

Ateneo 2008.

Cátedra de Clínica Médica de Tercer Año de la E.M.H.A. Tomás Pablo Paschero.  
Dr. Mario Weisman., Dr. Pablo Kodysz, Dr. Ariel Medina

## Síndrome de fatiga crónica (SFC)

### Abstract:

Un motivo de consulta frecuente en la práctica diaria es la **astenia**, referida por el paciente como “cansancio”, “desgano”, “debilidad”, “agotamiento”, “fatiga”.

El SFC ha recibido considerable atención, pero sigue siendo una enfermedad complicada y controvertida.

La prevalencia de este síndrome no está establecida, en parte debido a la dificultad en establecer el diagnóstico.

Una de las cosas importantes que el médico puede hacer al hablar del SFC con el paciente, es repasar la **historia** de este síndrome, que ha recibido diferentes nombres con el correr de los tiempos, para que el paciente comprenda que esta **no es una enfermedad nueva**.

Las mujeres representan el 75% o más de los pacientes con SFC.

La **fatiga** incluye tres componentes: debilidad generalizada, fácil fatigabilidad y fatiga mental. La presencia de fatiga crónica **no** implica necesariamente la presencia del SFC, el cual sólo representa un 10 % de los pacientes con fatiga y tiene un sistema definido de criterios.

No se ha demostrado científicamente la asociación de agentes etiológicos con el SFC.

Las investigaciones más recientes parecen indicar que el fundamento etiológico podría estar relacionado con alteraciones del sueño.

La historia clínica es fundamental en la evaluación de los pacientes con SFC.

Preguntas y comentarios tales como -¿Qué entiende usted por fatiga?- o - Describa por favor lo que usted siente-, nos pueden proporcionar respuestas que nos ayuden a **distinguir fatiga de disnea, somnolencia y debilidad verdadera**.

Dentro de los diagnósticos diferenciales, el más importante es la **depresión**. Otros son: las miopatías y los trastornos de la conducción neuromuscular que son distinguibles por la sintomatología exclusivamente muscular. Los cuadros virósicos pueden presentar dificultades al iniciar solapadamente, pero con la evolución del cuadro clínico y con los resultados de laboratorio, se puede distinguir el SFC de otros cuadros tales como mononucleosis infecciosa o hepatitis B.

Efectuamos un recorrido a través de nuestra preciosa materia médica y de los síntomas repertoriales, con el fin de buscar que hay de SFC en nuestros libros

Sabemos que no es mucho lo que la medicina alopática puede hacer por estos pacientes.

**No hay terapia médica ni tratamientos conocidos específicos** para el tratamiento del SFC, a pesar que una enorme cantidad de dietas y medicaciones se han probado, pero ninguna ha sido acertada.

Las únicas dos intervenciones que encontraron beneficios **en algunos pacientes** son el **ejercicio físico gradual y la terapia cognitivo-conductual**.

¿Qué podemos hacer nosotros?

A pesar de que estos síndromes ahora son diagnósticos reconocidos, existe controversia acerca de su credibilidad. Muchos médicos alópatas relegan aún hoy en día el diagnóstico al reino incierto de las condiciones no patológicas que sugieren hipocondría. No es raro ver a estos pacientes medicados con tranquilizantes o drogas psicotrópicas, con la idea de que tienen problemas psiquiátricos.

Considerando la revisión bibliográfica, es importante señalar que el SFC es una afección muy difícil de diagnosticar y que no se acaba de entender por completo.

¿Qué observamos nosotros, los médicos homeópatas?

Cuando administramos un medicamento adecuado, el paciente habitualmente mejora su dinamismo, enseguida se siente más descansado y apto para realizar actividades que hasta hace muy poco tiempo no podía hacer, en general por sentirse desgano o desmotivado.

Esto, sumado a todos los parámetros que nosotros, los médicos homeópatas utilizamos en la evaluación de nuestros enfermos, nos pone en la pista que hemos hecho una buena prescripción.

Es de fundamental importancia conocer el SFC para nuestra práctica cotidiana, donde nos vienen a ver un sinnúmero de pacientes con problemas de salud diferentes y **el cansancio es moneda corriente en las consultas.**

### **Síndrome de fatiga crónica** **(SFC)**

#### **Dr. Ariel Medina:**

Cuando decidimos el tema a tratar en el ateneo, pensamos, por sugerencia del Dr. Mario Weisman, en un motivo de consulta frecuente en la práctica diaria: la **astenia**, referida por el paciente como “cansancio”, “desgano”, “debilidad”, “agotamiento”.

La fatiga es una queja común.

En Estados Unidos es causa de 7 millones de visitas anuales.

El SFC ha recibido considerable atención, pero sigue siendo una enfermedad complicada y controvertida.

La prevalencia de este síndrome no está establecida, en parte debido a la dificultad en establecer el diagnóstico.

#### **Dr. Pablo Kodysz:**

- **La fatiga es un mecanismo de seguridad fisiológico:** indica al organismo que surgirán cambios metabólicos que causarán daños irreversibles al músculo, y de continuar el esfuerzo se dañarían órganos nobles; en otras palabras, indica la **necesidad imperiosa de reposo.**
- La fatiga muscular implica la imposibilidad de mantener un esfuerzo muscular.

El fundamento de la contracción muscular radica en la relación entre dos fibras del sarcómero: la actina y la miosina.

#### **Fisiología del funcionamiento químico-muscular:**

La miosina presenta en sus extremos múltiples puentes que contactan con las fibras de actina con el concurso de una molécula de adenosín trifosfato (ATP). Durante el ejercicio muscular se logra la contracción mediante el consumo de ATP.

Cuando el músculo se encuentra en reposo, el sarcómero se halla en extensión máxima, las moléculas de troponina evitan que las fibras de actina contacten con los puentes de miosina y su molécula de ATP, evitándose así la contracción muscular. Pero cuando la fibra es activada, se libera calcio que se une a la troponina modificándola y permitiendo la unión de los puentes de miosina, con el consiguiente acortamiento de la miofibrilla. El ATP es el combustible que al ser hidrolizado aporta la energía requerida para el acortamiento miofibrilar; además de energía se libera una molécula de adenosín difosfato (ADP) y una molécula de **fósforo** por separado. Luego cuando Mario les muestre la repertorización con los síntomas del SFC, vamos a ver como Phosphorus es uno de los medicamentos que más cubre el cuadro clínico del síndrome.

Las reservas de ATP en el músculo son limitadas y en el transcurso del ejercicio muscular moderado se agotan. La deuda de ATP es saldada por su regeneración desde el ADP y el fósforo. La energía requerida es obtenida a partir de otros combustibles, en general los primeros combustibles a los que se acude es al glucógeno y los triglicéridos. La oxidación de estos combustibles requiere oxígeno, lo que lo hace un mecanismo aeróbico. El proceso comienza a partir del glucógeno muscular, el cual es degradado siguiendo la vía común de oxidación; ésta es el ciclo de Krebs, en la mitocondria, y la activación de la cadena de electrones. Como residuo de este ciclo se libera agua y dióxido de carbono.

Si el esfuerzo continúa el oxígeno comienza a escasear en la fibra, la oxidación se va limitando y el ATP disminuye más aun; entonces se activa la glucólisis anaeróbica. Este mecanismo también genera energía, pero es de eficiencia marcadamente inferior al ciclo de Krebs. La molécula de glucosa que entra a la glucólisis anaeróbica da como resultado la energía para reconstituir 3 moléculas de ATP, ácido láctico y protones. A modo de comparación el ciclo de Krebs genera la energía necesaria para 32 moléculas de ATP, dando agua y dióxido de carbono como residuo. La importancia de los protones radica en que al superar en 1.000% los valores habituales generan fatiga muscular.

Una de las cosas importantes que el medico puede hacer al hablar del SFC con el paciente, es repasar la historia de este síndrome para que el paciente comprenda que esta **no es una nueva enfermedad**.

### **Reseña histórica:**

Lo que sigue es una breve reseña histórica de los nombres aplicados a los **desordenes que eran notablemente similares al SFC de la actualidad**:

Ya en el año 1750 se lo llamó **Febrícula**.

Podemos decir que la primera descripción del síndrome que nos interesa fue hecha por el neurólogo George Beard en 1869, en Inglaterra, quien lo bautizó como agotamiento nervioso, Beard la denominó **Neurastenia**. En esa época, estos enfermos eran comúnmente llamados de sofá o de cama; también fue denominado “housewife syndrome” (del ama de casa), pues afectaba generalmente a pacientes femeninas de clase social media.

William Osler, en sus Principios y Práctica de la medicina en 1892, describe que en la **neurastenia** hay una ***disociación llamativa entre la intensidad de los síntomas referidos por los pacientes y los cambios objetivos observados por el médico.***

Según el Diccionario Indoeuropeo de la Lengua Española, **Neurastenia** proviene de la raíz (s)nedu del griego nervio. Neuroma, neurosis, neuralgia y Neurastenia (debilidad): “conjunto de estados nerviosos, cuyas características son: la emotividad, la tristeza, el cansancio, etc.” Y del latín, tendón ligamento, nervio.

En el año 1871: **Síndrome de Da Costa** (síndrome de esfuerzo, corazón de soldado). Da Costa lo describió en soldados que combatían en la guerra. Se presenta generalmente en mujeres jóvenes, que ante situaciones de stress acusan dolor precordial, continuo o a veces intermitente, sin relación con el esfuerzo ni el reposo, que en ocasiones lo refieren como una sensación indefinida, pero que claramente difiere del angor. Junto al dolor suele haber fatiga, palpitaciones, disnea suspirosa, lipotimias, sudoración, vértigos. En ocasiones se añade diarreas o constipación, y también manifestaciones dispépticas. Estos pacientes suelen en general ser sometidos a numerosos estudios.

En 1934 un brote de **encefalitis miálgica** en el Hospital General de Los Ángeles representó la forma epidémica de esta enfermedad.

El SFC es también conocido como **Encefalopatía Miálgica Benigna** en Gran Bretaña y Canadá, debido a una epidemia en Londres en 1955; **Síndrome de disminución de las células natural killer** en el Japón y **Síndrome de Disfunción Inmune** (CFIDS), éste último fue descrito en Estados Unidos en 1988. En Gran Bretaña también se utiliza el nombre “**Síndrome de Fatiga Post viral**”.

Otros tales brotes se han llamado enfermedad de Iceland, enfermedad de Akureyri, etc.

El nombre más utilizado en general es **SFC** a secas. Esta es la denominación actual y tiene la ventaja de no atribuir una causa específica a éste síndrome.

Dentro de los **factores predisponentes** se incluyen pacientes de edad avanzada y sedentarismo. Otros investigadores remarcan el antecedente de trabajo excesivo o estrés y el inicio durante la rehabilitación postquirúrgica.

Se le da valor también al antecedente de enfermedad vascular, en especial de vasculopatía periférica.

Pero hasta el presente, el SFC es un diagnóstico de exclusión.

### **Epidemiología:**

Un estudio realizado en Australia en 1990 indica una frecuencia de 0,37%. Un estudio reciente en Seattle reveló que 75 a 265 de cada 100.000 personas sufren la enfermedad; se calcula que en Estados Unidos, medio millón de personas presentan un cuadro sintomático similar al SFC.

Las mujeres representan el 75% o más de los pacientes con SFC.

**Dr. Ariel Medina:**

### **Signo-sintomatología:**

Debemos señalar que síntomas como “cansancio”, “pérdida de vitalidad”, “decaimiento” o “bajón”, por el que consultan los pacientes, no siempre corresponden, como veremos más tarde, a un SFC.

Expresiones como las que les voy a leer, seguramente todos ustedes escuchan y consignan en las historias clínicas diariamente en sus consultorios, la **fatiga** es una queja extremadamente común.

**Entonces, vamos a ver ejemplos, con palabras textuales, en este caso de algunos de mis pacientes:**

- Mujer de 21 años (estudiante de publicidad): *-Duermo mal y mucho, estoy todo el día cansada, me levanto cansada, como si no hubiera descansando.*
- Varón de 40 años (financista): *-Agotado, quisiera que el fin de semana tenga un día más.*
- Mujer de 70 años (martillera): *-Desgano, un cansancio tremendo, mucho cansancio a la mañana. No me quiero levantar, quisiera seguir durmiendo y eso que duermo siete horas de corrido.*
- Mujer de 60 años (ama de casa): *- Me siento muy cansada a la noche, será la edad. ¡Serán los años que uno tiene en esta tierra!*
- Mujer de 63 años (contadora): *- Tengo pocas ganas de laburar, no tengo energías para trabajar. Estoy culo pesado, yo que era un cuete. Me falla la primera, me faltan energías para todo. No arranco. Es como si me hubiera quedado sin iniciativa. La psicóloga me quiere dar un antidepresivo.*
- Mujer de 50 años (empresaria): *-Todo me cuesta mucho esfuerzo, duermo mucho, demasiado. Tengo muchas cosas que hacer, voy postergando, postergando y sigo postergando. En casa dejo y dejo cosas, veo que está todo abandonado y me pone mal. No arranco, no tengo entusiasmo de arrancar.*
- Varón de 33 años (publicista): *-Estoy cansado, llamativamente cansado. ¡Me baja una palma! El sábado y domingo me tuve que dormir dos siestas. Encima a la noche me duermo.*

Para comprender mejor la signo-sintomatología, vamos a aclarar algunas definiciones.

### **Definiciones:**

Si queremos determinar la causa de la debilidad muscular es necesario diferenciar la **debilidad primaria**, la **astenia** y la **fatiga**, afecciones comunes diferentes, pero que con frecuencia se superponen a la debilidad muscular.

Un paciente con **debilidad primaria** es incapaz de realizar la tarea desde el primer intento.

La **astenia** es una sensación de cansancio o letargo en ausencia de debilidad muscular. Esta condición es común en personas con SFC, trastornos del sueño, depresión, o enfermedades cardíaca, pulmonar o renal crónicas, etc.

El término **fatiga** se refiere a la incapacidad de continuar haciendo una tarea luego de varias repeticiones.

### **Fatiga:**

La **fatiga** incluye **tres componentes** presentes en grados variables en cada paciente, ellos son:

- 1°) **Dificultad para iniciar la actividad** (sensación de debilidad generalizada en ausencia de hallazgos objetivables)
- 2°) La **capacidad reducida de mantener la actividad** (fácil fatigabilidad)
- 3°) La **dificultad en la concentración, la memoria y la estabilidad emocional** (fatiga mental).

### **En resumen:**

- ✓ **debilidad generalizada**
- ✓ **fácil fatigabilidad**
- ✓ **fatiga mental**

Debe ser distinguida de la somnolencia, de la disnea y de la debilidad muscular, aunque estos síntomas puedan también estar asociados a la fatiga.

En base a la **duración de los síntomas**, se utilizan **tres categorías** al referirse a la fatiga:

- 1) **Fatiga reciente:** los síntomas duran menos de un mes
- 2) **Fatiga prolongada:** los síntomas duran más de un mes
- 3) **Fatiga crónica:** los síntomas duran más de seis meses

La presencia de fatiga crónica **no** implica necesariamente la presencia del **Síndrome de Fatiga Crónica**, el cual solo representa un 10 % de los pacientes con fatiga y tiene un sistema definido de criterios. **El SFC representa un subgrupo muy pequeño de los que se quejan de fatiga crónica.**

Si la fatiga persiste por más de seis meses y es debilitante, pero **no cumple** los criterios para el SFC, se la denomina **Fatiga Crónica Idiopática** o no específica.

**Dr. Pablo Kodysz:**

### **Criterios del SFC**

Los criterios originales fueron modificados por Fukuda y denominados “criterios internacionales”. Se basa en el cumplimiento de **dos criterios mayores** y en la coexistencia de **al menos 4 de una serie de criterios asociados.**

## Criterios diagnósticos del CDC de USA

Descripción publicada por el CDC, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, en Octubre de 1998.

### Criterios Mayores:

- Presencia de fatiga crónica severa durante 6 meses o más, con la exclusión de otras condiciones médicas
- Reducción del 50 % del rendimiento habitual, tanto físico como intelectual

### Criterios Menores:

- Aparición concurrente de 4 o más de los siguientes síntomas, en forma persistente y con recaídas durante por lo menos 6 meses consecutivos:
  - Falta de concentración y pérdida de la memoria inmediata
  - Odinofagia
  - Adenopatías
  - Mialgias
  - Artralgias sin signos de artritis
  - Cefaleas de un nuevo tipo de patrón o severidad
  - Trastornos del sueño
  - Malestar después de un esfuerzo durante más de 24 horas

¿Qué fue primero?

Los diagnósticos médicos o psiquiátricos pueden explicar la causa en por lo menos 2/3 de los de los pacientes con fatiga crónica. *Algunos interpretan que la fatiga resulta de un desorden psiquiátrico; otros sostienen que los problemas psiquiátricos se presentan a partir de la fatiga y de la incapacidad crónica que esta genera.*

Debemos remarcar la sintomatología tanto neurológica como psiquiátrica, pues se supuso que el SFC era de origen psicológico: tal es así que en un tiempo fue denominado peyorativamente “la fiebre de los yuppies”, al afectar individuos profesionales de clase media con exceso de horas de trabajo.

### Etiología:

También se han atribuido etiologías específicas al SFC.

Los diagnósticos propuestos fueron: Brucelosis crónica de los años 30 a los años 50 e hipoglucemia a partir de los años 50 a los años 70.

A partir de la descripción de este síndrome como una entidad clínica definida comenzaron a tejerse las más variadas hipótesis sobre sus causas. La hipótesis viral se

basa en el hallazgo de anticuerpos para diferentes tipos de virus (Epstein Barr, Herpes Virus, CMV, Retrovirus, Enterovirus, etc.)

Otras hipótesis han incluido a la Candidiasis y la enfermedad de Lyme crónica. Esta, es una enfermedad inflamatoria, causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi*. *La bacteria es llevada por ciertas garrapatas que la adquieren cuando pican ratones o venados infectados con la enfermedad de Lyme. Las personas pueden contraer la enfermedad si son picadas por una garrapata infectada.*

Otra teoría propone un agente “x”, aún desconocido, que actúa atrayendo las células T, que liberan citoquinas: una de ellas, la interleukina 2, que al ser utilizada en estudios produce síntomas similares al SFC.

Lo cierto es que ***no se ha demostrado científicamente la asociación de estos agentes etiológicos con el SFC.***

Las investigaciones más recientes parecen indicar que el fundamento etiológico podría estar relacionado con alteraciones del sueño, apneas, narcolepsia y somnolencia diurna.

No existen por el momento pruebas de laboratorio o de otro tipo útiles para confirmar el diagnóstico del SFC.

La **Tomografía por Emisión de Positrones (PET)** indica un descenso del flujo sanguíneo en el lóbulo temporal y el hipocampo; estos pacientes presentan además una disminución en la actividad eléctrica en esa zona.

### **Interrogatorio:**

Preguntas y comentarios tales como -¿Qué entiende usted por fatiga?- o - Describa por favor lo que usted siente-, nos pueden proporcionar respuestas que nos ayuden a ***distinguir fatiga; de disnea, somnolencia y debilidad verdadera.***

La historia clínica es fundamental en la evaluación de los pacientes con SFC.

La evaluación debe centrarse en las características temporales de la fatiga, su impacto en la vida diaria del paciente, potenciales trastornos psiquiátricos subyacentes, disturbios del sueño y medicaciones o adicciones a fármacos, alcohol y drogas.

Debemos tener en cuenta que: hipnóticos, miorelajantes, antidepresivos, antihistamínicos, beta bloqueantes y opioides son causales frecuentes de fatiga.

La historia debe determinar la severidad y el patrón temporal de la fatiga. Vendría a ser la **modalidad** de la fatiga.

***Inicio*** (precipitado o gradual, relacionado a algún acontecimiento o enfermedad).

***Curso*** (estable, mejorando o empeorando).

***Duración y patrón diario.***

***Factores que alivian o exacerban*** los síntomas.

Y el ***impacto en la vida diaria*** (capacidad de trabajar, socializar, participar en las actividades de la familia y cambios que el paciente ha hecho para ajustarse a los síntomas de la fatiga).



Se debe explorar enfermedad médica oculta subyacente.

Los pacientes que son víctimas de violencia en el hogar pueden presentar síntomas de fatiga.

### **Diagnóstico Diferencial:**

El componente central del SFC, lleva a confundirla con su diagnóstico diferencial más importante, la **depresión**.

En la depresión el paciente presenta debilidad, fácil fatigabilidad, trastornos del sueño, y excesivo reposo en cama, lo que puede dificultar el diagnóstico. En el paciente depresivo predominan la tristeza patológica y la pérdida del interés en las actividades previamente atractivas, lo que facilita el diagnóstico.

**En el SFC el paciente mantiene el interés por las cosas (aunque falte la energía para su realización).**

En el SFC puede haber un cuadro depresivo, pero secundario al síndrome.

Otros **diagnósticos diferenciales** son las miopatías, las distrofias musculares hereditarias, las miopatías inflamatorias, como la polimiositis, y los trastornos de la conducción neuromuscular que son distinguibles por la sintomatología exclusivamente muscular. Los cuadros virósicos pueden presentar dificultades al iniciar solapadamente, pero con la evolución del cuadro clínico y con los resultados de laboratorio, se puede distinguir el SFC de una mononucleosis infecciosa o de una hepatitis B.

Haciendo un recorrido a través de nuestra preciosa materia médica y de los síntomas repertoriales, el Dr. Mario Weisman nos hará conocer que hay de éste SFC en nuestros libros.

### **Dr. Mario Weisman:**

Revisando la bibliografía, encontré que la fatiga crónica se encuentra mencionada en 92 medicamentos.

En el repertorio Synthesis 9.2 versión en castellano, se incluyen los siguientes remedios:

### **GENERALES - CRÓNICA; Síndrome de FATIGA**

acet-ac.<sup>mp4</sup> am-c.<sup>mrr1</sup> ant-c.<sup>mrr1</sup> aq-pur.<sup>mp4</sup> arg-met.<sup>mrr4</sup> arg-n.<sup>mrr1,mrr4</sup> atro.<sup>vh1</sup> aur.<sup>mrr1</sup> bap.<sup>vh1</sup> berb.<sup>vh1</sup> beryl.<sup>mp4</sup> brass-c.<sup>mp4</sup> brom.<sup>vh1</sup> calc.<sup>mrr1</sup> calc-p.<sup>mrr1</sup> camph.<sup>mrr1,mrr4</sup> cann-i.<sup>mrr1</sup> carb-v.<sup>mrr1,mrr4</sup> carc.<sup>mp4,mrr1,sej3</sup> chin.<sup>mrr1</sup> cocc.<sup>mrr1</sup> coff.<sup>mrr1</sup> cordyc.<sup>mp4</sup> dam.<sup>mp4</sup> ferr.<sup>mrr1</sup> gels.<sup>mp4,mrr1</sup> germ-met.<sup>stj5</sup> granit-m.<sup>mp4</sup> ign.<sup>mrr1</sup> ind.<sup>mp4</sup> kali-p.<sup>mrr1,mrr4</sup> lyc.<sup>k2,mrr1</sup> mag-c.<sup>mrr1</sup> mag-m.<sup>mrr1,mrr4</sup> *Mur-ac.*<sup>mrr1</sup> nat-m.<sup>mrr1</sup> nux-v.<sup>mrr4</sup> onos.<sup>mrr1</sup> op.<sup>mrr1</sup> ozone.<sup>vml3</sup> penic.<sup>mp4</sup> ph-ac.<sup>mp4,mrr1</sup> phos.<sup>mrr1</sup> *Pic-ac.*<sup>mrr1</sup> sarcol-ac.<sup>mp4</sup> scut.<sup>mp4,mrr1,vml3</sup> sel.<sup>mrr1</sup> sep.<sup>mrr1,mrr4</sup> sil.<sup>mrr1</sup> *Stann.*<sup>mrr1</sup> sulph.<sup>mrr1</sup> thuj.<sup>mrr1</sup> uncar-tom.<sup>mp4</sup>

Y los restantes están mencionados en diferentes publicaciones de la Enciclopedia Homeopática de Radar.

Aesculus carnea (aesc-c.)

Agrimonia eupatoria (agri.)

Ammonium muriaticum (am-m.)

Anhalonium lewinii (anh.)  
 Aquilaria agallocha lignum  
 Aspartame  
 Blatta orientalis (blatt-o.)  
 Calcarea cáustica (calc-caust.)  
 Carpinus betulus (carp-b.)  
 Castanea vesca (castn-v)  
 Cimicifuga racemosa (cimic.)  
 Conium maculatum (con.)  
 Culex pèrvigilans  
 Emerald  
 Folliculinum (foll.)  
 Gallium aparine (gall.)  
 Hepar sulphur (hep.)  
 Hyosciamus (hyos.)  
 Iridium metallicum (irid-mt)  
 Kola (kola)  
 Lac maternum (lac-mat)  
 Lachnantes tinctoria (lachn.)  
 Larix decidua (lar-d.)  
 Lavandula Angustifolia (lavand-a.)  
 Leonurus cardiaca (leon.)  
 Lonicera caprifolium (lon-c.)  
 Melaleuca alternifolia (melal-alt.)  
 Olea europea (ol-eur.)  
 Phaseolus vulgaris (phase-vg.)  
 Plutonium metallicum (plut-met.)  
 Plutonium nitricum (plut-n.)  
 Quercus robur (querc-r.)  
 Radium bromatum (rad-br.)  
 Rosa canina (ros-ca)  
 Sinapis arvensis (sin-ar)  
 Spectrum (spect.)  
 Stramonium (stram.)  
 Thiosinaminum (thiosin.)

Voy a comentar aspectos relacionados de algunos medicamentos.

KENT James Tyler  
 Lectures on Homeopathic Materia Medica (k2)  
 Lycopodium clavatum

Los síntomas mentales de Lyc. son numerosos. El paciente se siente cansado. Cansado mentalmente, con una fatiga crónica, olvidadizo, con aversión a emprender nada nuevo, a aparecer en cualquier nuevo papel, aversión a su propio trabajo. Teme que le suceda algo, u olvidarse de algo. Le afecta el temor siempre creciente de aparecer en público, y sin embargo también suele horrorizarlo la soledad. Profesionales, tales como abogados y ministros, que tienen que aparecer en público, sienten una sensación de incompetencia, de incapacidad para desempeñarse en sus tareas, a pesar de que están habituados a ellas desde hace muchos años. El abogado no puede pensar en aparecer ante los tribunales; lo dilata, lo demora hasta verse obligado a ello, porque teme dar

traspíes, cometer errores, olvidarse de algo. Y, sin embargo, al hacerse cargo de ello, lo realiza con facilidad y cómodamente. Esta es también una característica notable de Silicea. Ninguna medicina tiene este temor tan marcado como estas dos.

---

Boericke  
Phosphorus

Gran abatimiento. Pérdida de memoria. El cerebro lo siente cansado. Inquieto. Agitado. Hiposensible. Indiferente.

Lathoud  
Phosphorus

Ningún otro, tiene tal vez, acción más potente sobre el sistema nervioso. Agitado, movedizo, no puede sentarse ó permanecer tranquilo un momento. Sin embargo, está siempre fatigado, siempre tiene necesidad de descansar, en general está mejor después de dormir. Muy deprimido, su fatiga mental es semejante a la física; desprovisto de todo deseo de acción, huye al menor esfuerzo mental ó físico. Su cerebro le da sensación de fatiga, lasitud, incapaz de pensar y reflexionar, de aplicarse al estudio y a trabajos mentales. Sus ideas no tienen la claridad habitual, completamente indiferente a todo lo que lo rodea, todo le parece triste, cansado de la vida. La gran debilidad nerviosa es característica, debilidad irritante netamente marcada en mucho de sus síntomas.

Kent  
Phosphorus

Irritabilidad del cuerpo y el espíritu, con gran postración intelectual después del menor esfuerzo mental y gran lasitud corporal después de la menor fatiga física.

---

Lathoud  
Sepia

Triste, deprimida, se vuelve indiferente a todo. Su memoria es débil y siente su cabeza vacía. A esta depresión, a esta tristeza melancólica del espíritu, se une irritación que puede llegar irascibilidad. Está envuelta en una nube de melancolía que pinta toda su vida de negro. Su astenia es extrema y la evolución de sus tendencias psíquicas la conduce a retraerse cada vez más, en su actividad física, intelectual y sentimental. Muy débil, un paseo aún pequeño, la fatiga mucho; desfallece fácilmente.

---

Lathoud  
Silicea

Domina en cierto modo la nutrición general del individuo y responde a mala asimilación, perturbación en cambios nutritivos, y se manifiesta por extrema debilidad física y mental. Produce sobre el sistema nervioso tendencia de debilidad paralítica, que parece debida a nutrición defectuosa de nervios y cerebro.

---

Boericke  
Phosphoricum acidum

Primero debilidad mental, más tarde física. Útiles en jóvenes que crecen rápidamente y que están sometidos a sobreesfuerzos mentales ó físicos. Indiferente, apático, memoria deteriorada (Anac). No puede reunir sus pensamientos ó encontrar la palabra adecuada. Comprensión difícil. Efecto de penas y shock mental.

---

MORRISON R., Burg Haamstede, sept. 1988 (mrr3)

Gelsemium sempervirens

Debilidad. Fatiga crónica. Generalmente la sensación del paciente será: simplemente, no puedo continuar. No puedo funcionar. Ésto es algo que usted oirá comúnmente en los casos crónicos. Simplemente no me puedo levantar para ir a trabajar. En estos casos crónicos de la fatiga, el Gelsemium será uno de los remedios principales a pensar. Simplemente se quedan en la cama, se sienten demasiado débiles incluso para salir de la cama. No es exactamente somnolencia, porque muchas veces se quedan en la cama sin dormir.

---

Lathoud

Camphora

Camphora actúa primitiva y electivamente sobre el sistema nervioso cerebroespinal, produciendo finalmente después de una corta fase de excitación intermedia, astenia general, verdadero estado de colapso, caracterizado por relajamiento de la fibra muscular, debilitamiento intelectual invencible, postración total con enfriamiento progresivo y embotamiento de los sentidos.

La postración es profunda, la debilidad del sujeto es extrema, su estado puede ofrecer todos los signos del coma ó estado semiinconciente en el cual, responde apenas a las preguntas que le hacen, manifestando indiferencia absoluta por todo lo que lo rodea

---

BAILEY Philip M., Homeopathic Psychology (blp1)

Natrum Muriaticum

Perfeccionista y adicto al trabajo. Los pacientes Natrum son adictos al trabajo por dos razones. En primer lugar es una manera de evitar los sentimientos, y en segundo lugar la manera de sentir es que están utilizando su tiempo de manera útil (es decir evitando la sensación de la inutilidad). Cuando Natrum no puede trabajar, se pone irritable y deprimido. Esto sucede siempre que está enfermo, y también cuando está desempleado. Ambas situaciones son intolerables para muchos Natrum. Muchos pacientes de Natrum dicen que odian estar enfermos, pero muy a menudo atraen la enfermedad inconscientemente, como medio para la curación emocional. El SFC es peculiar en que roba al paciente toda la energía, sin producir ninguna patología física significativa. Hace que el individuo Natrum pare virtualmente toda la actividad, pero su cuerpo está indemne y los efectos son enteramente reversibles. Es la enfermedad perfecta para escoger si el paciente es un adicto al trabajo y necesita parar y ponerse en contacto con sus sentimientos.

---

COLLYER C. and DAVIS J., The homeopathic proving of Lavender (ctl1)

Lavandula angustifolia

Vale el observar que mucho de la sintomatología de lavándula es muy similar a ésta producida por los remedios encontrados para el síndrome crónico de la fatiga en el repertorio de Murphy.

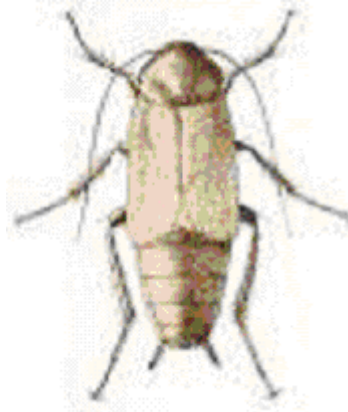
Al analizar los datos de las patogenesis fue interesante observar cuántos de los síntomas producidos por Lavándula son todos síntomas que vemos en el síndrome

crónico de la fatiga - algunos asociados con factores físicos, otros primordialmente con factores psicológicos. El término de fatiga crónica incluye a la frecuente debilidad post viral que sigue a enfermedades tales como gripe o fiebre glandular. Los experimentadores no han producido la severa fatiga anormal provocada por el más mínimo esfuerzo físico o mental (trivial comparado con la tolerancia anterior del paciente), del cual puede tardar muchos días para recuperarse. Esta fatiga puede ser tan severa que le impide permanecer parado por largos períodos de tiempo, hay dificultad hasta para levantar los brazos ó sostener el tubo del teléfono, incluso el hablar puede causar agotamiento.

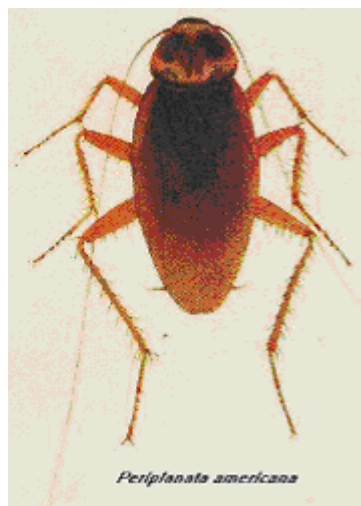
Los síntomas de la lavanda aparecieron rápidamente y desaparecieron gradualmente. La acción del remedio era corta. Los síntomas producidos eran funcionales. Los experimentadores presentaron baja vitalidad, lentitud, dolores de cabeza, dolor de miembros. Estaban cerca de la depresión y desorientados. No experimentaron una depresión muy profunda tal como la de Aurum o un estado delirante tal como Baptisia. Ya en estado de la lavanda los experimentadores comenzaban a estar como fuera de las cosas de la vida, contentos e dormirse temprano ó de dormir una siesta durante el día. Quisieron estar sentados ó que los dejen solos. No quieren hablar con gente. No se pueden enfocar en el aquí y en el ahora. Este es un estado muy negativo y no creativo. Es el comienzo de una retirada del mundo. El estado de la lavanda es el comienzo del síndrome crónico de la fatiga.

---

GRAY A., A Homeopathic Proving of *Blatta orientalis* (Cockroach) (gya6)  
*Blatta orientalis*



Esta persona con 12 años de síntomas crónicos de fatiga y un estado permanente de fatiga, sin energía y siempre cansada, tuvo un alivio total de sus síntomas por este remedio, que duró 4 semanas.



---

Boericke  
Kali phosphoricum

Postración. Debilidad y cansancio. Estados que se producen por falta de poder nervioso, depresión física y mental son mejorados maravillosamente por este remedio.

Las causas son generalmente la excitación, exceso de trabajo y preocupaciones. Además corresponde a estados de adinamia y decaimiento.

Ansiedad. Nerviosismo espantoso. Extrema lasitud y depresión. Fatiga cerebral. Pérdida de memoria. El más ligero trabajo le parece un gran esfuerzo. Gran desaliento en los negocios.

MORRISON R. and HERRICK N., Netherlands November 1991 (mrr4)

Kalium phosphoricum

Es muy útil en muchos casos de colapso, más a menudo en colapso mental que físico. Éste es uno de los remedios del prototipo para el síndrome de fatiga crónica, especialmente si la fatiga apareció luego de períodos de gran esfuerzo mental.

La ansiedad es casi siempre un componente de Kali-P. Ansiedad y al final un gran temor. Si observamos los temores asociados a un gran colapso ó fatiga física kali es el primer remedio a pensar aunque Arsenicum puede presentarse de modo semejante. El paciente puede tener gran ansiedad por su salud y por las enfermedades; otras veces mucha ansiedad por dinero y temas de financieros. Los temas respecto a la seguridad son muy fuertes. Pueden tener mucha irritabilidad, inquietud y desasosiego. Si bien todo esto es parecido a Arsenicum el estado de colapso y la debilidad mental y la dificultad para concentrarse es generalmente más fuerte.

Y esta frase: imposibilidad para maneja las cosas, aparecerá en la mayor parte de estos casos. Sienten que todo lo supera. Todo es demasiado. Y eso le recordará especialmente a Calcárea carbónica.

Desanimado, desesperación, desesperación de la recuperación, todos estos síntomas podrán verse en Arsenicum, Calcárea y muchos otros, pero Kali-P tiene mucho de esto, más si se asocia con hipersensibilidad nerviosa, sensibles a los ruidos, a la luz, a demasiada conmoción o actividad, a todo estímulo, entonces el Kali-P es un buen remedio.

---

RICHARDSON-BOEDLER Cornelia  
Cocculus indicus

Pérdida de voluntad para comenzar y continuar proyectos; ansioso y aprensivo; siente como si ha actuado erróneamente. Comprensión lenta. Lentitud mental. Vigor disminuído, depresión, jaqueca. Síndrome de fatiga crónica. Puede aparecer por falta de sueño.

P. Herscu  
Cocculus indicus

Ansiedad que lleva a estar constantemente preocupado por algún miembro de su familia o abatido por algún proyecto. Parece que la preocupación constante paraliza, estanca al paciente y lo predispone para la fatiga crónica. Éspecialmente si se perturba el sueño debido a esta ansiedad.

---

GRAY A., A Homeopathic Proving of Mosquito culex pervigilans (gya5)  
Culex pervigilans  
Agotamiento. Fatiga



Agotamiento. Fatiga. Me siento así tan debilitado, tan agotado, que no debiera justificarse porque me duermo a las 7pm y me despierto a las 10 o 11am los últimos días. Utilizo toda mi fuerza para despertarme, y para hacerme una taza del té, que es una rutina diaria. Pienso que esto es lo que atraviesa la gente con fatiga crónica. ¿Cómo pueden vivir, cómo pueden tolerar esto?

---

Homoeopathic Links (\_1994)

Simply lachesis  
Lachnanthes tinctoria

Luego de la administración de Lachnantes C200, en un mes, su fatiga mejoró el 60% y sus dolores abdominales llegaron a ser más frecuentes por unas par de semanas y después desaparecieron. Después de tres meses, ella tuvo una pelea con su novio y presentó un cuadro agudo con dolor intenso de garganta que respondió muy bien a otra dosis de Lachnantes C200. Su sueño mejoró junto con la rigidez del cuello y de la espalda. Su dolor crónico de la fatiga mejoró un 90-95%. Ella puede estar más relajada y expresar su cólera fácilmente sin enfermarse. Ella sigue siendo bastante locuaz, y tiene percepción de esta locuacidad.

---

MORRISON R. and HERRICK N., Netherlands November 1991 (mrr4)  
Magnesium muriaticum

La magnesia muriática es uno de los remedios que tenemos que pensar en en condiciones como síndrome crónico de la fatiga. Donde el paciente entra un tipo de derrumbamiento por muchas preocupaciones. Debilidad. No pueden manejar nada, incluso pequeñas responsabilidades, mientras que antes tenían un trabajo importante. La responsabilidad más leve le resulta aplastante.

---

RICHARDSON-BOEDLER Cornelia  
Boericke-Radar  
Carbo vegetabilis

Apatía. Distracción. Pérdida repentina de memoria. Deprimido e irritable. Mejor cuando está solo. ndiferencia. No se interesa por nada. No quiere levantarse de la cama. Embotamiento. Responde lentamente. Concentración difícl. Confusión. Inconciencia. Yace como muerto. El paciente parece estar demasiado débil para sostenerse

---

Jan scholten, the netherlands  
Enojada y cansada  
Phaseolus vulgaris

Una mujer de 26 años sufre de síndrome crónico de la fatiga de 5 años de revoución. Cuando se siente realmente mal se queda en la cama 4 de 7 días de la semana. Todo es demasiado para ella; ella no tiene energía para nada. Ella ha tenido reacciones alérgicas a algunos cosméticos, productos químicos de limpieza, vapores de pintura, especias, olmo, haya y habas. Con la alergia se enoja y se pone inquieta y tiene tendencia a destruir cosas.

En el curso de varios años descubrí que la familia de las leguminosas o fabaceae tiene muchos síntomas que están en este caso: y en primer lugar la fatiga fuerte, la sensación del no tener ninguna energía.

Con el Fabaceas esta fatiga tiene que estar probablemente relacionada con los aminoácidos. Es sabido eso que muchas de esta familia tienen aminoácidos extraños que al no ser digeridos, darán lugar a la falta de ciertas proteínas que alterarán la función normal. La evidencia de esto es el hecho de que la carnitina, un aminoácido, es sabido



en medicina ortomolecular puede tener un efecto beneficioso sobre MÍ. La fatiga es física y mental. Puede llevar a una parálisis real (como se sabe para muchos del Fabaceae tales como: Abrus, astrágalus, Baptisia, Copaiva, Cytisus laburnum, Derris pinnata, Indigo, Lathyrus, Mimosa, Oxytropis, Physostigma, Piscidia, Robinia, Sarothamnus y Tongo.”)

---

NORLAND M. and FRASER P., Galium aparine - The Homeopathic Proving of  
Cleavers or Goosegrass (nl4)  
Galium aparine



Después de décadas de fatiga crónica, el tipo de fatiga que uno siente como si llevara permanentemente un gran peso; de modo que incluso el salir de la cama por la mañana es un esfuerzo enorme. Siento como si tengo energía otra vez. No he sentido esto desde que tuve fiebre glandular en la adolescencia. Me siento muy bien. Tengo pensamientos claros y pude lograr muchas cosas en un corto período de tiempo, estando así ocupado es como un estado de gracia en términos de movimiento y pensamiento. Es la sensación de estar liberado de un gran peso y la falta de fatiga constante y pérdida de energía.

---

Homoeopathic Links (1994)  
Tinus Smits  
Lac maternum´

Estoy más estable, la fatiga crónica se fue. Yo tengo mucho más energía; estoy mucho más seguro de mí mismo; yo tengo menos sensación de ser el chivo expiatorio, y me siento más capaz de que los otros solucionen sus propios problemas.

---

LUCAS J., Proving of Leonurus cardiaca (lcj1)  
Leonurus cardiaca

El síntoma más importante para muchos experimentadores fue la fatiga. Fue descrita como repentina, abrumadora, calmante, agradable, daba miedo, transitoria; como si estuviera arruinado, no puede funcionar, letargia, pesadez, inactivo, lento, embotado, totalmente incapaz de moverse, como esmaltado.

---

RICHARDSON-BOEDLER Cornelia  
Opium

No tiene deseos ni necesidades; estuporoso, demacrado, depresivo y somnoliento. Fatiga crónica. Falta de reacción con insensibilidad. Puede tener imaginaciones agradables y también alucinaciones espantosas. Los síntomas pueden aparecer después de susto.

---

SCHULZ E. and SHORE J., The proving of Radium Bromatum (sze8)

Friedrich Ritzer and Hans Eberle, Germany  
Plutonium metallicum

La idea central del plutonio es la renuncia del propio camino ó la supresión y entierro de los poderes humanos internos. La base de su ser (núcleo atómico) se desintegra en diversas personalidades. Las diversas personalidades representan diversas obligaciones y se expresan como máscaras o diversos papeles que la persona intente satisfacer obligatoriamente y con miedo. Esto es porqué un gran esfuerzo se utiiza para cubrirla desintegración. Los altos ideales y las recaídas llevan al agotamiento crónico (síndrome crónico de la fatiga), seguido por depresión y sensaciones de inferioridad. En un intento más de frenar esta declinación y decaimiento aparece un aumentado sentido de la responsabilidad, tal como niños que intentan evitar que la familia se desintegre. Cuando la base del se desintegra, la esncia/el ser decaen, la tensión masiva y las sensaciones externas originan los estados del pánico. Las personas de alrededor perciben esto como voluntad inquebrantable, exabruptos de agresión o depresión severa

Clínicamente, pudimos observar la curación de enfermedades de autoagresión, el asma, menstruaciones copiosas, la anorexia, el síndrome crónico de la fatiga, la hipertensión, las neurodermatitis, las alergias múltiples y las hipersensibilidades; psicosis de un muchacho de 13 años con la ilusión de que todos los adultos incluidos sus padres eran maestros .

-----  
Para finalizar, tomé algunos de los síntomas del síndrome de fatiga crónica, que son los que ustedes pueden ver en la siguiente repertorización: (última diapositiva)

**Fatiga crónica**

**Suma de síntomas (clas/grados) - Suma de síntomas (clas/grados) - Intensidad considerada**

1	1234	1	GENERALES - CRÓNICA; Síndrome de FATIGA	53
2	1234	1	MENTE - CAMA - permanecer en cama; deseo de	42
3	1234	1	MENTE - CONCENTRACIÓN - difícil	428
4	1234	1	MENTE - EMBOTAMIENTO	508
5	1234	1	MENTE - INOBSERVANTE [= desatento]	88
6	1234	1	MENTE - LENTITUD	143
7	1234	1	MENTE - LETARGO	57
8	1234	1	MENTE - MENTAL; ESFUERZO - agr.	221
9	1234	1	MENTE - POSTRACIÓN mental	359
10	1234	1	MENTE - SENTIDOS - embotados	120
11	1234	1	SUEÑO, DORMIR - SOMNOLENCIA	584
12	1234	1	GENERALES - ACOSTARSE - deseo de	208
13	1234	1	GENERALES - CANSANCIO	315
14	1234	1	GENERALES - DEBILIDAD	805
15	1234	1	GENERALES - DEBILIDAD - esfuerzo - agr. - ligero esfuerzo	83
16	1234	1	GENERALES - DEBILIDAD - movimiento - mínimo agr.	9
17	1234	1	GENERALES - DEBILIDAD - Muscular	148
18	1234	1	GENERALES - FLACCIDEZ; sensación de	94
19	1234	1	GENERALES - INESTABILIDAD DEL CUERPO	73
20	1234	1	GENERALES - LASITUD	375
21	1234	1	GENERALES - LENTITUD del cuerpo	126
22	1234	1	GENERALES - PESADEZ	62

23	1234	1	GENERALES - REACCIÓN - falta de	126
24	1234	1	GENERALES - RELAJACIÓN - física	115

	lyc.	phos.	nat-m.	sep.	sulph.	sil.	nux-v.	calc.	ph-ac.	gels.
	24/45	22/47	22/43	21/47	21/47	21/42	20/43	20/42	20/42	20/41
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	-	2	-	2	-	-	-	-
3	3	3	2	3	2	3	4	2	3	2
4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
5	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1
6	1	3	1	3	3	1	1	2	2	1
7	2	-	3	-	-	-	-	-	-	2
8	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
9	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2
10	2	2	2	-	2	1	2	1	2	1
11	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2
12	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1
13	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
14	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3
15	2	3	2	2	2	1	1	3	3	2
16	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	2	1	3	2	2	2	1	2	1	3
18	3	3	1	2	3	1	2	3	-	-
19	1	1	2	1	1	2	2	-	1	-
20	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
21	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2
22	1	3	2	3	3	1	3	2	1	3
23	2	2	1	2	3	-	-	3	3	3
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

A pesar de que estos síndromes ahora son diagnósticos reconocidos, existe controversia acerca de su credibilidad. Muchos médicos alópatas relegan aún hoy en día el diagnóstico al reino incierto de las condiciones no patológicas que sugieren hipocondría. No es raro ver a estos pacientes medicados con tranquilizantes o drogas psicotrópicas, con la idea de que tienen problemas psiquiátricos.

Es factible que estemos viendo los resultados de la medicación alopática destructiva y continua de nuestra generación. expuesta a tanta medicación, especialmente antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios y psicofármacos

Como homeópatas vemos condiciones, patológicas o no, como una parte del efecto de influencias positivas/nutritivas o negativas/destructivas sobre la fuerza vital a lo largo de la vida. Si se tratan infecciones leves con antibióticos el proceso natural que elimina la enfermedad es abortado. Eventualmente se afecta profundamente la capacidad el propio cuerpo para crear homeostasis, y la habilidad de la fuerza vital para mantenerse a si misma. Aparece la “fatiga” crónica, junto con otros tipos de estrés.

Antes de la introducción de los antibióticos los homeopatas ya reconocían las secuelas crónicas que podían aparecer luego de una gripe en un individuo susceptible. Tenemos muchas referencias al respecto en nuestras materias medicas más antiguas y nuestros repertorios.

Considerando la revisión bibliográfica, es importante señalar que el síndrome de fatiga crónica es una afección muy difícil de diagnosticar y que no se acaba de entender por completo. A pesar de tratarse de un problema físico, también tiene componentes psicológicos. Esto significa que una persona con síndrome de fatiga crónica puede presentar síntomas físicos, como dolor de cabeza ó de articulaciones, etc. pero la misma persona puede presentar también síntomas emocionales, como también dificultad para sostener sus actividades favoritas. Es importante tener la mayor información posible sobre cómo afectan los síntomas del síndrome de fatiga crónica a la salud mental de la persona, incluyendo su memoria, su personalidad, su capacidad de concentración y su actitud ante la vida. Debe remarcarse que la característica más marcada de la fatiga crónica es el agotamiento cognitivo, que se expresan a través de la pérdida de la memoria y la concentración. Desde el aspecto emocional la ansiedad y la depresión son los dos síntomas que hay que tener en cuenta.

En muchos casos se observa un sometimiento del paciente a un estrés, que es distinto al síndrome de fatiga crónica, en cuanto al origen de los síntomas y la duración de los mismos.

El estrés crónico laboral, burn out o síndrome de agotamiento de los que cuidan será bastante similar al SFC.

Los síntomas del síndrome de fatiga crónica a menudo se parecen mucho a los de otras enfermedades como la depresión. El especialista observará que una persona deprimida no presenta el deterioro de la memoria ni tanta queja somática. Hay un matiz mayor de estos aspectos en el síndrome de fatiga crónica.

Los científicos han constatado que las personas con síndrome de fatiga crónica a veces producen menos hormonas del estrés, como el cortisol, lo que puede afectar al sistema inmunitario.

El paciente depresivo hará énfasis en el foco que le provoca el dolor a diferencia del paciente con SFC.

En el paciente deprimido o con una fibromialgia la experiencia del dolor va siendo progresiva, a diferencia de la persona con fatiga crónica que podrá decir me levanté tal día con dolor. LA PERSONA CON FATIGA CRONICA SIENTE QUE DE GOLPE LE CAYO EL TELON.

**Dr. Ariel Medina:**

### **Tratamiento:**

Sabemos que no es mucho lo que la medicina alopática puede hacer por estos pacientes. **No hay terapia médica ni tratamientos conocidos específicos** para el tratamiento del SFC.

Una enorme cantidad de dietas y medicaciones se han probado, pero ninguna ha sido acertada. Dentro de los fármacos se usan antidepresivos, ansiolíticos y complejos multivitamínicos. Se intentó usar **acyclovir** con buenos resultados en pacientes con serología viral positiva; también se usaron inmunoglobulinas, con resultados limitados.

Sin embargo las únicas dos intervenciones que encontraron beneficios **en algunos pacientes** son:

#### **1. Ejercicio físico gradual**

La carencia prolongada de ejercicio en pacientes, exacerba la debilidad física. El ejercicio físico aeróbico (individualizado y no extenuante), tiene una eficacia demostrada.

## 2. **Terapia cognitivo-conductual**

Sesiones de una hora diseñadas para modificar las creencias y los comportamientos que pudieran retrasar la recuperación. En general se recomienda **Psicoterapia**.

El ***pronóstico a corto plazo para la recuperación es generalmente pobre*** en el SFC. El pronóstico a largo plazo puede ser mejor.

El SFC puede ocasionalmente remitir sin tratamiento.

En el Parágrafo 3 del Organon del arte de curar Hahnemann dice: Si el médico percibe claramente:

- 1- Lo que hay que curar en las enfermedades, es decir en cada caso individual;
- 2- Las propiedades curativas de los medicamentos;
- 3- Si sabe relacionarlos entre sí (encontrar la similitud);
- 4- Determinar la dosis adecuada;
- 5- Si conoce los obstáculos que se le pueden presentar, y es hábil para removerlos entonces habrá aprendido y comprendido la manera de curar juiciosamente y racionalmente, será un verdadero médico.

¿Que podemos hacer nosotros?

¿Que observamos nosotros, los médicos homeópatas?

Cuando administramos un medicamento adecuado, el paciente habitualmente mejora su dinamismo, enseguida se siente más descansado y apto para realizar actividades que hasta hace muy poco tiempo no podía hacer, en general por sentirse desganado o desmotivado.

Esto sumado a todos los parámetros que nosotros los médicos homeópatas utilizamos en la evaluación de nuestros enfermos, nos pone en la pista que hemos hecho una buena prescripción.

### **Comentarios de casos clínicos:**

En mi práctica he observado dos casos de corta evolución con diagnóstico de SFC.

Uno de ellos post Mononucleosis Infecciosa., el otro discontinuó y recientemente retomó el tratamiento como ya van a ver. Utilizo la palabra discontinuó y no dejó el tratamiento porque sucedió eso, este paciente no podía tener continuidad prácticamente en nada.

El **primer paciente**, mujer, 52 años, dos hijos, divorciada, trabajaba en una empresa multinacional. Tan pronto comenzó con los síntomas propios del SFC comenzaron sus problemas laborales. En una paciente que ya desde su expresión se podía ver la fatiga, después de casi treinta años de trabajo fue despedida. Cuando vieron que ella no les “servía” más inventaron una situación y la echaron de la empresa. Le impidieron de un día para otro entrar en su oficina. Los encargados de seguridad ni siquiera la dejaron entrar al edificio y le devolvieron en una caja sus pertenencias. Esta paciente **fue derivada por indicación de una médica del Centro Stambouliau a hacer tratamiento homeopático** y que la viera una Psiquiatra. Desarrolló el SFC luego de superar un cuadro de mononucleosis infecciosa. Ella está luchando por que le

reconozcan algo por su injusto despido, por algo que ni la ley considera aun hoy en día *enfermedad*.

El SFC es una enfermedad verdadera y los síntomas no se deben a una simulación del enfermo, el paciente no finge sus síntomas. Debido a la carencia de anomalías de laboratorio, la mayoría de los pacientes luchan con la validez de su enfermedad y pueden experimentar sensaciones de culpabilidad. El paciente debe creer que entendemos que tiene una enfermedad verdadera y debemos evitar la discusión sobre el origen psicógeno contra el origen orgánico de los síntomas. Esta discusión no beneficia al paciente. Si la causa es psicológica, los síntomas no dejan de ser verdaderos y si la causa es orgánica todavía no sabemos encontrarla o tratarla. Recordemos que su etiología es desconocida.

Continuando con la paciente, actualmente está en tratamiento con Belladonna quinientos en plus. Se puso de novia, al principio no le dijo a su pareja (prejuicios sociales acerca del diagnóstico) que tenía SFC, ahora si pudo hablar con el de este tema. Trabaja con el en una inmobiliaria en Zona Norte. Y va a poner un gimnasio para el cual ya compró las bicicletas de spinning. También presentó la demanda del juicio por despido. Dice- me fatigo menos que antes/me levanto temprano/ a la cama, ahora voy solo cuando lo necesito/me concentro un poco más/ puedo leer/ todavía no puedo empezar un libro y terminarlo, me canso (vean el grado de postración mental)/ la cabeza me duele menos, yo la sentía vacía/ me duelen menos las piernas y el cuerpo en general/ yo no podía acomodar las piernas para dormir por el dolor/ estoy caminando, tengo que retomar gimnasia controlada tres veces por semana; ayer jugué tenis con mi pareja/ al principio andaba 15 minutos en bicicleta y no me podía mover todo el sábado/no quiero trabajar de lo mismo(coordinadora o líder de proyecto en sistemas en una empresa)/ **yo tuve mucha suerte porque el médico clínico me lo diagnosticó**, conozco dos personas que pasaron dos años y medio para que se lo diagnostiquen/ llegué a estar tres meses en la cama ¿Te acordás que te cambiaba el turno?/ a mi me invitaban a cumpleaños y no podía ir, mi hijo mayor nunca me entendió, me decía “es del bocho”/ yo no quiero tomar más antidepresivos/ ahora ni pienso mudarme a Capital, vive en Pacheco.

El **segundo paciente** me lo **derivó una médica del Hospital Italiano**. Una chica de 32 años, soltera, sin hijos, profesora de natación. Ya medicada con antidepresivos y que se leyó todo y más respecto al SFC en Internet. Procedente de una familia totalmente disfuncional, sin ningún tipo de contención afectiva, social ni económica. ¡Imagínense ustedes las consecuencias que le ocasionó el SFC en su vida! A pesar de haberle yo ofrecido que concurra por un honorario mínimo, en realidad lo que ella pudiera pagar, tenía mil y una dificultades de horarios y demás y una relación absolutamente ambigua respecto del tratamiento.

Hace poco tiempo volvió a llamar para pedir turno y ocurrió la misma situación, hasta mi secretaria advirtió acerca de su comportamiento respecto del tratamiento (falta, no le viene bien ningún horario ni honorario y cancela las consultas a ultimo momento), es muy difícil con ella generar un encuadre adecuado para su tratamiento. La llamamos y no pudimos localizarla esta ultima vez. Luego de algunos meses donde no tuvimos ninguna noticia de ella, me dejo dos mensajes consecutivos en el contestador, tan largos que excedieron el tiempo programado para la grabación. Pidiendo disculpas y solicitando la posibilidad de una consulta y expresando –Estoy con necesidad de ayuda, pasé por una situación terrible, un cáncer fulminante de mi papá, estuve terriblemente

mal, recién ahora un poquito mas estable, por eso no me comuniqué más. Por su puesto se la llamó y se le dio un nuevo turno.

Las dos pacientes tienen serología positiva para el virus de Epstein Barr. Sin embargo no se demostró aún una relación directa entre el EBV y el SFC. Y aunque la presentación clínica es la de un paciente con inicio de la fatiga a menudo relacionada con una infección de vías aéreas superiores o una Mononucleosis, un sinnúmero de otros virus se han propuesto como ya hemos dicho.

Las pacientes que me consultaron son mujeres, recordemos que la incidencia del SFC es mayor en las mujeres. El impacto de esta dolencia en la vida cotidiana de las mismas es muy alto por padecer un elevado grado de cansancio y debilidad extrema, que les impide desarrollar las actividades a las que están habituadas y que afectan tanto su vida personal como la de relación con su entorno (en el trabajo y en la familia, etc.).

Según palabras textuales de una de las pacientes **“no les da el cuerpo”**.

Obviamente tratar estos enfermos no es sencillo, debido a que en algunos casos descreen de los médicos y de los tratamientos, porque antes de llegar a nuestros consultorios pasaron ya por muchísimos otros. Frecuentemente faltan a las consultas, llegan tarde o se quedan dormidos. Y como consecuencia del problema financiero que les genera su patología, enfrentan algunas veces obviamente dificultades para costear sus tratamientos médicos. Todo esto conlleva al abandono de los mismos. Asimismo son pacientes que habitualmente están distraídos. Una de ellas dijo, *“Súper distraída, perdí el celular, la llave del departamento. Hoy me pase para llegar aquí. Me cuesta levantarme de la cama, sin ganas de hacer nada, no puedo planificar nada de mi vida, tengo el cuerpo cansado. No tengo hambre, no tengo ganas de cocinarme ni de pedirme comida, no puedo terminar nada. Deprimida, me bloqueo mal y lloro. No puedo encontrar la salida, no me puedo reponer. No tengo pilas. Soy torpe, se me cayó el frasco del medicamento.”* Palabras textuales.

Hasta la fecha, **ambas pacientes continúan en tratamiento.**

### **Y antes de las conclusiones... algunas preguntas:**

- ¿Vale conocer los **síntomas** del SFC?
- ¿Los vamos a tomar para repertorizar?
- ¿Los tomaremos solamente si están modalizados?
- ¿Los vamos a descartar para la repertorización?
- ¿Los consideraremos síntomas auxiliares?

### **Conclusiones:**

Las controversias que rodean al SFC dan un indicio de las dudas en cuanto a la etiología de este cuadro. Mientras tanto cientos de pacientes continuarán sufriendo por la falta de energía, con la frecuente incomprensión de sus familiares y amigos (recuerden el hijo de mi paciente).

El enfoque interdisciplinario en el tratamiento de estos pacientes es fundamental, y aquí es donde nosotros los médicos homeópatas, logramos tener un lugar de reconocimiento por parte de la medicina alopática que poco puede hacer por estos enfermos. Los dos pacientes me fueron derivados precisamente por médicos no homeópatas.

En ninguno de los casos que hice mención he tomado para repertorizar síntomas propios de la fatiga.

Conocer este síndrome nos permite identificar los *síntomas comunes de SFC* para tenerlos en cuenta en la **evolución** del paciente, ya que son **síntomas auxiliares de la enfermedad**.

¿Y para que nos sirve conocer esta enfermedad? Se preguntarán algunos de ustedes. Nosotros mismos nos lo hemos planteado y esta disertación tiene como base esta pregunta. Del diálogo entre todos seguramente van a surgir más aportes que clarifiquen el abordaje de estos pacientes, como así también si es útil haber realizado este estudio.

Puede ser que de este juego de inquietudes nos llevemos algo que nos sirva para nuestra práctica cotidiana, esa es la intención. Partiendo de dudas y no de certezas, desde la humildad. Sin desdeñar la posibilidad de integrar nuestro conocimiento y el de la medicina imperante o dominante para la mayoría, por lo menos en nuestro querido país.

Todo aquello que nos estimule a pensar nos hace mejores médicos.

Transmitir ésta experiencia para estar preparados desde el principio. Armándonos de paciencia y comprensión por quienes ven pasar la vida a su alrededor, sobreviviendo, sin fuerzas para prácticamente nada.

Si aún no han recibido en sus consultorios pacientes con SFC, es muy probable que en un futuro no muy lejano, suceda que les comiencen a llegar pacientes con éste diagnóstico.

Quizá por ello es importante aprender más acerca de esta dolencia, muchas veces sub-diagnosticada o no diagnosticada por los médicos, en general por ser poco conocida (recuerden las dos conocidas de mi paciente a las que demoraron dos años y medio en hacerles el diagnóstico).

En nuestro caso, como médicos homeópatas, es de fundamental importancia conocerla para nuestra práctica cotidiana, donde nos vienen a ver un sinnúmero de pacientes con problemas de salud diferentes y **el cansancio es moneda corriente en las consultas**. Consideramos, que va a ser de suma utilidad para todos nosotros tener elementos que contribuyan, al comprender mejor el padecimiento de estos enfermos, a mejorar la relación médico paciente, y la calidad de vida de aquellos que acuden a nosotros en búsqueda de ayuda.

Muchas gracias.

### **Bibliografía:**

Gluckman SJ. Treatment of chronic fatigue syndrome.  
In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2008

Fosnocht KM. Approach to the adult patient with fatiga.  
In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2008

Gluckman SJ. Clinical features and diagnosis of chronic fatigue syndrome.  
In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2008



