



Plataforma Nacional para FM, SFC, SQM.

Reivindicación de derechos

www.plataformafibromialga.org

Madrid – España – 2.010

Marearse al ponerse en pie – manejar un síntoma común de FM y EM/SFC

Por Dr. Mark J Pellegrino, MD* Febrero 2010

Las personas con FM y/o SFC/EM a menudo tienen problemas para mantener la presión sanguínea en una posición vertical.

El "casi-síncope" (Near-syncope) es el resultado de nervios autonómicos disfuncionales que causa fluctuaciones en nuestra presión sanguínea, especialmente cuando cambiamos de posición sentada a estar en pie. (El sistema nervioso autonómico hace que sigan haciendo las funciones corporales "automáticas" ejecutadas por muchos órganos, músculos y glándulas, y conduce las respuestas al estrés físico u emocional – lucha o huye.)

Las personas con casi-síncope y FM y/o EM/SFC no tienen una pérdida de consciencia (verdadero síncope), pero nos sentimos ligeros en la cabeza, como si estamos a punto de desmayarnos, pero al final no perdemos realmente la consciencia.

Tenemos falta de equilibrio, una sensación de debilidad o borrosidad sin pérdida de consciencia. Esto es a menudo sinónimo de *hipotensión ortostática o intolerancia ortostática*. [Ortostático significa "estar de pie"] <http://www.pediatricnetwork.org/medical/OI/johnshopkins.htm>

Con hipotensión o intolerancia ortostática cae la presión sanguínea cuando cambiamos de posición porque tendemos a disparar demasiado fuerte o demasiado débil las respuestas de los nervios a los vasos sanguíneos cuando cambiamos de postura. Por esto tenemos más riesgo de tener fluctuaciones en nuestra presión sanguínea, particularmente una caída de ella, cuando cambiamos de postura.

El aumento de estrés y ciertos medicamentos, incluyendo los relajantes musculares, antidepresivos y anti-migraña aumentan el riesgo (encima del riesgo por tener FM & EM/SFC).

Evaluación del casi-síncope...

puede incluir comprobación de la presión sanguínea y del pulso en posición de pie y acostada y examinar el corazón. Puede ser necesario un ECG, test de estrés cardiaco y prueba de mesa basculante.



Plataforma Nacional para FM, SFC, SQM.

Reivindicación de derechos

www.plataformafibromialga.org

Madrid – España – 2.010

La prueba de la **mesa basculante** es una de las maneras para confirmar la hipotensión ortostática y documentar los nervios automáticos disfuncionales como causa de ello.

Para hacer la prueba de la mesa basculante, la persona se acuesta horizontal en una mesa y se monitoriza. Luego se bascula la mesa lentamente y se monitorizan continuamente la presión sanguínea, el pulso y el ECG para documentar cualquier cambio [ver [video](#)]. En personas con FM/EM/SFC, más o menos el 25% tiene una significativa caída de la presión sanguínea y un incremento del ratio pulsátil.

Las puntuaciones pueden ser distintivas para EM/SFC

Dr. J.E. Nachitz publicó un estudio en el que hizo un test de la mesa basculante en 40 personas con SFC [comparado con 41 pacientes con FM, y varios otros grupos, ver "[The head-up tilt test with hemodynamic instability score in diagnosing chronic fatigue syndrome](#)"]. Encontró una distinta puntuación de inestabilidad hemodinámica – medición de la presión sanguínea y de sus cambios - en el test, y los resultados de los con SFC puede ser diferente de los con FM en el mismo test. Parece haber una distinta disautonomía (o nervios autonómicos disfuncionales) en el SFC que es diferente de otras enfermedades que causan fatiga – incluso fibromialgia – según Dr. Naschitz.

El tratamiento de casi-síncope incluye lo siguiente

1. Beber extra líquidos.

Muchas veces estamos subclínicamente deshidratados, lo que significa que no bebemos bastante líquidos durante el día. Si no tenemos suficiente volumen de sangre, tenemos más riesgo de sufrir caída de nuestra presión sanguínea y así más riesgo del casi-síncope. Recomiendo 8 vasos de agua por día.

2. Incrementar la ingesta de sal.

El sodio ayuda a mantener nuestra presión sanguínea y así ayuda a prevenir la bajada de la presión sanguínea en el casi-síncope. Muchas personas están tan preocupadas sobre la ingesta de sal que piensan que es mala y por esto no la ingieren.

Demasiado de cualquier cosa puede ser malo, incluyendo demasiada sal, pero si nos preocupamos por el casi-síncope es recomendado ser más liberal con nuestra sal porque extra sal ayudará a tener bastante alto el volumen de sangre y baja el riesgo de hipotensión o de casi-síncope.

Puede ayudar probar con 2 a 6 gramos de extra sal al día.



Plataforma Nacional para FM, SFC, SQM.

Reivindicación de derechos

www.plataformafibromialga.org

Madrid – España – 2.010

3. Prescribir diuréticos especiales.

Se puede prescribir Florinet (**fludrocortisona**) en casos severos de casi-síncope. Es un diurético que retiene sal y actúa para incrementar el volumen de sangre y mantiene bastante alta nuestra presión sanguínea.

4. Betabloqueadores como **Metoprolol**.

Puede parecer una paradoja tratar a alguien con baja presión sanguínea con un medicamento para la presión. Los betabloqueadores bloquean las señales nerviosas beta de los nervios autonómicos. Si alguien tiene hipertensión (alta presión), bloquear los nervios beta puede ayudar a reducir la presión sanguínea.

Sin embargo, se piensa que estos nervios beta juegan un papel importante en la causa de la baja presión sanguínea en el casi-síncope, por esto bloquear estos nervios beta con un betabloqueador puede ayudar a *reducir los episodios de casi-síncope mediante la estabilización de la presión sanguínea*.

5. Medias de compresión

Medias que aprietan (por ej. **high-high TED hose** o **Jobst® stockings**) pueden ayudar a minimizar los cambios de la presión sanguínea ortostática al disminuir la cantidad de sangre almacenada ("pooled") en las piernas.

La fuerza de la gravedad tiende a tirar la sangre hacia las piernas cuando estamos en pie, incrementando el riesgo de una caída ortostática de la presión sanguínea. Las medias "empujan" la sangre de las piernas y la mantienen en el tronco corporal – el mayor "almacén" de sangre para ayudar a mantener la presión sanguínea.

6. Estrategias para cambiar de postura.

A menudo es el cambio repentino de estar sentado a ponerse en pie el que desencadena la caída de la presión sanguínea mediada por el autonómico (casi-síncope). Una estrategia de tratamiento es eliminar cualquier cambio repentino de la postura. Esto significa cambiar gradualmente de posición.

Por ejemplo, por la mañana para levantarnos, debemos:

- Antes de nada, sentarnos en cama durante 15 a 30 segundos,
- Luego poner las piernas por el borde de la cama y sentarnos durante 15 a 20 segundos,
- Luego poner los pies en el suelo y levantarnos despacio, pero quedarnos de pie al lado de la cama durante 15 a 30 segundos,
- Luego empezar a andar.



Plataforma Nacional para FM, SFC, SQM.

Reivindicación de derechos

www.plataformafibromialga.org

Madrid – España – 2.010

Este proceso gradual paso a paso puede ayudar a eliminar los episodios casi-sincopales.

* * * *

Para saber más en inglés, leer lo siguiente:

- El [manual](#) de la **The CFIDS Association of America** que ofrece tips para manejar la intolerancia ortostática durante el tiempo caluroso, cuando los síntomas pueden empeorar. Para citar el boletín de noticias de Agosto 2008 de *CFIDSLink*: "Muchas personas con SFC experimentan intolerancia ortostática - problemas con la postura vertical que pueden incluir mareos, sentirse débil, pensar confuso, incremento de la fatiga, náuseas y profusa sudoración. Estos síntomas pueden empeorar con altas temperaturas, por esto ofrecemos estos consejos durante los meses de verano (y durante todo el año si es preciso)."

- **Artículo enciclopédico de Phoenix Rising (www.aboutmecfs.org) Fundador Cort Johnson, "The Perils of Standing: Orthostatic Intolerance and Chronic Fatigue syndrome (ME/CFS)"** Muy detallada descripción de cómo el sistema nervioso autónomo se las arregla con los cambios de la posición corporal en personas normales y en otras con problemas ortostáticos, y también las variaciones relacionadas con EM/SFC, tests y estudios.

• Información proporcionada por algunos de los grandes centros de investigación en la Intolerancia Ortostática

Vanderbilt Medical Center Autonomic Dysfunction Center, Nashville, TN
<http://www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php?site=adc&doc=4779>

New York Medical College Center for Pediatric Hypotension, Valhalla
<http://www.nymc.edu/fhp/centers/syncope/NIH%20grant%20circulatory%20dysfunction%20in%20CFS.htm>

Mount Sinai Medical Center Autonomic Disorders Research and Treatment Program, NYC

<http://www.mountsinai.org/Research/Centers%20Laboratories%20and%20Programs/Autonomic%20Disorders%20Research%20and%20Treatment%20Program>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, MD
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/dysautonomia/dysautonomia.htm>

* Dr. Pellegrino ha visto a más de 20.000 pacientes con FM y enfermedades asociadas en su consulta en el [Ohio Rehab Center](#), y es el mismo paciente con FM desde su infancia. Esta información es extraída con su permiso del Capítulo 25 de *Fibromyalgia: Up Close & Personal* por Mark Pellegrino, MD.* ©Anadem Publishing, Inc. and Mark Pellegrino, MD, 2005, all rights reserved. Este libro informativo de 424-páginas puede comprarse en [the ProHealth.com store](#).

Copyright © 2010 ProHealth, Inc.

Impresa de <http://www.prohealth.com/library/showarticle.cfm?libid=15154>