manifestaciones, actualmente y sólo en ciertas ocasiones se llegan a constituir con suerte diagnósticos médicos “segmentados”, cuando en realidad podrían verse varios de ellos, como dentro de una licuadora, en un determinado individuo y obtenerse algún grado y un subtipo de disautonomía, integrándose un diagnóstico específico con un solo tratamiento para tan variadas e inespecíficas molestias, eliminándose la polifarmacia, las múltiples visitas médicas, los innumerables estudios clínicos y de gabinete, y los diagnósticos poco ortodoxos, como la histeria, la hipocondriasis y muchas otras situaciones más.

Entre la gran gama de síntomas que se pueden presentar en dicho trastorno se encuentran los que se muestran en el cuadro 2-1. No es necesario, desde luego, que se presenten todos ellos, aunque algunos pueden predominar sobre otros tanto

Cuadro 2-1. Síntomas en la disautonomía

Variabilidad en la frecuencia cardíaca
Taquicardia al ponerse de pie
Variabilidad en la presión arterial
Baja presión arterial con síntomas
Mareos
Desmayo
Sensación de falta de aire
Sensación de hormigueo
Fatiga
Pérdida de la orientación espacial
Dolores de cabeza
Palpitaciones
Fibromialgia
Dolor al orinar
Sudoración
Dispareunia
Síndrome premenstrual
Colitis nerviosa
Trastornos del sueño
Desórdenes emocionales

en frecuencia como en intensidad. Es decir, existen individuos que nunca se han desmayado, mientras que otros se desmayan con frecuencia o en algunos predomina la fibromialgia con insomnio, taquicardias, colitis, etc.

SUBGRUPOS DE SÍNTOMAS

A continuación se describen algunos de los síntomas en la disfunción autonómica, de acuerdo con los distintos subgrupos hasta el momento clasificados en relación con los síntomas predominantes; todos ellos se pueden integrar de alguna forma en un periodo de transición como disfuncionales.

Los síntomas transitorios de la intolerancia ortostática crónica incluyen mareo, por lo general asociado a palidez, intolerancia al ejercicio, fatiga, debilidad, sudoración (diaforesis), visión borrosa, dolor torácico, aumento de las respiraciones (polipnea), palpitaciones, temblor, ansiedad, náusea, coloración morada de los dedos (acrocianosis), dolor de cabeza (cefalea), enrojecimiento de la cara (rubor), malestar abdominal, dolor muscular o articular, zumbido de oídos, insomnio y deterioro neurocognitivo.

Se ha observado en la práctica clínica que dichos pacientes pueden presentar una gran combinación de los síntomas. Es así como ciertos pacientes pueden sólo referir datos sutiles de ellos o bien combinaciones que alternan en tiempo y severidad de los mismos, tras lo cual se puede presentar o no desmayo asociado. Si bien el estar de pie (ortostatismo) suele agravar los síntomas, varios pacientes los presentan aun al encontrarse sentados.

Por lo general una historia de tres o más meses es necesaria antes del diagnóstico de intolerancia ortostática, aunque no es raro identificar en la historia clínica antecedentes de estos síntomas de inicio en la adolescencia; la mayoría de los pacientes ya se han acostumbrado a vivir con tales molestias o, peor aún, llegan a considerar que todos los demás viven con los mismos malestares.

Los síntomas predominantes en los pacientes con intolerancia ortostática con o sin desmayo suelen ser fatiga constante, mareo intermitente (que puede o no estar asociado con los cambios de posición), sensación de pérdida de la estabilidad (los pacientes refieren sentir la necesidad de hacer contacto con un objeto fijo después de cierto tiempo de estar de pie), así como pérdida de la orientación espacial, por lo que es frecuente que se impacten contra objetos fijos al caminar; incluso hay quien ha referido que al caminar siente “como si lo jalara el diablo”. Es común también la presencia de hormigueo (parestesias), sobre todo en los miembros superiores (brazos).

El desmayo (síncope) se define como la pérdida del estado de conciencia con una recuperación total (*ad integrum*). Si bien el desmayo constituye uno de los

más grandes retos diagnósticos dentro de la medicina debido a su tan variada etiología, que incluye causas neurológicas, cardíacas, metabólicas, tóxicas, etc., los distintos subtipos de desmayo que hoy en día pueden incluirse dentro del inapropiado término de disautonomía constituyen cerca de 60% de los desmayos; no por ello no es de suma importancia la correcta y completa evaluación de los pacientes con desmayo, ya que al final del día la disautonomía continúa siendo un diagnóstico de exclusión, es decir, al tratarse de una condición funcional difícil de diagnosticar habrá que descartar la presencia de otras condiciones que pueden simular disautonomía y que, en consecuencia, requieren otras formas de tratamiento y confieren distintos pronósticos. Es importante considerar que se puede presentar una prueba de inclinación positiva y no ser necesariamente la causa de los síntomas.

En términos generales, los distintos tipos de desmayo en la disautonomía, llamados benignos por su etiología, pero no necesariamente tan benévolos por sus posibles complicaciones traumáticas, se clasifican finalmente en causas generadas por un aumento del tono vagal con la consecuente vasodilatación y en ocasiones cardioinhibición, hipersensibilidad del seno carotídeo, vasovagales “situacionales” desencadenados por maniobras de Valsalva (orinar, evacuar, toser, etc.) o bien por intolerancia ortostática (estancamiento de sangre en las venas de los miembros inferiores, con la consecuente caída de la llegada de sangre a nivel cerebral). Es posible que antes del desmayo existan distintos tipos de síntomas dependiendo de la persona, tales como oscurecimiento de la visión, “ver lucecitas”, mareo, cansancio, etc., o bien se presenten de manera súbita, sin previo aviso.

De manera menos frecuente se pueden presentar desmayos acompañados de movimientos que simulan una crisis convulsiva (síncope convulsivo), por lo que la mayoría de las veces estos pacientes son mal diagnosticados como epilépticos, en cuyo caso el tratamiento, pronóstico, etc., son totalmente distintos. No es raro que tales diagnósticos de epilepsia puedan ser arrastrados desde la infancia con un escaso control de las manifestaciones tras el uso de anticonvulsivantes, en cuyo caso la demostración de disautonomía con reproducción del síncope convulsivo puede poner de manifiesto el diagnóstico y así definir el mejor tratamiento.

Es importante mencionar que no todos los padecimientos con las características mencionadas en la disautonomía necesariamente lo son, ya que existen trastornos orgánicos importantes que pueden generar disautonomía de manera secundaria, por lo que en principio parece inapropiado el término de disautonomía para esta disfuncionalidad en general benigna del sistema nervioso autónomo, ya que dificulta su indispensable diferenciación con otras enfermedades. Por ejemplo, la diabetes mellitus puede generar disautonomía secundaria después de varios años de padecerla, o bien enfermedades más raras, como la amiloidosis, pueden ocasionar una severa disautonomía junto con daño a otros órganos vitales; asimismo, el poco frecuente síndrome de atrofia sistémica múltiple (síndrome de

Shy–Drager) se puede presentar con datos de disautonomía, con la posterior aparición de síntomas parkinsonianos y datos de afección al cerebelo, lo que representa tratamientos, seguimientos y pronósticos muy distintos.

Entre los factores que pueden precipitar o agravar los síntomas de dicho síndrome se encuentran:

- Medio ambiente cálido, baños calientes, vapor, sauna, etc.
- Periodo inmediato al ejercicio.
- Permanecer de pie sin movimiento durante un tiempo prolongado, como puede ser la estancia en misa, en una fila, en un evento escolar o laboral, etc.
- Comidas abundantes altas en carbohidratos, es decir, mientras se consume alguno de los hoy en día tan frecuentes y exagerados postres ricos en azúcar.
- Temprano, al levantarse.
- Maniobra de Valsalva, que incluye un esfuerzo al orinar, al evacuar, al “estirarse”, estando de pie, etc.
- Depleción de volumen: estados que conducen a deshidratación, como diarrea, vómito, fiebre, permanencia en sitios calurosos, etc.
- Incorporarse después de un prolongado descanso en cama, principalmente después de una enfermedad, cirugía, etc.
- Rápido cambio postural: levantarse de una silla, de la cama, etc.
- Estrés físico o emocional, dolor, sustos, etc. Se llama estrés físico a cualquier situación en la que el organismo se somete a una pérdida del equilibrio habitual, ya sea una enfermedad, una intervención quirúrgica, una hospitalización, un procedimiento dental, una toma de muestras sanguíneas, una donación de sangre o el simple hecho de ver sangre, mientras que el estrés emocional es toda aquella situación capaz de perturbar el estado de “comfort”, como un disgusto, depresión, ansiedad, una sorpresa, presión escolar (un examen), presión laboral, hablar en público, protagonismo en un evento social (su boda), rompimiento con el novio, evocación de un recuerdo a través de la estimulación olfatoria o visual (como oler el perfume de la expareja, etc.) y otros.
- Consumo de alcohol.
- Medicamentos: el consumo de hormonas, como anticonceptivos, taurina, cafeína y en general aquellas sustancias activas con terminación en “ina”, en algunos individuos pueden generar un estado de bienestar transitorio con posterior “fenómeno de rebote” una vez finalizada la vida media de tal químico; o bien generar en muchas otras personas un efecto “exagerado”, manifestado con la presencia de palpitaciones, ansiedad, angustia, sudoración, insomnio, temblor, etc., seguido de cansancio extremo y sueño.

Las palpitaciones en los pacientes con intolerancia ortostática suelen ser debidas a fenómenos relacionados con variabilidad en la frecuencia cardíaca, como se

presenta o no con los cambios de posición. Es común que el paciente identifique ciertos “disparadores” de las palpitaciones, como después de fumar un cigarrillo (nicotina).

El prolapso de la válvula mitral y diversas alteraciones de la función gastrointestinal, incluyendo la colitis nerviosa (síndrome de colon irritable) también se han asociado. El prolapso de la válvula mitral suele encontrarse en individuos jóvenes con una válvula mitral morfológicamente normal, en quienes la válvula se inclina hacia el interior de la aurícula izquierda durante la sístole, asociado con un “clic” sistólico durante la auscultación y la presencia de los criterios para prolapso valvular en el ecocardiograma (ultrasonido de corazón) realizado por un experto y con una fina búsqueda de tal variante dinámica. Estos pacientes deben ser considerados como una variante normal, ya que ellos no se encuentran en alto riesgo de complicaciones, pero la sospecha clínica con la siguiente confirmación por ultrasonido del corazón apoyan el diagnóstico del perfil funcional. En los últimos años el prolapso de la válvula mitral se ha asociado con disfunción autonómica o neuroendocrina, que resulta en un aumento transitorio de la liberación de adrenalina con algunos síntomas relacionados, incluyendo fatiga, palpitaciones (aumento de la frecuencia cardíaca y en ocasiones presencia de arritmias cardíacas benignas de tipo auricular), dolor torácico, intolerancia al ejercicio, sensación de falta de aire (disnea), dolores de cabeza (cefalea), mareo, desórdenes del sueño, desórdenes gastrointestinales, extremidades frías y ataques de pánico. Estos pacientes han sido clasificados como portadores del síndrome del prolapso de la válvula mitral.

Los pacientes con un subtipo de disautonomía, llamada taquicardia postural ortostática (POTS, por sus siglas en inglés), suelen presentar inestabilidad día con día y los síntomas incluyen mareo, dolor de cabeza, dolor torácico, palpitaciones, sensación de falta de aire (disnea), palidez, náusea, intolerancia al ejercicio y fatiga. El hallazgo principal durante la exploración física es un aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia) al adoptar la posición de pie; sin embargo, también se pueden presentar caída de la presión arterial (hipotensión) y taquicardia en reposo.

En la práctica clínica se ha observado la presencia de microinfartos corticales en estudios de imagen cerebral en pacientes con cefalea de características vasculares con o sin el antecedente de migraña, que además presentan todas las otras manifestaciones de disautonomía.

La fibromialgia (FM) es un síndrome complejo caracterizado por dolor muscular difuso acompañado de múltiples “puntos dolorosos” en diferentes localizaciones. Múltiples estudios han confirmado que la FM es significativamente más común en las mujeres que en los hombres, con una relación de 7:1.

Otros síndromes que parecen tener una asociación con el estrés y que comparten superposición sustancial con la FM incluyen el síndrome de fatiga crónica y

el síndrome de vejiga irritable. La FM también se asocia con otros trastornos crónicos, como la colitis nerviosa (colon irritable), los dolores de cabeza (cefalea), la depresión y la ansiedad.

Se sabe que aproximadamente dos tercios de los pacientes con FM cursan también con síndrome de colon irritable, contra únicamente 10% del grupo control.

Varios grupos de investigadores, mediante el análisis de variabilidad de la frecuencia cardíaca y la prueba de inclinación, han mostrado que la disfunción del sistema nervioso autónomo es frecuente en los pacientes con FM. Este nuevo conocimiento ha orientado a proponer que la disautonomía puede desempeñar un papel central en la génesis de la FM. Más aún, se ha postulado que la FM puede constituir un síndrome doloroso por una actividad simpática sostenida. Esta disautonomía se caracteriza por un sistema nervioso simpático que es hiperactivo de manera persistente, pero hiporreactivo al estrés.

La disautonomía puede explicar las características multisistémicas de la FM. Los pacientes con FM presentan una alta incidencia de manifestaciones clínicas cuando son comparados con pacientes con otras enfermedades reumáticas multisistémicas. Estas características distintivas incluyen desórdenes del sueño, fatiga, hormigueos (parestias), dolores de cabeza, ansiedad, rigidez matutina y colon irritable. La implacable hiperactividad simpática puede explicar los desórdenes del sueño, la ansiedad y la irritabilidad intestinal.

Se ha identificado la presencia de migraña hasta en 36.5% de los pacientes con criterios de FM. La migraña y la FM son dos desórdenes similares, ambos se presentan preponderantemente en mujeres y presentan una comorbilidad bidireccional con desórdenes afectivos. Las alteraciones psicosociales y las anormalidades psicológicas ocurren con frecuencia en pacientes con migraña y FM. Una mayor incidencia de depresión, ansiedad, somatización y antecedentes de abuso físico o sexual han sido encontrados en la FM.

Los síntomas de “presión arterial baja” son similares a los de la FM, incluyendo sudoración, visión borrosa, náusea y fatiga. Los síntomas pueden ser precipitados en ambos desórdenes por el ejercicio y el estrés. La hipotensión mediada neuralmente puede ser provocada por la prueba de inclinación en pacientes con fibromialgia, la cual a su vez provoca dolor.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza clínicamente por fatiga debilitante persistente o recidivante durante más de seis meses en ausencia de cualquier otra causa médica identificable. La causa de este síndrome es desconocida.

Los síntomas de intolerancia ortostática, como fatiga incapacitante, mareo, disminución en la concentración, temblor y náusea con frecuencia son encontrados en pacientes con SFC.

De 40 a 90% de los pacientes con SFC reportan sufrir desmayo o mareo. Existe un reporte de respuesta anormal a la prueba de inclinación de siete adolescentes con SFC, cuatro de los cuales respondieron al tratamiento para síncope mediado

neuralmente, mientras que otros investigadores sugieren que estos síndromes pueden estar sobrepuestos y agregan que los síntomas de estos pacientes pueden mejorar tras la terapia dirigida hacia este reflejo cardiovascular anormal, que es la intolerancia ortostática.

Un grupo de investigadores estudiaron a 28 pacientes entre los 10 y los 22 años de edad con SFC y utilizaron un grupo control con 20 personas sanas. Entre los resultados se reportó intolerancia ortostática con respuesta cardiovascular al adoptar la posición de pie en 16 de los 28 pacientes con SFC: ocho pacientes presentaron hipotensión ortostática espontánea, dos pacientes presentaron hipotensión ortostática retardada y seis pacientes presentaron taquicardia postural ortostática. Asimismo, determinaron que la falla hemodinámica cerebral en los pacientes con SFC e intolerancia ortostática sugiere una relación entre la falla de oxigenación cerebral (por disminución en la llegada de sangre cerebral) y la fatiga crónica.

Otro grupo de investigadores encontraron que la cuarta parte de los pacientes con síncope vasovagal presentan una alta prevalencia de síntomas de SFC, lo que genera la pregunta de una posible fisiopatología en común entre ambos síndromes. Existen evidencias de POTS en 25 a 50% de los pacientes adultos con SFC.

Los pacientes con SFC que presentan desmayos deben ser investigados en cuanto a la presencia de disautonomía, por lo que es necesario realizar más estudios para confirmar la relación entre estos dos síndromes.

La popularmente llamada colitis nerviosa, cuyo nombre médico es síndrome de colon irritable (SCI), constituye un trastorno gastrointestinal frecuente en la práctica clínica, con el cual la mayoría de los médicos se encuentran familiarizados.

En un lenguaje no médico se puede describir de manera muy general que los síntomas predominantes en dicho síndrome son malestar abdominal que no puede ser explicado por otras causas médicas y que presenta mejoría del dolor tras la defecación; su comienzo está asociado con un cambio en la frecuencia de los movimientos intestinales o con un cambio en la forma de las evacuaciones.

Los pacientes con dicho trastorno funcional suelen presentar distensión abdominal por las tardes, estreñimiento que se alterna con periodos de diarrea inexplicable o asociada a lapsos de estrés físico o emocional, o con la ingestión de algunos alimentos, tales como aquellos que aumentan la fermentación a nivel intestinal, como son las palomitas de maíz, el elote, los frijoles, las habas, las lentejas, los cacahuates, la col, la coliflor, las bebidas con gas, la goma de mascar, etc.

Los pacientes con SCI presentan una mayor prevalencia de desórdenes emocionales, incluyendo depresión mayor, desórdenes de pánico, fobia social, somatización y varios síntomas extraintestinales, como dolores de cabeza, dolor lumbar, insomnio, fatiga, debilidad, rigidez, mareo y palpitaciones. Existe una

sobreposición del SCI con otros desórdenes episódicos crónicos, como fibromialgia, vejiga irritable, desórdenes premenstruales, síndrome de fatiga crónica, alteraciones de las funciones neurovegetativas (sueño, libido y apetito) y probablemente intolerancia ortostática. Se ha informado que dichos síntomas son más prevalentes en los pacientes con predominio de constipación que de diarrea, lo cual puede ser resultado de una mayor actividad simpática. Las anomalías motoras del intestino delgado en el SCI tienden a desaparecer con el sueño y a exacerbarse con el estrés.

El estrés psicológico puede alterar la motilidad del colon y del intestino delgado tanto en sujetos normales como en pacientes con la enfermedad. Más de 60% de los pacientes con SCI refieren síntomas, como somatización, ansiedad, depresión y ataques de pánico. La prevalencia de abuso físico o sexual previo ha sido reportada en 32 a 44% de los pacientes con el síndrome; su presencia se correlaciona con la gravedad de los síntomas.

Entre los trastornos del sueño destacan el insomnio y el sueño no reparador, manifestado como un constante cansancio al despertar, no obstante el hecho de haber dormido bien, lo cual se determina por el número de horas y no por la calidad del sueño, lo cual indicaría no haber dormido.

Al hablar de los trastornos afectivos que con mayor frecuencia se encuentran en la disfunción autonómica se mencionan el síndrome depresivo, el trastorno de ansiedad y en ocasiones los ataques de pánico. Varias teorías giran alrededor de tales trastornos y su relación con la disautonomía, en la que parece difícil establecer si éstos son causa o consecuencia del desorden funcional, por lo que se prefiere considerar hasta el momento que sólo son compañeros; es decir, con base en la experiencia, no todos los pacientes con disautonomía presentan dichas alteraciones emocionales, además no todos mejoran sustancialmente de las molestias, incluyendo los trastornos anímicos con fármacos para ello, si bien algunos de los medicamentos utilizados para algunos subtipos de disautonomía son en ocasiones antidepresivos, además de que es frecuente el uso de ansiolíticos. Pareciera que en muchas ocasiones el paciente se encuentra en un círculo vicioso en el cual los malestares físicos no ayudan al estado anímico, además de que el estrés emocional exagera más los malestares físicos. Cabe mencionar que de manera anecdótica los antidepresivos en general no mejoran los síntomas físicos en todos los individuos afectados, lo que pone en duda que el trastorno emocional sea la única fuente de tan variadas manifestaciones orgánicas.

De acuerdo con la gran variedad de síntomas y las teorías hasta el momento propuestas acerca del origen de la disautonomía, parecería que la serotonina podría tener un papel muy importante a nivel central como origen de dichos trastornos, ya que provocaría un estado de hiperreactividad simpática con hiporreactividad ante los fenómenos de estrés, quizá dentro de una compleja interacción entre el sistema límbico y el hipotálamo, en la que probablemente pudiera existir a

manera de memoria emocional una predisposición desde la infancia al desarrollo de tan variadas manifestaciones, tal como se menciona que algunos de los niños que presentan durante la infancia periodos de detención de la respiración con la boca abierta y expresión de angustia seguida de un estímulo doloroso, frustración o enojo son propensos a desarrollar disautonomía.

REFERENCIAS

1. **García Frade LF, Mas AP:** Intolerancia ortostática. *Med Int Mex* 2006;22:542–554.
2. **Warnock J, Kleiton A:** Chronic episodic disorders in women. *Psychiatr Clin N Am* 2003; 26(3):725–740.
3. **Weimer L, Zadeh P:** Neurological aspects of syncope and orthostatic intolerance. *Med Clin N Am* 2009;93:427–449.

Prueba de diagnóstico: la mesa de inclinación

Emmanuel Solís Ayala, Luis Fernando García-Frade Ruiz

Una vez revisados los síntomas que son atribuidos a la disautonomía, seguramente se estará preguntando cómo se establece el diagnóstico.

Uno de los métodos más utilizados para realizar el diagnóstico es la mesa de inclinación, la cual consiste en una prueba no invasiva que permite estudiar los cambios que resultan en la presión arterial y la frecuencia cardiaca en la posición de pie con una inclinación conocida y durante un determinado tiempo.

Para llevar a cabo la prueba es necesario contar con ciertas condiciones básicas, como un espacio amplio para poder movilizar la mesa, un monitor en el que se registra la frecuencia cardiaca a través de un trazo electrocardiográfico continuo, un esfigmomanómetro para la toma de la tensión arterial, una mesa basculante o de inclinación y en algunas ocasiones un Doppler para el monitoreo del flujo sanguíneo cerebral. Aunque no desempeña un papel central en la prueba, es importante contar con un carro de reanimación en caso de que exista una reacción adversa; si bien la probabilidad es baja, no hace daño estar preparados (figuras 3-1 y 3-2). Las indicaciones para hacer esta prueba son variadas pero centradas en el mismo propósito, que es recrear los síntomas que originalmente llevaron a buscar atención médica; de esta manera se puede diagnosticar y diferenciar entre las distintas entidades que pueden desencadenar un síncope. Entre las indicaciones más importantes se encuentran:

- Se puede utilizar como ayuda para los pacientes que ya cuentan con un diagnóstico para identificar los síntomas prodrómicos, es decir, los síntomas que preceden a un síncope.

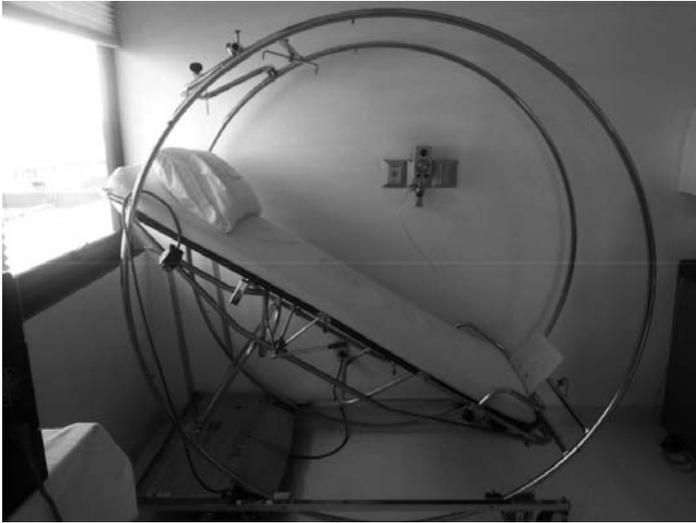


Figura 3–1. Mesa de inclinación

- Descartar un componente cardioinhibidor, es decir, la disminución de la frecuencia cardíaca.
- Cuando la persona se encuentra en riesgo laboral permite identificar el tipo de respuesta que presenta y establecer una medida preventiva.



Figura 3–2. Mesa de inclinación con ultrasonido Doppler, instrumento para la medición de la presión arterial y carro de reanimación cardiopulmonar.

- En los pacientes que presentan los eventos de manera recurrente es importante antes haber descartado la presencia de alguna alteración del corazón.
- Abordaje del estudio del síncope de causa desconocida.
- Diagnóstico diferencial entre los diversos tipos de síncope.
- Diagnóstico diferencial con padecimientos neurológicos.
- Diagnóstico diferencial con enfermedades psiquiátricas.

Se debe contar con un ayuno de cuatro horas para poder realizar la prueba; se realizarán algunas preguntas básicas sobre el estado de salud, como la presencia de alergias o bien si se padecen enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

Posteriormente se coloca a la persona en la mesa inclinada y se ajusta el brazalete del baumanómetro, de preferencia en el brazo izquierdo, para monitorear la tensión arterial, mientras que en el brazo contralateral se coloca un acceso vascular (venopunción) para la administración de solución salina y medicamentos si fuera necesario. Se colocan también unos electrodos en el pecho, con el objetivo de recibir la señal eléctrica del corazón, misma que se representa a través de un trazo electrocardiográfico en el monitor.

Se ocupan unas cintas para sujetar a la persona a la mesa, con la finalidad de sostenerla en caso de desmayo.

Una vez que los procedimientos iniciales concluyen es hora de dar inicio a la prueba, la cual va a ser asistida por una enfermera y un médico o médicos que la valoren y vigilen.

La prueba de inclinación se divide en dos fases: una pasiva y una activa. La primera consiste en colocar la mesa desde su posición completamente acostada a una inclinación de 70° (cabe mencionar que es el único movimiento que se realiza en la prueba); una vez en esta posición se observan los síntomas y las variables monitoreados, como la frecuencia cardiaca, la presión arterial y en ocasiones el flujo sanguíneo cerebral. El tiempo que se debe permanecer en esta posición varía dependiendo de quien realiza la prueba. Si durante esta fase pasiva se presentan datos suficientes para integrar el diagnóstico se detiene la prueba y ahí termina; por el contrario, si no existen mayores síntomas ni cambios en las variables hemodinámicas se prosigue a la fase activa de la prueba, misma que consiste en la administración de un medicamento (vía oral o sublingual la mayoría de las veces) que tiene la función de retar al sistema nervioso autónomo de manera transitoria. La reproducción de los síntomas durante esta fase disminuye la especificidad de la prueba; sin embargo, es importante recalcar que la positividad consiste en que aparezcan las mismas molestias que se padecen, si bien éstas pueden ser de mayor intensidad durante la prueba. En las pruebas realizadas de manera correcta y con un adecuado monitoreo, incluyendo del flujo sanguíneo cerebral, se puede evitar que la persona llegue al desmayo deteniendo a tiempo la prueba.

La prueba se dará por finalizada si el paciente presenta síncope o síntomas de presíncope durante cualquier fase de la misma, si el paciente lo solicita o si se han completado ambas fases de la prueba sin evocar ninguna sintomatología y, en última instancia, algún efecto adverso.

Para considerar positiva la prueba se contempla lo siguiente:

- **Presíncope:** hipotensión caracterizada por una presión sistólica menor de 85 mmHg, fatiga, palidez, mareos, sudoración o náuseas.
- **Síncope:** pérdida momentánea del estado de alerta o, como es comúnmente descrito, desmayo.
- **Presencia de bradicardia de manera súbita con latidos por minuto menores de 40, no importando su origen.** (Hay que recordar que el corazón tiene dos nodos: el sinusal, que es el encargado de producir los latidos en circunstancias normales y cuya frecuencia es aproximadamente de 60 a 100, y el atrioventricular, que para fines prácticos se podría considerar un nodo secundario que entra en función cuando el sinusal está inhibido y cuya frecuencia aproximada es de 40 a 60 latidos por minuto.)
- **Cambios electrocardiográficos:** bloqueos atrioventriculares de segundo grado.

Un aspecto muy importante durante la prueba es hacerle saber al personal médico las molestias que se presentan y saber de antemano que éstas desaparecerán una vez que finalice la prueba. Durante ese mismo día de la prueba se podrán experimentar molestias, como cansancio y dolor de cabeza.

Fuera de las molestias propias del síndrome, es importante mencionar algunas agregadas a la prueba misma. El brazalete que se coloca en el brazo tiene el objetivo de medir la presión arterial, por lo que se inflará cada vez que sea necesario conocer las cifras; además, cómo se mencionó, es necesario realizar una punción en una vena del otro brazo para administrar suero; asimismo, hay que indicar que la inclinación inicial de la mesa podrá dar la sensación de caída, la cual no sucederá gracias a la sujeción descrita.

Las ventajas de realizar la prueba son:

- **Accesibilidad:** se trata de una prueba que se puede realizar en varios hospitales y en varios centros de diagnóstico, puesto que las condiciones para realizarla se pueden reproducir fácilmente en un espacio adecuado, en donde lo más importante es el personal médico experimentado en su realización.
- **Costo:** la prueba sólo se realiza en una ocasión, por lo que habitualmente no es necesario continuar gastando en más estudios.
- **No es invasiva:** se refiere a que no es necesario introducir ningún catéter, sonda o dispositivo en el cuerpo del paciente para lograr la obtención de los resultados.

- **Seguridad:** se trata de un método de diagnóstico que presenta escasos riesgos de complicación y no se requiere sedación, la cual en ocasiones incrementa el riesgo de un efecto adverso en las pruebas. En esta prueba, como se mencionó, es necesario contar con un equipo de reanimación, dado que se pone a prueba el sistema de regulación de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca.
- **Practicidad:** es una prueba que dura aproximadamente 30 min y es capaz de ofrecer el diagnóstico tan buscado.

Las desventajas de realizar la prueba son:

- **Molestias:** durante la prueba se pueden presentar algunas molestias, mismas que en caso de positividad son las que llevaron a buscar atención médica; se puede presentar un desmayo.
- **Venopunción:** si bien se trata de una prueba no invasiva, se requiere un acceso venoso, por lo que se debe realizar una punción en el brazo.
- **Síntomas:** es común que se desarrolle dolor de cabeza por la vasodilatación que se induce al administrar el fármaco, efecto que desaparecerá en un par de horas.
- **Contraindicaciones:** cuando el paciente no puede permanecer en posición de pie y en algunas patologías cardíacas específicas, como cardiopatía isquémica, hipertensión no controlada, obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, estenosis aórtica, etc. (es decir, principalmente enfermedades del corazón).

Como se puede apreciar, las ventajas superan a las desventajas, las cuales hacen de ella una prueba segura, con adecuadas sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, siempre y cuando se realice en las condiciones mencionadas y por parte de personal experimentado.

Se ha desarrollado otra prueba, llamada ANSiscope HRV, que se encarga de monitorear el sistema nervioso autónomo. La manera en la que este aparato funciona es a través de complicados algoritmos matemáticos del electrocardiograma para valorar la función del sistema nervioso autónomo; asimismo, predice cómo es que funcionan los sistemas simpático y parasimpático.

La prueba tienen una duración aproximada de 15 min y se encuentra aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA), organismo estadounidense encargado de validar los fármacos y pruebas para el uso cotidiano sin que representen un riesgo para el paciente.

Desgraciadamente, constituye una tecnología que aún no está del todo disponible y que, aunque se encuentre aprobada ya por la FDA todavía falta terreno por validar, por lo que hasta este momento la prueba de inclinación es lo ideal para la integración del diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009) The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009;30:2631–2671.
2. **Reyes I, Pozzer D, Florentin H et al.**: Utilidad del *tilt test* en el manejo de pacientes con síncope de causa desconocida. *Rev Argent Cardiol* 1996;64 (3):253–255.

Tratamiento del síndrome de disautonomía mediante medidas generales

Emmanuel Solís Ayala, Luis Fernando García–Frade Ruiz

El síncope recurrente afecta de manera considerable la calidad de vida, incluso en ocasiones tanto como en las enfermedades crónico–degenerativas, como la artritis, la depresión o la enfermedad renal crónica. En ausencia de manejo del síndrome, éste puede conducir a la depresión, con una baja autoestima e incluso descuido de las actividades.

El tratamiento del síncope está enfocado hacia objetivos muy específicos: aumentar la expectativa de vida, disminuir las lesiones ocasionadas por las caídas y prevenir las recurrencias.

Lo primero para poder alcanzar estas metas es diagnosticar de manera adecuada el subtipo del síndrome (ver el capítulo correspondiente), descartando a la vez otras entidades que pueden simularlo, para así entender el mecanismo por el cual se está produciendo el fenómeno.

De acuerdo con un estudio en México, que incluyó un total de 1 647 pruebas de inclinación, se encontró que 43% se interpretaron como reacción vasovagal y 38% como intolerancia ortostática.

Puesto que el grueso de la población que presenta síncope se encuentra de manera predominante en estas dos categorías, se considera que las medidas no farmacológicas dirigidas a combatir estas dos entidades son de suma importancia.

El primer paso dentro de las medidas no farmacológicas es la educación del paciente.

Al enseñarle al paciente el origen de sus síntomas se reafirma la naturaleza benigna y controlable de los mismos, al mismo tiempo que es indispensable que sea entrenado para reconocer el inicio de los episodios y saber actuar ante ellos.

Es de vital importancia reconocer los gatillos o las situaciones desencadenantes del síncope, como ambientes calurosos, multitudes, deshidratación (depleción de volumen) y el reconocimiento de los síntomas prodrómicos (síntomas que suelen “avisar” sobre un posible episodio de desmayo).

El paciente debe, entonces, evitar todo aquello que disminuya la presión arterial, como bloqueadores de receptores adrenérgicos, diuréticos, alcohol, etc.

Las medidas físicas están tomando una mayor importancia en el tratamiento, ya que se ha demostrado a través de estudios que la realización de maniobras como cruzar las piernas o los brazos y apretar los puños pueden elevar la tensión arterial lo suficiente como para evitar o perder el estado de alerta.

También se ha propuesto un entrenamiento de inclinación. En grupos selectos de pacientes con síntomas recurrentes se inició una tolerancia progresiva a periodos prolongados de bipedestación (posición de pie), lo cual puede disminuir la frecuencia con la que se presentan los síntomas.

En el caso de la intolerancia ortostática también se aconsejan medidas semejantes a las ya descritas, pues se ha visto que al adoptar este tipo de medidas el incremento de la presión arterial, si bien es pequeño, de 10 a 15 mmHg, es suficiente para entrar en una zona autorreguladora, que puede significar una diferencia considerable.

La medición ambulatoria continua de la tensión arterial puede ayudar a identificar diferentes patrones anormales durante el día y establecer probables horarios de riesgo en los cuales el paciente puede presentar los síntomas.

Se debe descartar objetivamente la presencia de hipertensión arterial en este tipo de pacientes, puesto que una de las metas principales del tratamiento no farmacológico es el aumento del consumo de agua y sal, las cuales ejercen un efecto en la elevación de la tensión arterial.

Está aceptada y recomendada por las guías internacionales la ingestión de 2 a 3 L de agua al día y el consumo de 10 g de sal.

El consumo rápido de agua fría ha probado su efectividad para combatir la intolerancia ortostática.

Se ha visto que dormir con una elevación de la almohada de aproximadamente 10° tiene un efecto sobre la diuresis nocturna que mantiene un balance adecuado de la distribución de líquidos, evita la depleción de volumen y disminuye los síntomas.

Para evitar la acumulación de sangre en la parte baja del cuerpo por efecto gravitacional los pacientes de mayor edad pueden usar medias de compresión. Como se ha visto, las medidas de contrapresión físicas, como cruzar las piernas o incluso las sentadillas, tienen un efecto benéfico en el momento de presentar los síntomas, por lo que se recomiendan sobre todo en los pacientes jóvenes.

Reafirmando lo ya mencionado, se han escrito protocolos acerca de las medidas a tomar en estos casos.

Existe el protocolo de prevención del síncope de Hamburgo, que establece cinco pasos a seguir:

- Explicación del riesgo y reafirmación del pronóstico en el síncope vasovagal.
- Motivación para tomar al menos 2 L de agua al día.
- Evitar exponerse a los desencadenantes de síntomas y reducir en la mayor medida posible las alteraciones emocionales.
- Establecer un programa de ejercicio moderado.
- Realizar maniobras de contrapresión isométricas con los brazos y las piernas.

Se llevó a cabo un estudio en el que se evaluaron 371 pacientes, en quienes se llevó un seguimiento para predecir cuáles de ellos eran de alto riesgo y cuáles de bajo riesgo de presentar lesiones.

En dicho estudio se demostró que los pacientes que seguían el protocolo disminuyeron la frecuencia de lesiones al reducirse la recurrencia de síncope y de síntomas relacionados.

En el caso de la taquicardia postural ortostática (POTS), una vez más se hace hincapié en el tratamiento no farmacológico, que consiste en el aumento del consumo de agua y de sal.

En este subtipo del síndrome la presentación de la taquicardia se correlaciona con la severidad de la hipovolemia (disminución del volumen de la sangre). En varios estudios se ha demostrado que la ingesta aumentada de agua no afecta la tensión arterial, pero sí disminuye la frecuencia cardíaca.

El ejercicio aeróbico regular y el entrenamiento de resistencia de los miembros inferiores pueden ayudar a la expansión del volumen sanguíneo.

Se demostró que la realización de un programa de ejercicio de resistencia para trotar durante tres meses, con un incremento de 10 min cada mes pasando de 30 a 50 min, mejoró los síntomas tanto de la intolerancia ortostática como de la POTS.

En forma resumida, las medidas no farmacológicas para los distintos subtipos del síndrome se pueden recomendar de la siguiente manera:

- Dividir las comidas en cinco a seis veces al día, para evitar el atrapamiento de sangre en la circulación del intestino.
- Realizar ejercicio aeróbico varias veces por semana para mejorar el tono vascular.
- Aumentar la ingestión de líquidos a entre 2 y 3 L por día.
- Aumentar el consumo de sal para alcanzar una cantidad aproximada de 10 g (en los casos en los que ya se descartó formalmente la presencia de hipertensión arterial).

- Evitar permanecer de pie de forma prolongada.
- Moverse periódicamente en caso de viajes prolongados.
- Minimizar el tiempo que se permanece caminando despacio (caminatas en museos o en tiendas de autoservicio).
- Utilizar medias de compresión.
- Evitar los cambios bruscos de posición al incorporarse de una silla o de la cama.
- Evitar los medioambientes cálidos.
- Evitar el consumo de medicamentos no indicados por su médico, en especial las sustancias o fármacos cuyo nombre genérico terminen en “ina”, como la cafeína, la taurina, la nicotina, las sustancias de algunos antigripales, etc.
- Evitar esfuerzos, como pujar o estirarse de pie.
- En caso de presentar síntomas prodrómicos recostarse de inmediato sin importar dónde se encuentre, y si es posible elevar las piernas por lo menos a 30° del suelo.
- Evitar las visitas frecuentes a los servicios de urgencias, y en caso de síntomas contactar al médico que lo atiende del síndrome.
- Evitar subirse a juegos bruscos en los parques de diversiones.
- En caso de intervenciones dentales, punciones para muestras de sangre en los laboratorios, perforaciones, tatuajes, etc., advierta al personal sobre un posible desmayo y qué hacer en su caso.

Tratamiento del síndrome de disautonomía con medicamentos

Luis Fernando García-Frade Ruiz

Antes que nada, hay que ser objetivos en cuanto a qué es lo que se espera y se logra tanto con el manejo no farmacológico como con el farmacológico.

Si bien el síndrome de disautonomía se conforma de varios síntomas, la mayoría de ellos suelen mejorar de manera sorprendente con el uso de pocos medicamentos. La mejoría de los síntomas consiste tanto en espaciar su aparición como en disminuir su intensidad una vez que se presentan. Por ejemplo, en quien sufre síncofes (desmayos) hasta tres veces por semana el manejo suele espaciar su frecuencia hasta que se presentan sólo de manera ocasional y ante un claro “disparador”.

El tratamiento con medicamentos en las personas que padecen el síndrome puede resultar más complejo que el de muchos otros padecimientos en medicina, ya que varía en cuanto a los síntomas predominantes en una persona determinada y el comportamiento que durante la prueba de inclinación se haya presentado, así como en cuanto a la variabilidad de los signos vitales y el flujo sanguíneo cerebral, por lo que lo más importante para un adecuado tratamiento es la experiencia del médico.

De acuerdo a lo anterior, existen entonces personas que para su adecuado control requieren sólo las medidas generales, mientras que otras responden al uso de un medicamento y otras más requieren múltiples fármacos.

La mayoría de las personas presentan trastornos del sueño o bien un sueño no reparador, por lo que suelen levantarse cansados por las mañanas; por ello la adecuada atención del insomnio es uno de los primeros pasos a tratar, de lo contrario difícilmente se controlarán las molestias.

Si bien los síntomas gastrointestinales suelen presentarse en la mayoría de los pacientes a manera de colitis nerviosa u otras manifestaciones, su atención específica es en ocasiones necesaria, aunque de acuerdo con la experiencia del autor de este capítulo en algunas ocasiones suelen mejorar sólo con el tratamiento de la disautonomía.

Es importante mencionar que pareciera existir un subgrupo de personas con síntomas disautonómicos intensos acompañados de molestias gastrointestinales importantes, como distensión abdominal (se les “infla” la panza) y saciedad temprana (se “llenan” muy rápido al comer), quienes han sido catalogados como portadores de colitis nerviosa (ya que los síntomas son similares), además de que pueden presentar una vesícula perezosa (discinesia vesicular), la cual no se contrae de manera eficaz tras el consumo de alimentos, lo que provoca de manera secundaria los síntomas gastrointestinales y genera o exagera a la vez los síntomas disautonómicos. Dichos pacientes se pueden diagnosticar a través de estudios específicos y beneficiarse con la extirpación de la vesícula (colecistectomía), con lo que mejoran sustancialmente sus síntomas digestivos y de manera sorprendente sus molestias disautonómicas también, ya que al parecer las enfermedades que afectan la vesícula o el intestino delgado en ocasiones suelen desencadenar síntomas vagales en personas susceptibles, sin importar que hayan sido disautonómicas o no.

Los síntomas como la migraña, la fatiga inexplicable y los dolores de cuerpo inespecíficos, en ocasiones catalogados como fibromialgia, suelen mejorar tras el tratamiento específico de la disautonomía, siempre y cuando ésta se haya diagnosticado y atendido de manera objetiva, lo que disminuye a su vez el abuso de analgésicos y las complicaciones que tras su consumo éstos pueden ocasionar, como gastritis, úlcera gástrica y deterioro de la función renal.

Los trastornos emocionales que en ocasiones suelen acompañar a los síntomas, sean como un componente del síndrome o como el “disparador” del mismo, en ocasiones mejoran con el tratamiento de base, a través del uso de un antidepresivo o no, ya que algunos medicamentos contra la depresión se encuentran indicados en ciertos subtipos de disautonomía, independientemente de sus acciones sobre el estado de ánimo, debido a los efectos que ejercen sobre el sistema nervioso autónomo. Sin embargo, en otras ocasiones se requiere un tratamiento psiquiátrico en forma con o sin psicoterapia acompañado de un adecuado tratamiento de la disautonomía, ya que parece indispensable el tratamiento dual para romper con el círculo vicioso en el que “me deprimó porque me siento mal y la depresión me dispara los síntomas”.

De manera general, el tratamiento de la disautonomía a base de medicamentos requiere lo siguiente:

- Un adecuado diagnóstico de la condición disfuncional a través de la exclu-

sión de los diagnósticos diferenciales que ameriten en cada caso (como desórdenes cardiovasculares, neurológicos, metabólicos, endocrinos, etc.), ya que hay que recordar que la presencia de cualquiera de ellos podrá dar además una prueba de inclinación positiva, ya que algunos generan disautonomía secundaria; es decir, se puede tener una prueba de inclinación positiva y no tratarse de disfunción autonómica.

- La realización de un estudio de gabinete por parte de personal médico experimentado que determine no sólo el diagnóstico de la disfuncionalidad, sino el subtipo de la misma, ya que de ésta depende el tratamiento eficaz a seguir.
- Seleccionar adecuadamente a la persona que requiere el uso de fármacos, ya que se deben tomar todos los días con distintos intervalos de dosis dependiendo del medicamento. De manera concomitante al tratamiento con medicamento se deben adoptar las medidas no farmacológicas y evitar todo “disparador” de los síntomas, incluyendo las condiciones emocionales (como conflictos familiares, laborales, escolares, etc.), de lo contrario ningún fármaco podrá controlar las molestias. De manera ortodoxa y meramente académica se propuso hace tiempo tratar con medicamentos únicamente a las personas que hayan presentado tres o más desmayos a lo largo de su vida; sin embargo, dicha entidad se ha enfocado exclusivamente a las personas con desmayo y no a aquellas con síntomas sin desmayo que disminuyen su calidad de vida, ya que dependiendo de algunas variables fisiológicas la persona puede tener síntomas disautonómicos intensos sin desmayo, los cuales requieren también manejo con fármacos, si bien hay individuos que se pueden controlar sólo con las medidas no farmacológicas.
- Selección del fármaco de acuerdo al subtipo de respuesta disautonómica. Es importante mencionar que la selección de un determinado fármaco depende de algunas variables, como el tipo de sintomatología, la respuesta en la prueba diagnóstica y la experiencia del médico, ya que no todas las disautonomías se tratan igual, por lo que habrá fármacos que puedan empeorar los síntomas. Con el uso de ciertos medicamentos es necesaria una estrecha vigilancia médica, debido a la presencia de probables efectos adversos.
- Disponibilidad del fármaco. Por ejemplo, el fármaco de primera elección hoy en día para uno de los subtipos más frecuentes aún no está disponible en el mercado mexicano, y con el que se contaba fue retirado.
- Tiempo de acción y ajuste de la dosis. Los tratamientos de los trastornos funcionales habitualmente tienen una respuesta a la dosis, es decir, se inicia con una dosis baja del fármaco y se va graduando de acuerdo a la respuesta, misma que es prudente probar un par de semanas antes de realizar incrementos, además de que no se puede esperar una respuesta inmediata a los mismos.
- Disponibilidad de los recursos humanos y económicos. La adecuada reali-

zación e interpretación de una prueba diagnóstica continúa limitándose a ciertos centros de atención médica en nuestro país, siendo privados la mayoría de ellos. Si bien el diagnóstico se puede establecer o sospechar de manera clínica, parece indispensable la realización de la prueba para determinar de manera objetiva el fármaco a utilizar, de lo contrario el uso empírico de los mismos podrá tener cierto margen de error. Hace algunos años el autor proponía una clasificación que permitiera diferenciar el subtipo en los pacientes que no tuvieran acceso a una prueba diagnóstica (fuera por falta de recursos o por vivir en sitios retirados); sin embargo, con el paso de los años ha comprobado que lo ideal es contar con la prueba. Si bien la realización de la prueba es costosa en la mayoría de los sitios, así como lo son la mayor parte de los fármacos para su control, se considera que en algunos años la creciente difusión y el conocimiento de la entidad generará mayores oportunidades para todas las personas.

Finalmente, el número de medicamentos en la atención de las personas que así lo requieran será menor a la habitual polifarmacia que han venido tomando; si bien los tratamientos existentes son para intentar disminuir los síntomas secundarios que tal desorden funcional provoca, es importante considerar que pese al adecuado tratamiento se pueden presentar los síntomas si el individuo se expone a un “disparador”. En caso de sospecha de embarazo se deberán suspender los fármacos.

El tiempo por el cual se deben tomar los fármacos es aún indeterminado, ya que incluso bajo el conocimiento de la no corrección de fondo del trastorno ha sido posible retirar los fármacos en varios pacientes un par de años después.

Por el momento se considera que el simple conocimiento del diagnóstico por parte de la persona, que incluya saber todo lo que no padece, así como la adecuada identificación de sus propios “disparadores” y la forma de mitigar sus molestias o abortar el desmayo cuando se presenta, ayudan a continuar su vida sin la necesidad de medicamentos, proceso que quizá se lleve un par de años, en los que se puede apoyar con el uso de medicamentos.

“No todos los fármacos son para quien se encuentra enfermo, existen varios para hacernos sentir menos mal aunque en realidad no nos curen.”

La clara y eficaz conciencia de no enfermedad, sino de quizá un perfil “caprichoso” del organismo, ayuda a minimizar las molestias y a vivir sin “chochos”.

La adecuada relación médico-paciente (confianza bilateral) es de vital importancia en este padecimiento, ya que se requiere la credibilidad de los síntomas por parte del médico, así como no minimizarlos y entender el mecanismo fisiopatológico que los provoca. La adecuada, simple y amplia explicación al paciente acerca de su padecimiento, detallar y dar por escrito los “disparadores” más comunes, indicar qué hacer en caso de molestias o desmayo, y cuál es la función del medica-

mento, su vida media, los probables efectos adversos y cómo conseguirlo, entre otros, favorecen la mejoría de los síntomas.

La mejor forma de hacer medicina exige un profundo conocimiento de los mecanismos que generan la enfermedad y la elección del mejor tratamiento para combatirla, por lo que lo primero para ayudar a un paciente que sufre es contar con un diagnóstico, el cual cuanto más “fino” sea más ayudará a buscar un tratamiento específico y, por lo tanto, los mejores resultados.

¿Por qué no se dispone de las pocas opciones existentes de medicamento en México? Se ignora, pero es evidente la escasa información que en cuanto al diagnóstico y tratamiento posee la comunidad médica en la actualidad, lo que explica la baja expresión de la necesidad de éstos aunada a las inexistentes estadísticas. De cualquier forma, se considera que en breve la necesidad y los intereses económicos facilitarán el acceso a dichos fármacos.

Experiencia de una médica neuróloga con el síndrome de disautonomía

Lorena Cuéllar Gamboa

Desde el siglo XV siempre han descrito a las mujeres como neuróticas, locas, histéricas, neurasténicas, aprensivas, nerviosas, malhumoradas, manipuladoras, etc., siempre visitando a múltiples médicos, como internistas, cardiólogos, gastroenterólogos, neurólogos e inevitablemente psiquiatras, debido al desconocimiento de mis colegas acerca del término disautonomía y todo lo que conlleva.

En el siglo II a.C. Galeno describió que los nervios distribuían los espíritus animales para armonizar en “simpatía” las actividades de los órganos del cuerpo, por lo que la idea del sistema nervioso simpático como responsable de coordinar las funciones corporales ha sido referida desde hace muchos años. Alrededor del siglo XIX se realizaron varios escritos, entre los cuales Bichat indicó la reacción del cerebro ante la acción de los agentes externos que le llegaban por medio de las sensaciones y el de la vida vegetativa, describiendo así algunos de los síntomas de la disautonomía. En ese mismo siglo Langley acuñó el término de sistema nervioso autónomo.

El término disautonomía, como ahora se conoce, ha pasado por varios nombres, dado que engloba una gran cantidad de signos y síntomas cardíacos, neurológicos, gástricos y psiquiátricos. El síndrome de DaCosta o astenia neurocirculatoria, descrito como un sistema nervioso debilitado, se describió al observar en los soldados de la Guerra Civil de EUA una forma peculiar de alteración funcional del corazón, a menudo familiar, a la que se le llamó corazón irritable. En dicha alteración se originaban síntomas disautonómicos durante los periodos de estrés tras atacar a las distintas tropas, los cuales los soldados describían como dolor de cabeza, sensación de desmayo, fatiga crónica, palpitaciones, sensación de falta

de aire, ansiedad, dolor en el pecho y visión borrosa, que muchas veces eran incapacitantes.

En 1919 Lewis acuñó los términos corazón de soldado y síndrome de esfuerzo para el cuadro clínico, mientras que Levine, otro estadounidense, lo llamó astenia neurovascular, término que poco después fue reemplazado por el de astenia neurocirculatoria.

En 1941 se observó que el síndrome de DaCosta era más común entre las mujeres y se describió una relación entre los síntomas y las emociones con los núcleos vegetativos del hipotálamo, lo que genera la activación del sistema nervioso autónomo (SNA).

El SNA está compuesto por fibras nerviosas y ganglios que llegan a todos los órganos del cuerpo, como el corazón, los pulmones, los intestinos, etc., los cuales funcionan de manera independiente debido a que los impulsos nerviosos no llegan al cerebro, pues la médula espinal recibe la información aferente y envía la información de manera inmediata, lo que genera una expresión involuntaria. El objetivo del SNA es mantener al cuerpo en una homeostasis, es decir en un equilibrio entre el sistema nervioso simpático, que es el que se activa durante los periodos de estrés, y el parasimpático, el que “lo frena” alcanzando de manera normal un equilibrio fisiológico entre éstos, controlando la mayor parte de las actividades involuntarias de los órganos y las glándulas, con lo que regula la actividad de los músculos lisos, del corazón y de algunas glándulas. Los tejidos del cuerpo se encuentran inervados por fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo, las cuales se distinguen de dos maneras: las viscerosensitivas, que son aferentes, y las visceromotoras y secretoras, que son eferentes. Las neuronas de las fibras sensitivas se congregan en los ganglios espinales, mientras que las fibras eferentes forman grupos esparcidos por todo el cuerpo, en los llamados ganglios autonómicos. Ambos se encuentran formados por conjuntos de dos neuronas motoras (eferentes) formando una cadena, en la que el cuerpo de la primera neurona se encuentra en el sistema nervioso central y su axón se extiende hasta llegar al ganglio.

En el sistema nervioso autónomo hay zonas donde se encuentran ganglios nerviosos, los cuales son diferentes de los ganglios localizados en las raíces posteriores de la médula espinal. En estos ganglios se encuentran colocadas las segundas neuronas de esta cadena, produciendo la sinapsis; el axón de la segunda neurona se dirige hacia el órgano efector. El sistema nervioso simpático es estimulado por el ejercicio físico, el estrés y todas las actividades que le generan al cuerpo un estado de acción rápida o de “lucha”, como el enamoramiento, el estrés, la huida, etc., provocando un aumento de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, dilatación pupilar, elevación de la presión arterial, aumento de la temperatura, sudoración, etc., mientras que el sistema nervioso parasimpático regula las funciones meramente vegetativas y los procesos de conservación de la energía,

como la digestión y la reproducción. Es decir, el sistema nervioso simpático nos prepara para la acción y el parasimpático para el reposo.

Para explicar mi experiencia de vida me gustaría iniciar comentando que mi historia, al igual que la de todos ustedes, no ha sido nada fácil, ya que una persona con disautonomía experimenta una mala calidad de vida hasta no ser diagnosticada y tratada de manera correcta, y no siendo mi historia distinta a esto he querido compartirla con ustedes tanto como neuróloga como alguien que ha padecido el síndrome.

Lamentablemente, los médicos parecen no conocer el síndrome, y las personas que nos rodean en muchas ocasiones se alejan porque no entienden lo que nos pasa.

Mi primer contacto con la disautonomía fue alrededor de los 13 años de edad, exactamente en la edad de los cambios físicos y mentales, la explosión de hormonas y los sentimientos encontrados en el periodo del desarrollo biológico, sexual y social. Era muy delgada, extrovertida y sociable cuando inicié con la sensación de palpitaciones y de que mi corazón se aceleraba cuando ni siquiera estaba en periodos de estrés, como al estar parada en los eventos de la escuela que generalmente se realizaban alrededor de las 12 del día, cuando el sol se encuentra en su resplandor; iniciaba con sensación de taquicardia, visión borrosa, debilidad y sudoración en las manos, por lo que tenía que alejarme y sentarme. Conforme fueron pasando los meses continué con los síntomas, como aumento de los latidos del corazón, sensación de calor inclemente o sensación de frío inexplicable y mareos, por lo que les comenté a mis padres; siendo ambos médicos —mi padre neurocirujano pediatra y mi madre médico general con un posgrado en medicina preventiva—, me revisaron y me llevaron con otros médicos, quienes únicamente comentaron que era parte de la adolescencia y de los cambios propios de la misma. Al año siguiente, un día después de salir en la noche con mis amigos, alrededor de las 11:00 AM y tras haberme desvelado y haber ingerido un poco de alcohol, experimenté la expresión máxima de mi disautonomía a través de un desmayo; lo recuerdo como si hubiera sido ayer: me desperté y fui a la habitación de mis padres, pero sentí un profundo mareo y al tratar de tomar la manija de la puerta ya no supe qué paso. Al recobrar el estado de alerta mi madre lloraba desesperada y mi padre, tranquilo como siempre, trataba de mantener las cosas en calma, pero me di cuenta de que había roto la mesa de su habitación con la cabeza; evidentemente, me llevaron al servicio de urgencias, me realizaron una tomografía de cabeza, seguida de un fuerte regaño de mi padre, ya que ese día en la noche saldría de viaje y por mi inconsciencia no podría hacerlo. Después del desmayo me llevaron con diferentes médicos, quienes nunca concluyeron nada y mis síntomas se tornaban cada día peor, ya que había días que me levantaba y aunque hubiera dormido mucho me sentía como si no hubiera descansado nada; en ocasiones estaba triste sin saber por qué y siempre queriendo que me dieran masajes

porque me dolía todo el cuerpo, mientras que para los médicos todo lo explicaba la adolescencia.

Pasando este periodo decidí estudiar medicina en una escuela pequeña, en la que no tenía que caminar mucho, ya que sólo iba del estacionamiento al salón, pero al iniciar un periodo más avanzado, en el que tenía que acudir a realizar prácticas a los diferentes hospitales, mis síntomas se hicieron muy evidentes debido a que tenía que desvelarme mucho y me estresaba cada día más la exigencia de la carrera. Comencé con problemas para dormir y en varias ocasiones experimenté lo que la gente describe como “se me subió el muerto”, que no es más que una desconexión entre el sistema sensitivo y el motor; ahora lo sé, pero en ese momento me sentí terrible. Con el tiempo se fueron acumulando responsabilidades y al mismo tiempo síntomas terribles a partir del internado de pregrado, en donde hacía guardias cada tercer día, me deprimía terriblemente y siempre estaba más cansada que los demás; los aleteos en mi corazón se sentían cada vez con más frecuencia y las sensaciones de desmayo aparecían por lo menos una vez por semana. Al encontrarme yo en los hospitales les comentaba a los médicos adscritos lo que me sucedía y siempre me decían que era un periodo muy difícil de la carrera y que estaba muy delgada. El servicio social lo hice en la ciudad de México, que no es lo habitual; en ese momento mis síntomas principales eran palpitations, sudoración y falta de concentración, por lo que acudí con un cardiólogo muy renombrado, quien me realizó un electrocardiograma y encontró una pequeña alteración, llamada bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His (lo cual carece de importancia y no da molestia alguna), diciendo que todos mis males eran causados por eso, pero que no me preocupara, porque ese padecimiento se presentaba en 15% de la población.

Ya para 2006 habían cambiado algunos síntomas, otros se habían intensificado y algunos más hicieron su aparición, como distensión abdominal, sensación de vacío en la boca del estómago, periodos de estreñimiento y otros de diarrea, ansiedad, dolores en el cuello, dolores de cabeza y de espalda, fatiga crónica y ánimo triste, con días en los que lloraba sin tener algún motivo y sin encontrarme en periodos hormonales relacionados con llanto fácil. En ese entonces acudí con uno de los mejores gastroenterólogos del hospital en donde me encontraba realizando el primer año de mi especialidad en medicina interna; la impresión diagnóstica de ese especialista fue que mis molestias eran resultado del consumo de café combinado con el estrés, por lo que me indicó dosis altas de protector gástrico y dieta estricta baja en irritantes, con lo que mejoraron de manera discreta los síntomas digestivos, pero no los demás.

Al año siguiente inicié la especialidad de neurología en el Instituto de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, y cada día se agregaban más síntomas, como fatiga, disnea, palpitations, taquicardia, ansiedad y comportamiento neurótico en presencia de un dolor de pecho, intolerancia al ejercicio, extremo

sudor frío en manos y pies, y urgencia urinaria; aunque me encontraba en el primer año de la especialidad de neurología seguía sin saber cuál era la causa de mis síntomas, y así terminé el posgrado adecuándome a la situación y con pésima calidad de vida. Recuerdo que durante ese periodo mis cambios de carácter eran extremos, pasaba de la risa al enojo; era sumamente intolerante y me sentía estresada. Cuando enfrentaba problemas personales o profesionales todos los síntomas se intensificaban, mientras tomaba medidas higiénico-dietéticas, como tomar mucha agua y tratar de dormir el tiempo que me era posible.

El periodo más difícil hasta ese momento de mi vida fue cuando tuve que migrar temporalmente a Madrid para realizar la subespecialidad en enfermedad vascular cerebral, momento en el que presentaba mis sentimientos a flor de piel y una enorme sensación de vacío por extrañar a mi familia y mi país, con el estrés propio por encontrarme en otra ciudad, con otra gente, además de problemas con quien era mi esposo en ese entonces. Recuerdo que tras haber tenido una discusión bastante fuerte con él una noche, al día siguiente al levantarme tuve un vértigo terrible y terminé tirada en el baño inconsciente, empapada en sudor, con náusea y dolor intenso de cabeza, por lo que me vi en la necesidad de llamarle para que se regresara de su trabajo a ayudarme. Esto mismo se presentó en cuatro o cinco ocasiones en los siguientes dos meses y siempre tras enfrentar una discusión. En un par de ocasiones tuve que salir del metro porque estuve a punto de desmayarme. En todas las ocasiones le llamé a mi esposo, quien al ser cardiólogo y encontrarse entonces estudiando una subespecialidad en la misma ciudad me respondió que era una manipuladora, “que casualidad que cada vez que tenemos problemas quieres llamar mi atención diciéndome que te sientes mal”, y agregaba “es una somatización psicógena cardiovascular”; así, sólo podía escuchar de él que estaba “somatizando”, lo cual equivalía a la antiguamente llamada histeria crónica o síndrome de Briquet, que equivale a un diagnóstico psiquiátrico aplicado a pacientes que se quejan de forma crónica y persistente de varios síntomas físicos que no tienen un origen físico identificable. Todos ellos se caracterizan en que los conflictos psicológicos internos son expresados como signos físicos.

En una ocasión, tras una crisis importante de malestares, llegó mi entonces esposo muy enojado al piso donde vivíamos y me levantó las piernas de manera poco sutil, y desde entonces opté por ya no comentarle mis malestares.

Después de estos cuadros tan repetidos, durante un verano de 40 °C, mi esposo —cardiólogo— y yo —neuróloga— decidimos realizarme una prueba de inclinación en el hospital donde él cursaba la subespecialidad. Cabe mencionar que el día que le comenté a un par de médicos adscritos en el servicio de neurología del hospital donde yo me encontraba haciendo la subespecialidad acerca de mis malestares, se quedaron perplejos, debido a que tampoco estaban familiarizados con el término de disautonomía, por lo que no es una cuestión exclusiva del tercer mundo.

La prueba de la mesa inclinada fue una experiencia difícil, como en muchos de ustedes, ya que dura entre 30 y 45 min y es realizada por cardiólogos y neurólogos en la mayoría de las ocasiones, y durante la misma se monitorean la frecuencia cardíaca y la tensión arterial y se administra un fármaco sublingual. Una vez colocado el paciente en la cama la mesa oscila verticalmente hasta los 70°. La prueba es positiva si la tensión arterial baja en exceso o si el paciente se mareo, se desmaya o se reproducen los síntomas. El principio básico de dicha prueba consiste en provocar un estrés ortostático mediante una elevación pasiva del cuerpo (60 a 80°), manteniéndola durante un tiempo (40 a 60 min) hasta que se desencadena hipotensión, bradicardia, presíncope o síncope, o finaliza el estudio. Generalmente en la ciudad de México y en el hospital donde actualmente laboro la realiza uno de los médicos con más experiencia en el tema, el Dr. González Hermosillo, y su equipo, constituido por el cardiólogo Dr. Fernando Rodríguez y el neurólogo Dr. André Kostin; ellos, a diferencia de como a mí me la realizaron en Europa, no esperan a que se presente el desmayo para concluir la prueba, sino que esperan que se reproduzcan los síntomas por los que se indicó la realización de la prueba. En mi caso fue terrible, debido a que durante la prueba sentí morir; aumentó mi frecuencia cardíaca hasta 179 latidos por minuto y me disminuyó posteriormente a 20 latidos por minuto; en ese momento sudé hasta empapar toda la ropa, reproduciendo las náuseas, el dolor de cabeza intenso, las palpitaciones, el mareo y el dolor en el pecho, acompañada de una ansiedad extrema por la sensación inminente de muerte, por lo que decidieron detener la prueba debido a mis gritos de desesperación y súplicas para que la detuvieran. El resto del día me sentí fatal, con dolor de cabeza, mareo, náusea y fatiga extrema. Lo único bueno de esa prueba es que sólo se realiza una vez y es básica para establecer un adecuado diagnóstico y un tratamiento apropiado. Existen dos tipos de tratamiento, el farmacológico y el no farmacológico; sólo con el apego a ambos se puede alcanzar una mejoría progresiva. Comencé a realizar ejercicio por lo menos tres veces a la semana. Es ideal caminar, correr, trotar y tener un estado de relajación combinado con ejercicio, como el que se logra a través del yoga. La dieta es otro punto esencial que se debe seguir, la cual consiste en aumentar el consumo de sal y de líquidos, debido a que aumentan la presión arterial. Se deben ingerir alimentos cada cuatro horas en poca cantidad, tratando de evitar los azúcares.

Es importante mantener una adecuada higiene del sueño, es decir, descansar y dormir lo suficiente —al menos siete horas—. En mi caso, debido a mi profesión, es difícil que logre dormir más de seis horas al día, pero cuando me desvelo al día siguiente me siento fatal, con síntomas como taquicardia, diaforesis, dolor en el pecho, dolor de cabeza, mareos y sensación de desmayo, los que me suelen durar todo el día.

Es recomendable utilizar medias compresivas y evitar permanecer mucho tiempo de pie bajo el sol.

Cuando no se alcanza una mejoría a través de estas medidas es necesario el uso de fármacos, tal como ocurrió en mi caso. Con esta combinación me ha cambiado la vida; en realidad soy otra persona. Cuando nos sentimos mal o tenemos una mala calidad de vida debido a los síntomas, generalmente repercute en nuestro estado de ánimo y nos tornamos deprimidas e irritables; sin embargo, es importante saber que también esto forma parte del síndrome.

Con todo lo anterior he querido transmitir que la disautonomía es un síndrome muy frecuente que en ocasiones es difícil de diagnosticar, debido a que se encuentra conformado por una gran cantidad de síntomas; sin embargo, es un padecimiento que si se diagnostica de manera adecuada y se siguen las recomendaciones mencionadas nos permitirá llegar a tener una vida “normal”, así que los animo a no negarse a acudir con los médicos calificados por el hecho de que “yo soy así” o “siempre he sido así”. Mi experiencia no ha sido fácil; no obstante, he mejorado mi rendimiento en el trabajo, en el estudio y en mi vida personal; asimismo, han mejorado mi memoria y mi concentración, y ha disminuido de manera increíble la sensación de cansancio, frío y somnolencia. Mi sensación de mejoría y el hecho de saber el nombre y el apellido de mi padecimiento me han dado tranquilidad y confianza en mi vida, con lo que ha mejorado mi estado de ánimo. La depresión ha desaparecido, igual que los síntomas de ansiedad.

Los invito a formar parte de la gran mejora y del cambio tan extraordinario en su vida.

Preguntas frecuentes en la disautonomía

Luis Fernando García–Frade Ruiz, Lorena Cuéllar Gamboa

El objetivo de este capítulo es incluir las preguntas que con mayor frecuencia surgen en las personas que padecen el síndrome de disautonomía:

¿Cuán frecuente es el síndrome?

No se puede hablar de una cifra específica debido a dos grandes aspectos propios de nuestro país: la baja detección de las enfermedades en general y, en consecuencia, la inexistente estadística. Sin embargo, me parece que el síndrome es en extremo frecuente, un aspecto más que avala mi creencia sobre no enfermedad.

¿Es la disautonomía una enfermedad de “moda”?

Este padecimiento siempre ha existido; sin embargo no se diagnosticaba de manera correcta, dado que siempre han habido pacientes con síntomas “raros” e inexplicables desde el punto de vista médico, en quienes todos los estudios clínicos y paraclínicos que se les realizaban resultaban sin alteraciones. Pero hoy día esto se entiende al saber que es un trastorno funcional y no de alteraciones anatómicas, lo cual no es cuestión de moda, pues ya se mostró que existen descripciones del síndrome desde principios del siglo pasado.

¿La disautonomía se hereda?

Aún no se sabe; sin embargo, no es raro encontrar síntomas similares en los progenitores.

¿Es la disautonomía lo mismo que somatización o hipocondriasis?

No. Se requiere una correcta diferenciación entre estas entidades por parte

de un profesional, ya que el abordaje, el tratamiento y el pronóstico son muy distintos.

¿El síndrome mejora o desaparece con la edad?

Como se ha mencionado, el síndrome es más frecuente entre las mujeres, evidentemente por aspectos hormonales aún desconocidos; por ello los síntomas suelen mejorar y en algunas desaparecer al llegar la menopausia, aunque en otras simplemente no hay cambios.

¿Todas las personas se desmayan en la prueba de inclinación?

Hay que recordar que NO se busca que ocurra el desmayo durante la prueba para que ésta se interprete como positiva, sino la reproducción de los síntomas.

¿Por qué cuándo se ingiere alcohol o se desvela la persona aparecen los síntomas?

El alcohol y el desvelo causan deshidratación en el organismo, lo que favorece la aparición de las molestias.

¿Por qué empeoran los síntomas tras el consumo exagerado de ciertos alimentos, como los carbohidratos complejos (pan, pastas, etc.)?

Al comer —sobre todo en exceso— se provoca un “robo esplácnico”; en otras palabras, el intestino “atrae” mucha sangre para llevar a cabo la digestión, lo que implica una menor cantidad de sangre para la irrigación cerebral.

¿Tienen relación mi falta de concentración y mis olvidos frecuentes con el síndrome?

Si, debido a la falta de regulación de unas sustancias en el cerebro, llamadas dopamina y serotonina, que están relacionadas con la función que desempeñan en el sistema nervioso autónomo.

¿Se deben presentar desmayos para considerar la existencia del síndrome?

No; quizá sean más las personas con el síndrome que no se desmayan pero viven a diario o casi a diario con los síntomas.

¿Todas las formas de disautonomía son iguales, se manifiestan de la misma forma y en consecuencia deben ser tratadas de la misma manera?

Existe una gran gama de distintas manifestaciones, en las que se incluyen las personas que se desmayan y las que no. De la misma forma, existen distintos tipos “médicos”, pues no todas las personas se deben tratar igual ni con la misma “píldora”, ya que el medicamento “A” puede ser de ayuda para un determinado subgrupo de pacientes y nada favorable para otros.

¿La ingestión crónica de productos comerciales a base de agua y sal puede provocar piedras en el riñón?

No sé conoce la respuesta con exactitud, ya que quizá se tenga que esperar aún más tiempo recomendando su consumo para ver los resultados; sin

embargo, todos los medicamentos ofrecen un beneficio con probables efectos adversos. Lo importante es colocar en la balanza los riesgos–beneficios y, si de momento dichos productos proporcionan una mejoría de los síntomas y una mejor calidad de vida, más adelante quizá pueda resolverse una litiasis renal.

¿Si padezco disautonomía me puedo embarazar?

El embarazo no está contraindicado. Los estrógenos de alguna manera aumentan la sintomatología en las pacientes con disautonomía, por lo que al igual que el consumo de anticonceptivos orales pueden no ser muy favorables para este grupo de pacientes. Por otro lado, muchas pacientes mejoran de sus síntomas y otras no al llegar la menopausia (disminución de estrógenos). Sin embargo, en cuanto se sospeche la presencia de embarazo se deberán suspender los medicamentos (en caso de que los tome) y avisar a su médico.

¿Empeorarían mis molestias durante el embarazo?

Si, ya que durante el mismo suceden una serie de cambios en el organismo que favorecen los síntomas, como la compresión de la vena cava inferior por el producto, lo que favorece que la sangre se “estaque” en las venas de las piernas.

¿Se cura la disautonomía?

En principio no; sin embargo, actualmente se puede controlar con muy buenos resultados, con lo que es posible prolongar los periodos libres de síntomas y en los casos incapacitantes les permite reintegrarse a una vida normal con un menor consumo de medicamentos. En lo personal, considero que el simple hecho de saber qué es lo que propicia dichos síntomas, en ocasiones tan crónicos, y a la vez que se descarte todo lo que NO se padece, genera el inicio de un adecuado control de los síntomas.

¿Es la disautonomía exclusiva de las mujeres, de ciertas edades o de ciertos grupos socioeconómicos?

Si bien pareciera que las mujeres se encuentran afectadas con mayor frecuencia, también es cierto que puede existir cierto sesgo, ya que las mujeres acuden a recibir atención médica con mayor frecuencia que los hombres. Si bien los síntomas suelen existir desde la infancia o la adolescencia, es posible diagnosticarla en cualquier momento de la vida. No es exclusiva de cierto grupo socioeconómico, ya que me ha tocado diagnosticarla en distintos grupos de mujeres en zonas tanto rurales como urbanas.

¿Cómo es que si siempre la he padecido es hasta este momento que tengo tantos síntomas?

Habitualmente cuando se realiza una adecuada historia clínica se encuentran datos que demuestran la existencia del síndrome desde hace tiempo,

pero la persona no los había relacionado o bien éstos habían carecido de importancia, y la actual exacerbación de las molestias generalmente obedece a la presencia de un “disparador”.

¿Se puede establecer un adecuado diagnóstico del síndrome sin una completa historia clínica, exploración física, estudios diferenciales y la prueba de inclinación?

Definitivamente no. La historia clínica proporciona sólo la sospecha del síndrome, pero se debe confirmar mediante las pruebas convenientes.

¿Se puede iniciar el manejo con un medicamento sin contar con la prueba de inclinación, o bien si con la que cuenta es de realización o resultado dudoso?

El avance en el conocimiento de la disfuncionalidad nos ha llevado a darnos cuenta en los últimos años de la necesidad de realizar una adecuada prueba de inclinación para conocer el subtipo de respuesta y con ello poder elegir de forma más específica el tratamiento.

¿Las palpitaciones que suelen presentarse en algunas personas con el síndrome pueden en algún momento conducir a un infarto al corazón o a un paro cardíaco?

No. Si las palpitaciones son secundarias a un adecuado diagnóstico del síndrome y se han excluido otras enfermedades, éstas no implican mayor peligro; es por ello que en ocasiones se hace necesario el estudio multidisciplinario de la persona.

¿Debe el síndrome en algunos casos limitar de por vida la funcionalidad de la persona?

Considero que definitivamente no, ya que aun en los casos más severos con múltiples desmayos al día se han podido controlar y espaciar los síntomas al grado de ejercer cualquier profesión, incluidas las que se realizan dentro de un quirófano. Es importante mencionar que para alcanzar tal fin en los casos más complejos es indispensable cumplir con todos y cada uno de los puntos mencionados en el presente texto y no sólo mediante la administración de un medicamento.

¿Pueden los síntomas del síndrome corresponder a otro padecimiento de mayor significado?

La respuesta es sí. Por ello resulta de gran importancia realizar los diagnósticos diferenciales, según cada caso, a través de estudios específicos.

¿Podrían los síntomas obedecer a otro padecimiento de tipo neurológico principalmente, que se haga presente más adelante?

Si, pueden existir trastornos neurológicos degenerativos progresivos en personas jóvenes, aunque son poco frecuentes.

¿Puede el síndrome explicar el “mal carácter” o lo “conflictivo”, irritable o sensible que suele ser la persona que lo padece?

Como se ha mencionado, los trastornos anímicos suelen ser una característica más del síndrome, los cuales se representan a manera de depresión, ansiedad o ataques de pánico. Así como podríamos decir que la presencia del síndrome le confiere un perfil de comportamiento al organismo, así los pacientes con el síndrome cuentan también con un determinado perfil de personalidad.

Doctor, no quiero tomar pastillas para dormir, ¿esto es posible?

Como ya se mencionó, una de las características del síndrome es la presencia de insomnio o de un sueño no reparador, manifestado con cansancio al despertar. El manejo inicial de tal alteración se convierte en una de las piedras angulares del tratamiento, ya que de continuar con insomnio difícilmente mejorarán los demás síntomas. La corrección de la alteración del sueño requiere también medidas higiénicas para el mismo, como el uso de algún estimulante, el cual al inicio puede ser tan noble como la valeriana o la melatonina. En caso de que no se obtenga una adecuada respuesta se deberán utilizar fármacos controlados durante un breve periodo.

De requerirse, ¿durante cuánto tiempo se debe tomar medicamento?

Aún no existe una respuesta específica a esta pregunta; sin embargo, ha sido posible retirarles por completo los medicamentos a varios pacientes después de tomarlos durante aproximadamente tres años, pero esto es algo que depende de cada persona.

¿Es peligrosa la prueba de inclinación?

La prueba de inclinación es poco riesgosa y sus beneficios son mucho mayores.

¿De dónde viene el síndrome?

Aún no se sabe; existen varias teorías, pero ninguna de ellas que logre explicar del todo el escenario clínico observado. Sin duda se resolverán esta y muchas interrogantes más en un futuro próximo; quien logre en un primer mundo demostrar el origen de tales perfiles de disfuncionalidad podrá ser acreedor a un premio Nobel, dada la alta prevalencia del síndrome.

¿Qué especialidad médica se encarga de atender a estos pacientes?

El médico que sepa atenderlo, sin importar su especialidad; inclusive puede ser manejado por el médico general siempre y cuando se encuentre adecuadamente capacitado para abordar el estudio diferencial y tenga acceso a los fármacos.

¿Cuál es la relación entre el ejercicio y el síndrome?

Se recomienda realizar ejercicio de tipo aeróbico cuatro veces por semana durante 50 min por sesión, evitando el levantamiento de pesas y similares. Se sugieren todas las actividades de relajación, como yoga, meditación, tai-chi y reiki, entre otras.

Opinión de la disautonomía, mi experiencia y algunos consejos

Luis Fernando García-Frade Ruiz

En el presente capítulo intentaré resumir con vocabulario sencillo lo que para mí, como médico de varios pacientes con el síndrome, representa esta enfermedad.

Con base en mi breve experiencia, y quizá siendo repetitivo, comento que la hasta ahora llamada disautonomía, que según las observaciones ha existido desde hace mucho tiempo, pero no ha sido del todo identificada como una entidad en sí sino hasta hace un par de décadas, y que por lo mismo ha mostrado un incremento importante en su diagnóstico en los últimos años, y no es que se encuentre “de moda”, como dicen algunos, pareciera encontrarse en un periodo de transición entre lo conocido y lo que en unos pocos años será tan común y trivial que perderá su importancia como fenómeno incapacitante en la mayoría de los afectados. No estoy muy de acuerdo con el término disautonomía, en virtud de la fácil confusión que puede generarse con las disautonomías secundarias a otras enfermedades, por lo que preferiré referirme a ella como disfunción autonómica.

Creo que dicha disfunción es parte de la manera de funcionar de forma “caprichosa” de algunos organismos, los cuales aprendieron dicho comportamiento desde la infancia; tan es así que se refiere que un porcentaje de niños que durante la infancia presentan periodos de interrupción del llanto con cara de angustia y cese de la respiración sufren la disfunción a mayor edad. Cuando se interroga a la persona con los síntomas suelen encontrarse datos de distinta intensidad de dicho trastorno desde edades tempranas, mismos que habían pasado inadvertidos o incluso algunas personas ya se habían acostumbrado a padecerlos; peor aún, hay quienes consideran que todos vivimos con los mismos síntomas.

De alguna manera, las hormonas femeninas participan en dichos fenómenos, haciendo que la incidencia en dicho sexo sea predominante, lo que durante mucho tiempo dio lugar a considerar a las mujeres con las molestias como “neuróticas”, en virtud de la normalidad en todos los estudios médicos realizados.

Con base en lo anterior y con lo expuesto a lo largo de todo el texto, mi opinión de la disfuncionalidad después de algunos años de atender a pacientes con la afección y después de haber estado presente en 99% de las pruebas de inclinación realizada, a los mismos, y desde mi punto de vista como médico internista, sin ser experto en este tema, como se promueven muchos colegas en el país, es que tal desorden en su forma simple, primaria, benigna y por ello mal llamada disautonomía, no parece ser otra cosa más que la forma más primitiva en la que la memoria emocional de algunas personas responde ante ciertos estímulos. Dichas respuestas en su forma más abstracta se limitan al simple “premio o aversión”, siendo la aversión protagonizada desde el cerebro al cuerpo en forma de evasión de la realidad con el desarrollo de desmayo en las personas con un sistema simpático insuficiente para contrarrestar la respuesta vagal, o bien sin desmayo, pero con malestar general tras la descarga adrenérgica que el sistema nervioso simpático realiza de forma compensatoria a la reacción evasiva inicial.

En otras palabras, es la “disfuncionalidad” quizá interpretada así a la “buena función caprichosa” que algunos organismos tienen ante escenarios que no les agradan, por lo que prefieren entonces no vivírselos a través de la pérdida del estado de alerta. Debido a esto, no considero al síndrome una enfermedad; me ha resultado mejor conceptualizarlo y enseñarlo a mis pacientes como la manera de aceptar la forma de responder de su propio organismo y de aprender a manejar y minimizar a la vez los pequeños eventos caprichosos de su cuerpo, ¿o debería decir de él mismo?

Lo grandioso hoy día es que ya no es necesario que las personas con la disfuncionalidad autonómica continúen en el eterno recorrido de médicos, servicios de urgencias de los hospitales, exámenes de laboratorio y cardiovasculares, acupuntura, medicina homeopática, consumo de hierbas, etc., así como tampoco es necesario regresar siempre a casa con el mismo diagnóstico poco ortodoxo de “son sus nervios”, y con la misma caja de tranquilizantes para dormir; esto, desde luego, en lo que se presenta otro episodio que lo haga regresar a otro servicio de urgencias.

En cuanto a los familiares de la persona afectada, suele suceder un fenómeno paradójico e interesante a la vez. Siempre que no son adecuadamente diagnosticadas las personas y se les indica que no tienen nada o que son sus nervios, los familiares minimizan las molestias y hasta se muestran ya en un momento dado molestos con tal situación; y no los culpo, ya que es vivir con un “enfermo” sin saber qué tiene, qué le pasa y qué es lo que se debe hacer, lo que genera una gran ansiedad y desesperación. Sin embargo, una vez que se realiza un diagnóstico es-

pecífico y por fin se somete a una prueba que no resulta normal, los familiares toman una incorrecta conciencia de enfermedad; y la considero incorrecta porque es ahora cuando en realidad ya se sabe qué tiene, qué no tiene y qué es lo que se debe hacer.

En una forma resumida expongo en los siguientes renglones mi experiencia con el síndrome. Desde hace años me interesé, dentro de mi práctica médica, antes de dedicarme a la realización de diagnósticos, en algunos temas interesantes en la medicina que hasta ese momento habían sido de poco interés en la esfera médica, entre ellos la hiponatremia (que obedece a la disminución del sodio), la trombosis, de la cual hemos desarrollado un texto de consulta médica, conferencias internacionales, investigación, etc., y la disautonomía, la cual en ese momento se encontraba casi únicamente dirigida a las personas con desmayos (lo que continúa siendo por desgracia para la mayoría de los médicos), y hasta hace apenas pocos años los que solicitábamos con frecuencia la prueba de inclinación no éramos del todo bien vistos por los colegas, ya que existía en ese entonces un mayor desconocimiento del tema. Durante estos años me he dedicado en la medida de lo posible a estudiar el síndrome y aprender de él por medio de los pacientes y del más experto equipo de médicos conocedores del tema en nuestro país, quienes son precisamente los que han realizado todas las pruebas de inclinación en mis pacientes. A través de estos pocos años he tenido que observar, estudiar, intentar comprender, obtener ideas y deducciones de una forma autodidacta, ser paciente, explorar nuevos síntomas en los pacientes, apreciar nuevas manifestaciones durante la exploración física, realizar cada vez menos estudios diferenciales, entender los fenómenos que ocurren durante la prueba de inclinación, aprender a utilizar distintos fármacos en cada subtipo y aceptar el retiro de fármacos del país de forma temporal o de manera definitiva, entre otras cosas más.

Es por ello que lo poco que he aprendido del síndrome he querido compartirlo con los pacientes, con el fin de facilitarles una herramienta que les permita conocer el camino que aminore sus molestias, ya que es una de mis obligaciones como médico y uno de mis placeres más grande.

Mi experiencia en cuanto al estudio inicial de los pacientes a través de los últimos años ha sido realizar cada vez menos estudios para lograr establecer con precisión y mayor exactitud el subtipo de la disfunción, lo que ha reducido de manera considerable los gastos; hace unos años era necesaria la hospitalización para poder realizar una larga batería de estudios, cuyos gastos cubrían las aseguradoras; sin embargo, hoy día se puede estudiar al paciente en forma ambulatoria.

Por otro lado, mi experiencia en cuanto a la respuesta y el control de los pacientes ha sido cada vez más rápida debido a múltiples factores, como una buena relación médico-paciente, un mejor entendimiento del trastorno en relación con años atrás, una mayor especificación del diagnóstico y, por último, un mayor conocimiento de los fármacos.

Mi experiencia en cuanto a lo que se relaciona con la investigación del padecimiento en nuestro país ha sido prácticamente nula, a excepción de las pocas publicaciones respecto al caso en donde hemos querido comenzar con identificar un poco la epidemiología.

Mi experiencia en cuanto a país frente a dicha disfuncionalidad ha sido la misma que respecto a cualquier otro padecimiento de salud, en la que sólo se logra la adecuada identificación en contados centros de atención privada y con pocos médicos, ni qué decir sobre su fino diagnóstico y más aún sobre la experiencia de cómo tratarla. En relación con la autorización como país de los fármacos para el tratamiento ya ni hablamos, pues éste será un fenómeno quizá a distancia debido a múltiples factores. Por lo anterior, me permito mencionar algunos consejos respecto a la disfuncionalidad autonómica:

- Es importante que dejemos de autodiagnosticarnos o, peor aún, que sea la televisión quien a través de la venta de fármacos que ya han perdido la patente sea quien nos consulte sin adquirir ninguna responsabilidad más que la venta masiva de sus productos. O que sean la Internet, las revistas o el empleado de la farmacia quienes decidan sobre nuestro bienestar o, en este caso, sobre nuestra calidad de vida. Es necesario saber que existen distintos niveles de atención en la salud, lo que conlleva una mayor preparación académica del personal y una mayor infraestructura en sus equipos de diagnóstico y terapéuticos. Lo anterior sólo se podrá lograr a través de la educación continua tanto del personal de salud como de la sociedad, motivo por el cual creé este segundo texto para la comunidad.
- Un desmayo nunca es normal, de lo contrario todos nos desmayaríamos. Ante la presencia de un desmayo habrá que acudir a un servicio de urgencias para la adecuada valoración del paciente, como se mencionó ampliamente en otros capítulos.
- En caso de presentar molestias compatibles con las descritas a lo largo del texto, aun si no han existido desmayos o si en las revisiones médicas no se ha integrado ningún diagnóstico, será necesario acudir con un médico que reconozca los posibles síntomas y determine los estudios a realizar según sea el caso.
- Recuerde que el diagnóstico “no tiene nada” no existe, así que en caso de resultar la exploración y estudios complementarios sin alteraciones el síndrome se convierte en un diagnóstico a considerar, estableciéndose las respectivas diferencias con otras entidades, como son la somatización o la hipochondriasis, en cuyo caso será un médico especialista en la materia quien lo determine e indique el tratamiento a seguir.
- En caso de que el médico considere al síndrome como una posibilidad de diagnóstico y desee realizar o no otros tipos de estudios para descartar antes

la presencia de otras enfermedades, se aconseja la realización de la prueba de inclinación, más que para establecer la presencia del síndrome, para conocer el subtipo y el tratamiento a seguir. No aconsejo el inicio de tratamiento con medicamento sin contar con la prueba, salvo que exista imposibilidad para realizarla, en cuyo caso quizá la clasificación clínica que diseñé y publiqué hace unos años sea de utilidad para intentar definir el mejor tratamiento de manera inicial en la *Revista de Medicina Interés* de nuestro país.

- Aconsejo que la prueba de inclinación sea realizada por personal médico ampliamente experimentado, de preferencia con el uso de Doppler para monitorear el flujo sanguíneo cerebral, y que la interpretación del resultado contenga la descripción de los síntomas durante la prueba, el tipo de respuesta hemodinámica, el fármaco utilizado durante la fase activa (en caso de llegar a ella) y la mención de forma específica del subtipo de la respuesta (ver el capítulo correspondiente), ya que no es raro tener que repetir en ocasiones la prueba con otro equipo médico por falta de información.
- En caso de que se confirme el diagnóstico, el presente texto podrá servir de apoyo para conocer todo respecto al síndrome, ya que es el primer paso para alcanzar el adecuado control de los síntomas.
- Considero de suma importancia lograr cambiar el *chip* de la persona afectada y de sus familiares cercanos en cuanto al término de “enfermedad” por el de “así es mi organismo”, y aprender a lidiar con los síntomas, ya que es probable que los experimente de por vida, si bien el adecuado manejo podrá espaciar su presencia.
- Hay que recordar que algunos pacientes se pueden controlar sólo con las medidas generales, las cuales deberán recibir por escrito, y tener muy claros los “disparadores” más frecuentes. Es necesario planificar con el médico qué hacer y qué dejar de hacer en caso de síntomas o de desmayo.
- En relación con el consumo de productos a base de agua y sal, hay que recordar que constituyen la piedra angular del manejo, por lo que representan un medicamento para las personas que padecen el síndrome. En cuanto a la cantidad diaria que hay que consumir de ellos, es algo que depende de cada persona, ya que pronto se logra identificar “la dosis” personal, pues algunos pacientes refieren sentirse “hinchados” tras el consumo de cierta cantidad.

¿QUÉ MÉDICO ESPECIALISTA DEBE DIAGNOSTICAR Y ATENDER DICHA DISFUNCIÓN AUTONÓMICA?

Es difícil responder esta pregunta, en virtud de que la disfunción se puede manifestar de diversas maneras, es decir, si la persona refiere la presencia de un des-

mayo quizá busque la valoración de un cardiólogo o de un neurólogo, pero si busca la atención médica preferentemente por mareo quizá acuda en primera instancia a un otorrinolaringólogo, pero si su síntoma predominante son las molestias abdominales buscará a un gastroenterólogo y así sucesivamente. En lo personal no considero que la disfunción autonómica sea territorio de ninguna especialidad en particular, ya que por tener diversas manifestaciones todos los médicos, incluidos los médicos generales y los ginecólogos, deben estar capacitados y familiarizados con dichas manifestaciones para reconocer la existencia del padecimiento y referir al paciente con el médico que tenga los suficientes conocimientos para atender a la persona afectada.

Considero que el médico que hoy en día debe diagnosticar, tratar y dar seguimiento a la persona con el trastorno es aquel que verdaderamente se encuentre capacitado y con la experiencia para hacerlo, lo cual en nuestro país se confina a un reducido número de médicos.

Índice alfabético

A

acrocianosis, 13
agrura, 11
alergia, 23
amiloidosis, 14
ansiedad, 4, 5, 9, 12, 15, 17, 38, 40,
49
arritmia cardiaca, 16
artritis, 27
asma, 23
astenia
 neurocirculatoria, 37, 38
 neurovascular, 38
ataque de pánico, 9, 16, 19, 49
atrofia sistémica múltiple, 5

B

bradicardia, 24, 42

C

cafeína, 15, 30
cardiopatía isquémica, 25
cefalea, 13, 16
colitis, 13
 nerviosa, 7, 11, 12, 16, 17, 18, 32
colon irritable, 17
corazón irritable, 37
crisis convulsiva, 14

D

depresión, 9, 12, 17, 27, 32, 49
 mayor, 18
deshidratación, 15, 28
desmayo, 4, 5, 11, 12, 13, 24, 25,
28, 31, 39, 55, 56
desorden
 de pánico, 18
 del sueño, 16, 17
 emocional, 12, 18
 gastrointestinal, 16

premenstrual, 19
 deterioro neurocognitivo, 13
 diabetes mellitus, 5, 14, 23
 diaforesis, 13, 42
 disautonomía, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
 12, 14, 16, 18, 19, 32, 37, 39, 41,
 43, 45, 47, 51, 52, 53
 discinesia vesicular, 11, 32
 disfunción
 autonómica, 13, 16, 19, 33, 51,
 55
 neuroendocrina, 16
 disnea, 16, 40
 dispareunia, 12
 distensión abdominal, 32, 40
 dolor
 articular, 13
 de cabeza, 5, 7, 11, 12, 13, 16,
 18, 24, 25, 37, 40, 42
 de cuerpo, 7, 32
 de espalda, 40
 de pecho, 38, 40
 lumbar, 18
 muscular, 13, 16
 torácico, 13, 16
 vaginal, 12

E

enfermedad
 crónico–degenerativa, 27
 de Shy–Drager, 5
 del corazón, 25
 por depósito de amiloide, 5
 por reflujo gastroesofágico, 11
 psiquiátrica, 23
 pulmonar obstructiva crónica, 23
 renal crónica, 27
 reumática multisistémica, 17
 epilepsia, 14

estenosis aórtica, 25
 estrés, 16
 ortostático, 42

F

falla
 de oxigenación cerebral, 18
 hemodinámica cerebral, 18
 fatiga
 crónica, 37, 40
 inexplicable, 32
 fibromialgia, 4, 7, 11, 12, 13, 16,
 19, 32
 fobia social, 18

G

gastritis, 32

H

hipertensión
 arterial, 4, 23, 28, 29
 no controlada, 25
 hipocondriasis, 9, 12, 45, 54
 hiponatremia, 53
 hipotensión, 16, 24, 42
 hipovolemia, 29
 histeria, 12
 crónica, 41

I

infarto al corazón, 48
 insomnio, 13, 15, 18, 31, 49
 intolerancia
 al ejercicio, 13, 16, 40
 ortostática, 3, 4, 5, 11, 13, 14, 17,
 19, 27, 28, 29

crónica, 13
irritabilidad intestinal, 17

L

lipotimia, 11
litiasis renal, 47

M

melatonina, 49
microinfarto cortical, 16
migraña, 5, 7, 11, 16, 17, 32

N

neurosis, 6
 cardiaca, 1
nicotina, 16, 30

O

obstrucción del tracto de salida del
 ventrículo izquierdo, 25
ortostasis, 3
ortostatismo, 13

P

paciente
 con cefalea, 16
 con desmayo, 14
 con disautonomía, 19, 47
 con fibromialgia, 17
 con intolerancia ortostática, 8,
 13, 15
 con síncope, 7
 vasovagal, 18

 con síntomas recurrentes, 28
parestesia, 13, 17
paro cardíaco, 48
pindolol, 6
polipnea, 13
presíncope, 24, 42

R

reacción
 vagotónica, 4
 vasovagal, 5, 27
resfriado común, 7
rigidez matutina, 17
rubor, 13

S

síncope, 4, 5, 6, 11, 13, 23, 24, 31,
 42
 convulsivo, 14
 neurocardiogénico, 4
 recurrente, 27
 vasovagal, 29
síndrome
 de atrofia sistémica múltiple, 14
 de Briquet, 41
 de colon irritable, 7, 16, 17, 18
 de DaCosta, 37, 38
 de disautonomía, 27, 37, 45
 de esfuerzo, 38
 de fatiga crónica, 4, 7, 11, 16, 17,
 19
 de Shy–Drager, 15
 de vejiga irritable, 17
del prolapso de la válvula mitral,
 16
depresivo, 19
doloroso, 17
premenstrual, 12

somatización, 45, 54

T

taquicardia, 4, 12, 13, 16, 39, 40, 42

postural ortostática, 5, 16, 18, 29

taurina, 15, 30

trastorno

afectivo, 9, 11

de ansiedad, 19

de pánico, 12

del sueño, 5, 12, 31

funcional, 7

gastrointestinal, 18

neurológico degenerativo progresivo, 48

orgánico, 14

trombosis, 53

U

úlcera gástrica, 32

V

valeriana, 49

vasoconstricción, 3

vejiga irritable, 12, 19

visión borrosa, 13

Doctor Luis Fernando García-Frade Ruiz,
médico internista egresado de la licenciatura
de Médico Cirujano de la Facultad
Mexicana de Medicina de la Universidad
“La Salle”, adscrito al Servicio de Medicina
Interna del Hospital Ángeles del Pedregal.



En el amplio terreno de las enfermedades existen ciertos padecimientos a los que, aunque han sido reconocidos desde hace muchos años, ha sido en los últimos tiempos que se les ha prestado interés desde el punto de vista científico. Dichas alteraciones se caracterizan por ser desórdenes funcionales, es decir, al no existir alteraciones anatómicas ni bioquímicas en ellos los estudios de laboratorio y gabinete resultan sin alteraciones, lo que genera la poca credibilidad de los síntomas por parte de los médicos y familiares y la tan prolongada conceptualización de considerar a tales molestias como tan sólo manifestaciones de desórdenes psiquiátricos.

Alteraciones funcionales como la colitis nerviosa (colon irritable), la migraña, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la vejiga irritable, etc., podrían pertenecer hoy día a un solo diagnóstico con un solo tratamiento.

La hasta ahora llamada disautonomía podría incluir quizá de manera global a todos estos padecimientos y muchos más, como la mayoría de los desmayos, en un amplio abanico de manifestaciones clínicas, pero con un solo método diagnóstico y opciones cada vez más claras de tratamiento específico.

El presente texto representa quizá el primer escrito a manera de libro respecto a dicha alteración autonómica, y más aún dirigido a la comunidad no médica; su objetivo es acercar a la población la información suficiente del padecimiento tanto para aumentar su identificación y diagnóstico como para introducir a los médicos de primer contacto y los especialistas en el síndrome.

Si bien desde el punto de vista médico este trastorno resulta verdaderamente complejo en su profundo conocimiento y entendimiento, los invitamos a realizar un interesante viaje en el amplio universo de *un síndrome llamado disautonomía*.

ISBN 978-607-741-128-4



www.editalfil.com