

SALUD PÚBLICA

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Brenda Cubillo Badilla*

SUMMARY

Chronic Fatigue Syndrome is characterized by a profound and disabling fatigue, accompanied by several other symptoms, resulting in a significant functional impairment with a reduction in occupational, personal, social and educational status. There are a constellation of pathophysiological abnormalities, suggesting that the syndrome is a heterogeneous condition with a complex and multifactorial etiology. Although there is a significant comorbidity with psychiatric disorders, CFS should be considered an independent entity, however the patient perception and coping skills can perpetuate the illness.

Treatment is symptom based with pharmacological and behavioural interventions. Cognitive behavioural techniques and graded exercise can be effective. The assessment and treatment of the CFS should be multi dimensional and tailored to the needs of the individual patient.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio, que conlleva una importante reducción de la actividad previa del paciente, tanto personal, social, educativa o laboral. El cansancio, la fatiga y el

sueño son una queja muy frecuente en la adolescencia. Hasta un 70% de los adolescentes refieren tener demasiado sueño y estar cansados durante el día. La mayoría de las veces esto es debido a un déficit crónico de horas de sueño y a una mala “higiene” del mismo. En ocasiones, puede deberse a razones médicas o psicológicas. Es importante distinguir entre los que tan sólo necesitan “reorganizar” sus horarios, los que precisan evaluación y tratamiento, bien sea médico o psiquiátrico, y los que pueden padecer un Síndrome de Fatiga Crónica. El Síndrome de Fatiga Crónica es una enfermedad debilitante y compleja, que puede representar un verdadero reto

* Medicina General. Código 9159

para diagnosticar y tratar y que en ocasiones lleva tanto al paciente como al profesional a un estado de confusión y frustración. Muy frecuentemente los pacientes son diagnosticados de fobia escolar, ansiedad, depresión o problemas de disfunción familiar. Un mejor conocimiento y un rápido diagnóstico de este síndrome pueden evitar esta situación, mejorar la evolución del paciente y ahorrarle el peregrinaje por múltiples especialistas y pruebas complementarias.

DEFINICIÓN

El concepto de neurastenia fue introducido George Miller Beard en 1869, pero no fue hasta 1988 cuando el CDC definió los criterios del Síndrome de Fatiga Crónica, revisándose en 1994 por Fukuda. Existen varios criterios diagnósticos consensuados por distintos grupos. Todos Estos se pueden resumir de la siguiente manera: El Síndrome de Fatiga Crónica se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio, no debido al ejercicio y que no se alivia con el reposo de al menos 6 meses de duración, que conlleva una importante reducción de la actividad previa del paciente, tanto personal, social, educativa o laboral. Además, debe de acompañarse de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades de concentración

y pérdida de memoria.

2. Faringitis recurrentes.
3. Adenopatías.
4. Dolor muscular.
5. Dolor articular.
6. Jaquecas de nueva aparición.
7. Sueño no reparador.
8. Fatiga tras el esfuerzo (físico o mental) que persiste más de 24 horas después del mismo. Debido al potencial impacto, tanto social como educativo, en niños y adolescentes existe el consenso que 6 meses es demasiado tiempo para el diagnóstico y se ha propuesto que sea de 8 semanas a 3 meses.

EPIDEMIOLOGÍAS

El Síndrome de Fatiga Crónica afecta 4 veces más a las mujeres, fundamentalmente entre los 40 y 50 años, sin distinción de raza y con una mayor prevalencia en niveles socioeconómicos menos favorecidos. Es menos frecuente en niños, aunque puede presentarse a cualquier edad, y dentro de la edad pediátrica es más frecuente en adolescentes que en niños. La prevalencia en la población general adulta varía, dependiendo de los estudios, entre el 0,007 y el 2,8% y del 0,006 al 3,0% en Atención Primaria. Las cifras son menores para los niños, en Inglaterra es entre 0,05% y 0,1% con predominio dentro de los adolescentes. Aunque pueden

existir casos familiares, no existe evidencia de que sea transmisible, sino más bien que pueda haber una predisposición genética, siendo necesarios mayores estudios para determinar este extremo. La duración media de la enfermedad es de 37 a 49 meses y parece que la recuperación total es mas frecuente que en los adultos, aunque existe un 5-10% de niños y jóvenes que persisten sensiblemente afectados durante años.

CLÍNICA

La fatiga es el síntoma cardinal, de aparición brusca o recurrente, típicamente tras un proceso "gripal". Se acompaña de varios síntomas, no diagnósticos, pero que contribuyen a su morbilidad. Aunque existen anomalías analíticas y de neuroimagen, ninguna es específica o diagnóstica y no está claro su significado en el SFC. Parece existir cierta predisposición familiar/genética. La fatiga es la queja fundamental del paciente. Normalmente, existe un estado previo de salud excelente, con una instauración brusca de la fatiga, típicamente tras un episodio "gripal". Tras este episodio, los pacientes refieren que cualquier esfuerzo, físico o mental, aumenta el cansancio, lo que interfiere con su actividad diaria, que tiene que ser disminuida en más del 50% de lo que hacían

previamente. Algunos pacientes pueden tener una instauración de los síntomas de manera más insidiosa y una fluctuación de la intensidad de los mismos a lo largo del tiempo. Además de los síntomas característicos del síndrome, pueden existir otros, que aunque no son diagnósticos, contribuyen a su morbilidad, como son: cambios de apetito con fluctuaciones del peso, inestabilidad térmica con sudores nocturnos, escalofríos e intolerancia al frío o al calor, mareos, palpitaciones e hipotensión ortostática, colon irritable, dolor abdominal, fotofobia y dolor ocular, cambios de humor, irritabilidad o ansiedad y “Niebla mental” (dificultad para leer, retener nombres, confusión y desorientación). También, suelen padecer una intolerancia y mayor sensibilidad al alcohol y medicamentos. La etiología no está clara, habiéndose sugerido múltiples teorías centrándose inicialmente en el posible origen en una infección viral o en un trastorno psiquiátrico. Posteriormente, se han identificado múltiples anomalías de muy distinta índole, como alteraciones en la función cerebral, en la estructura del sueño, en las respuestas neuroendocrinas, función inmune, estudios virológicos, capacidad para el ejercicio físico o en los perfiles psicológicos. La relación entre todas estas anomalías

no está clara, sugiriendo que la etiología de este síndrome es plurifactorial y compleja y que algunos determinantes pueden desencadenarlo y otros perpetuarlo, siendo posible que existan además algunos factores genéticos, puesto que en los escasos estudios realizados hay una mayor prevalencia del síndrome de fatiga crónica entre familiares de pacientes y una mayor correlación entre gemelos monocigóticos que en la población general. Algunos estudios de neuroimagen utilizando SPECT han demostrado un menor flujo cerebral con anomalías de perfusión (hipoperfusión) comparados con la población control o con pacientes con depresión. En estudios de gemelos, no se han demostrado diferencias del flujo cerebral entre el sano y el que padece el Síndrome de Fatiga Crónica. Aunque los estudios de RNM y SPECT consiguen demostrar varias anomalías en estos pacientes, el significado de las mismas no está claro. Las alteraciones Neuro-psicológicas son las que más interfieren y afectan a los pacientes, aunque más del 85% de los pacientes se quejan de dificultades para concentrarse, de memoria y atención, los distintos estudios no consiguen demostrar resultados concluyentes, tan sólo un pequeño déficit en el proceso de la información y de la memoria de trabajo y que globalmente

mantienen su capacidad cognitiva e intelectual. Sin duda, la coexistencia de estrés o patología psiquiátrica puede contribuir a déficit neurocognitivos. Las alteraciones neuroendocrinas son frecuentes, hasta un tercio de los pacientes tienen hipocortisolismo de origen SNC más que del eje adrenal. También, se han demostrado alteraciones de la serotonina en el SNC. La administración de agonistas de la serotonina produce un aumento en los niveles de prolactina en comparación con los controles o pacientes con depresión. La alteración de la actividad autonómica y su implicación en el Síndrome de Fatiga Crónica no está clara, aunque algunos pacientes presentan hipotensión ortostática que puede demostrarse con el test de la mesa basculante y que mejora tras su adecuado tratamiento. Se han propuesto múltiples agentes infecciosos, Epstein-Barr, Herpes-6, Coxackie B, HTLV-II, retrovirus y enterovirus como causantes del SFC, pero no se ha logrado obtener ninguna evidencia que lo justifique; de hecho, algunos pacientes no tienen ninguna prueba analítica de infección viral y los ensayos terapéuticos con aciclovir o interferon no han sido beneficiosos. Los pacientes con SFC manifiestan una mayor dificultad para dormirse, con un mayor número de despertares y

con siestas diurnas mas frecuentes que la población control, los estudios polisomnográficos no han demostrado alteraciones consistentes y la alteración no se correlaciona con la severidad del cansancio. El ejercicio, incluso mínimo, agrava el cansancio y el resto de la sintomatología. Además, muchos pacientes intentan evitarlo para no sentirse peor, la reducción de la actividad física perpetúa y agrava la fatiga. Algunos estudios han demostrado un aumento del ácido láctico tras el ejercicio, reducción de la capacidad de transporte de oxígeno y del número de mitocondrias en el músculo; otros, en cambio, encuentran una capacidad aeróbica prácticamente normal con niveles de lactato postejercicio comparables a controles sedentarios. La prevalencia de trastornos psiquiátricos es mayor en los pacientes con SFC que en la población general. Los presentes trastornos por somatización pueden llegar a estar presentes en el 28% de los casos frente al 0,03% de la población general. Si los síntomas de SFC se atribuyen a un problema médico, estas cifras de prevalencia son muchos menores, por lo que depende mucho del entrevistador y no son de gran ayuda para la comprensión de este síndrome. Los trastornos por ansiedad afectan al 17-25% de los pacientes y los de pánico del 2 al 30%, frente al 3,5 y 5,1%

respectivamente de la población general. Muchos pacientes y sus padres atribuyen sus síntomas a causas físicas, minimizando la contribución de las psicológicas y personales. Esta actitud se relaciona con un aumento de los síntomas y peor evolución del cuadro.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico, y está basado en el control de los síntomas y patología asociada, siendo básica la alianza terapéutica con la familia y el paciente. El ejercicio gradual y la normalización del sueño y la dieta contribuyen a la mejoría. Al no existir una etiología claramente definida, con un cuadro con unas manifestaciones heterogéneas y de diagnóstico difícil, no existen unas recomendaciones claras para su tratamiento, que básicamente se centra en el alivio de los síntomas y la mejoría de la función. Una clave en el control del SFC es participar con profesionales de la salud en la creación de un programa de tratamiento individualizado. Este programa debe basarse en una combinación de tratamientos, por ejemplo, terapias tradicionales y alternativas, que aborden los síntomas, actividades de control y técnicas para enfrentar la enfermedad. El problema mayor es la identificación de los pacientes con SFC dado que la

enfermedad afecta a la gente de distintas maneras. El objetivo principal del tratamiento es el alivio de los síntomas. No debe plantearse como meta inmediata el esperar que el paciente con SFC se sienta “normal” (por ejemplo, que vuelva a realizar sus actividades habituales), porque intentar alcanzar esta meta puede agravar la enfermedad. El SFC es una enfermedad compleja y por eso puede ser necesario consultar con una variedad de profesionales médicos. Los proveedores de atención médica pueden diseñar tratamientos eficaces con base en su experiencia en el tratamiento de otras enfermedades.

Manejo del SFC

Vivir con el síndrome de fatiga crónica puede ser difícil. Al igual que otras enfermedades crónicas debilitantes, el SFC puede tener un efecto devastador en la vida cotidiana del paciente, obligándolo a hacer cambios importantes en su estilo de vida y a adaptarse a sus nuevas limitaciones. Los pacientes con SFC pueden enfrentar problemas comunes en el manejo de su enfermedad, como: síntomas cambiantes e imprevisibles, una disminución en la resistencia que interfiere con sus actividades cotidianas, problemas de la memoria y la concentración que afectan seriamente su desempeño en el trabajo o la escuela, pérdida de su independencia, de sus

medios para trabajar y de su seguridad económica, alteración en sus relaciones con familiares y amigos, preocupaciones sobre el efecto que puede tener la disminución de la actividad sexual en su relación de pareja, entre otros. Los pacientes con SFC suelen tener sentimientos de ira, culpa, ansiedad, aislamiento y abandono. Si bien es normal sentirse así, la falta de control del estrés y las emociones puede empeorar los síntomas, interferir en los tratamientos farmacológicos y dificultar aún más la recuperación.

Opciones de tratamiento

Hay muchos tipos distintos de tratamiento y de recursos para controlar el Síndrome de fatiga crónica. Estos consisten en:

- Asesoramiento psicológico profesional
- Terapia cognitivo conductual
- Terapia de ejercicio gradual
- Tratamiento sintomático
- Tratamientos alternativos
- Grupos de apoyo
- Tratamiento farmacológico
- Higiene del sueño
- Tratamiento para el dolor
- Tratamiento para el desequilibrio ortostático
- Antidepresivos

PRONÓSTICO

Los estudios longitudinales muestran que aunque el 17 al 67% de los pacientes mejoran,

tan sólo un 10% se recupera totalmente, y que un 10-20% empeora durante su evolución. Los niños y adolescentes mejoran y se recuperan mejor que los adultos, con una recuperación total o parcial entre el 60-80% y una duración de la enfermedad de 37,5-49 meses y un grupo del 20% de los casos que permanecen afectados.

RESUMEN

El Síndrome de Fatiga Crónica se caracteriza por un profundo cansancio, acompañado de una constelación de síntomas que interfieren de forma significativa en la vida del paciente, con una substancial reducción de su actividad previa en todas las áreas tanto física, social, educacional / laboral como personal. Existen anomalías patofisiológicas en varias áreas, sugiriendo una etiología multifactorial en un síndrome heterogéneo y complejo y, aunque presenta síntomas comunes en patología psiquiátrica, debe considerarse un cuadro independiente, aunque las percepciones y capacidades del paciente puedan perpetuar la enfermedad. El tratamiento se basa en el control de los síntomas mediante fármacos, terapia cognitivo-conductual y ejercicio físico gradual. El tratamiento del paciente con Síndrome de Fatiga Crónica debe ser

multidisciplinario y diseñado para las necesidades de cada persona.

Palabras Clave:

Síndrome de Fatiga Crónica; Clínica; Diagnóstico; Tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. El síndrome de fatiga crónica (SFC) <http://www.cdc.gov/cfs/es/index.html>
2. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna: F. J. Barbado Hernández, J. Gómez Cerezo, M. López Rodríguez, J. J. Vázquez Rodríguez. Anales de Medicina Internaversión impresa ISSN 0212-7199. An. Med. Interna (Madrid) v.23 n.5 Madrid mayo 2006.
3. Fukuda K, Strauss S, Hickie I, Sharpe M, Dobbins J, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine* 1994; 121: 943-9
4. Forsyth LM, Preuss HG, MacDowell AL, et al. Therapeutic effects of oral NADH on the symptoms of patients with chronic fatigue syndrome. *Ann Allergy* . 1999;82:185 - 191.
5. Harrison Principios de Medicina Interna, 17a edición. Parte 16. Trastornos neurológicos > Sección 4. Síndrome de fatiga crónica. Capítulo 384. Síndrome de fatiga crónica <http://harrisonmedicina.com/content.aspx?aid=4505128>
6. Medline Plus. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001244.htm>
7. Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott-Williams-Wilkins; 2008.
8. Royal College of Paediatrics & Child Health. Evidence Based Guideline for the Management of CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalopathy) in Children and Young People. 2004. London, Royal College of Paediatrics and Child Health.
9. Turnbull N, Shaw EJ, Baker R, Dunsdon S, Costin N, Britton G, Kuntze S and

Norman R (2007). Chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or

encephalopathy) in adults and children. London: Royal College of General Practitioners. NICE Full Guidance.
10. Warren G, McKendrick M, Peet M. The role of essential fatty acids in chronic

fatigue syndrome. A case-controlled study of red-cell membrane essential fatty acids (EFA) and a placebo-controlled treatment study with high dose of EFA. *Acta Neurol Scand* . 1999;99:112 - 116.