

HACIA UNA EVALUACIÓN OBJETIVA DEL IMPACTO DE LA FATIGA EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

Uno de los grandes problemas que acompañan al diagnóstico de los estados crónicos de fatigabilidad anormal es la dificultad para establecer unas medidas objetivas de dicha fatiga más allá de la exclusiva afirmación del enfermo y su entorno o del convencimiento del médico que le atiende en el tiempo.

Tal vez sea interesante recordar en este breve artículo que la fatiga anormal es una condición que puede acompañar a muchas enfermedades y situaciones clínicas, muchas de ellas solucionables si alcanzamos un diagnóstico preciso de la causa que la produce.

Muchos pacientes claman erróneamente por conseguir un diagnóstico de “Síndrome de Fatiga Crónica” (SFC) ante el dramatismo de su vivencia de fatigabilidad, a veces sin comprender que el reconocimiento de su situación clínica no viene de la mano de un diagnóstico concreto, sino de la demostración objetiva de su fatigabilidad, sobre todo si nos tenemos que desenvolver en el terreno de las prestaciones sociales o laborales. Si el paciente insiste, conseguirá que profesionales poco expertos en estados de fatigabilidad anormal o incluso desaprensivos, le diagnostiquen SFC, probablemente de forma errónea, ocasionándole un perjuicio a él mismo y a todo el colectivo de enfermos.

La fatiga del Síndrome de Fatiga Crónica es, por definición, una fatiga anormal crónica (que dura más de seis meses), tanto física como mental y que produce, de forma homogénea, un gran impacto en el conjunto de las actividades de la vida diaria del enfermo, así pues, para el diagnóstico preciso del SFC es necesario tener además de la fatiga física, una fatigabilidad mental importante. De hecho, deberían cuestionarse los diagnósticos de SFC que no evalúan el impacto cognitivo de la enfermedad para un paciente dado. No se trata de efectuar pruebas de inteligencia o perfiles de personalidad, sino de evaluar la capacidad de concentración, de atención dividida, de memoria operativa, etc. en definitiva, de aquellos procesos cognitivos que sabemos son los más afectados habitualmente en el SFC.

Cuando nos encontramos en la fase del diagnóstico clínico, la herramienta de más valor de que dispone el médico es el interrogatorio y allí es donde podemos hacernos una idea muy aproximada a la realidad del impacto que la enfermedad ha tenido en el paciente. Un interrogatorio detallado deberá incluir aspectos sutiles con el ritmo circadiano de fatiga, la fatiga en periodos de



vacaciones, la duración del malestar post-esfuerzo, el cambio de hábitos por la afectación cognitiva, posibles potenciaciones de estados de fatiga por fármacos o tóxicos químicos, aspectos de fatiga en la esfera sexual, etc. No en vano “*Los pacientes son nuestro mejor libro de texto*” (W. Osler).

Posteriormente al diagnóstico, deberemos entrar en la fase de estratificación de la fatiga, donde intentaremos clasificar el grado de fatigabilidad del enfermo de cara a su pronóstico y al enfoque terapéutico. En esta fase puede no ser suficiente la autoclasificación en una escala de impacto en las actividades de la vida diaria, sino que debemos intentar aproximarnos a la máxima objetividad, cosa que el paciente no debería entender como duda acerca de su propio relato, sino como la necesaria objetivación médica.

En esta fase, la ausencia de un protocolo consensuado internacionalmente, hace que cada equipo médico opte por aquellas pruebas que, en su experiencia, son de mayor utilidad. Pero precisamente la falta de consenso y el bajo nivel de evidencia hace en nuestra opinión, que la práctica de pruebas costosas esté desaconsejada y no deba formar parte de una medicina responsable.

En el entorno del impacto cognitivo, el Test CogHealth, que se realiza asistido por ordenador y en menos de 20 minutos, validado para la evaluación del SFC por nuestro equipo, ha demostrado ser útil y muy fiable, hasta el punto de que diferencia bien entre el impacto cognitivo de diferentes estados de fatiga, como la Fibromialgia y el SFC. Existen otras muchas baterías de impacto cognitivo, pero todas ellas requieren de un examinador experto y son lentas, costosas y de difícil repetibilidad, aparte de que ninguna de ellas ha sido validada específicamente en SFC. El test CogHealth incorpora además detectores de respuestas malintencionadas de gran fiabilidad.

La demostración objetiva de la fatiga física parece, de entrada, más sencilla y de hecho se han propuesto y se efectúan diversas pruebas con esta finalidad, como por ejemplo la utilización de actímetros (actimetría) que permiten conocer la actividad del enfermo a los largo de una o dos semanas y equipararle así con un grupo sano y otro de enfermos, pero esta prueba es de difícil realización por que requiere la utilización de costosos equipos que deben dejarse a cada paciente durante este tiempo.

Las guías clínicas AMA (American Medical Association) proveen protocolos de evaluación de estados de fatiga en patología cardiaca o respiratoria que se han demostrado útiles en la evaluación de la fatiga del SFC. Así, por ejemplo, una simple prueba de esfuerzo sobre una pista rodante es tremendamente orientativa sobre la capacidad de esfuerzo máximo del enfermo.



La fatiga del SFC es una fatiga oscilante, pero que no oscila entre encontrarse perfectamente o mal, sino que oscila entre encontrarse mal y muy mal y por lo tanto, las oscilaciones que se observan en la prueba de esfuerzo simple son muy limitadas y alteran muy poco las conclusiones del estudio.

Existen varios protocolos para realizar la prueba de esfuerzo y de hecho, estos protocolos varían solamente en el tiempo que se tomará para ir aumentando el esfuerzo (la inclinación y velocidad de la pista rodante). El utilizado universalmente es el de Bruce, que se utiliza esencialmente en la detección de patología coronaria, este es un protocolo de rápido incremento del esfuerzo que muchas veces no traduce la realidad del SFC, pues una de las características de la enfermedad es la alteración de la respuesta adaptativa al estrés, con lo que un requerimiento de esfuerzo puntual puede ser irrealizable, en cambio el protocolo de Balke tiene un incremento mucho más suave de la carga de trabajo y es mucho más tolerado por los enfermos. Tanto en uno como en otro adquiere también valor clínico la situación del día siguiente y es un dato que el paciente debe anotar para comentar en su siguiente visita.

Ambos protocolos nos darán una información valiosa en forma de unidades METS (equivalentes metabólicos), siendo 1 MET el valor de consumo de oxígeno de una persona en reposo absoluto. Este valor en METS nos indicará la máxima capacidad de esfuerzo del enfermo y nos permitirá compararle con un grupo de personas sedentarias de su edad y con los enfermos ya clasificados.

Una de las grandes ventajas que ofrece esta sencilla prueba, realizable en todas las unidades de pruebas funcionales cardiológicas sin mayor inversión, es que a medida que el paciente realiza el esfuerzo, se acelera su frecuencia cardiaca y por lo tanto el valor máximo obtenido no es manipulable por la voluntad del paciente, así pues consideraremos válidas las pruebas que superen un 75% de la frecuencia cardiaca máxima teórica.

Las mismas guías AMA indican que sólo el 30 por ciento del valor máximo en METS es realizable en una jornada laboral completa, lo que nos indicará la capacidad de esfuerzo durante la jornada laboral del enfermo. Así por ejemplo, una persona que alcance un METS máximo de 4,5 (muy habitual en un SFC), sólo podrá realizar trabajos al 30% de dicha cifra, es decir de 1,35 METS. Un trabajo muy sedentario correspondería a un valor de 2 y no existe trabajo realizable por debajo de esta cifra.

Por último, una visita a la página <http://www.occupationalinfo.org>, del Gobierno de los Estados Unidos, de la que no existe réplica en España, nos permitirá



conocer para cada trabajo, el valor en METS requerido y la capacidad cognitiva para desarrollarlo, con lo que, con estas dos simples pruebas, podremos tener una constancia fehaciente y muy reproducible de la fatigabilidad física y mental del enfermo.

Dr. Ferran J.García
Doctor en Medicina y Reumatólogo
Jefe del Servicio de Reumatología - Clínica CIMA (Barcelona)
Director Científico del Institut Ferran de Reumatología.
www.institutferran.org

09/07/2006



Centre Internacional Medicina Avançada - Servei de Reumatologia
Sabino d'Arana, 12 08028-BCN :: Manuel Girona, 33 08034-BCN :: Tf. 93 330 51 40
www.institutferran.org www.cimaclinic.com



Centre Internacional Medicina Avançada - Servei de Reumatologia
Sabino d'Arana, 12 08028-BCN :: Manuel Girona, 33 08034-BCN :: Tf. 93 330 51 40
www.institutferran.org www.cimaclinic.com