

Rivera G, Kopitowski K. Tratamiento del síndrome de fatiga crónica. Evid. actual práct. ambull. 2004;7:184-185

Escenario clínico

Lo consulta un albañil de 52 años quien refiere aproximadamente ocho meses de astenia importante. No puede trabajar como antes. Le comenta que no descansa luego del sueño nocturno, tiene dolores musculares, falta de concentración y queda extenuado luego de jornadas laborales que hasta hace un año toleraba bien. Ha sido tratado con polivitamínicos sin resultado. Por interrogatorio no impresiona tener un cuadro psiquiátrico definido, no consume alcohol ni drogas y la bioquímica sanguínea así como el dosaje de TSH son normales.

Pregunta que genero el caso

En los pacientes con síndrome de fatiga crónica (población), los antidepressivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina (intervención) comparados contra placebo (comparación) ¿mejoran los síntomas? (resultados) ¿y otras intervenciones como la terapia cognitiva conductual o el ejercicio?

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda en LILACS y SCIELO con las palabras síndrome de fatiga crónica, fluoxetina. No se registraron resultados. Se repitió la búsqueda en MEDLINE limitando a revisiones sistemáticas o metaanálisis con las palabras Chronic Fatigue Syndrome, fluoxetine.

El síndrome de fatiga crónica

La fatiga es un síntoma frecuente, con una prevalencia estimada por encuestas de base poblacional de entre el 6 y 7.5%. Se calcula que entre un 21 y 33% de las personas que consultan en el ámbito de la atención primaria refieren fatiga importante, lo que resulta en 7 millones de visitas anuales en los Estados Unidos¹.

El síndrome de fatiga crónica es una de las muchas causas que subyacen a este síntoma.

La fatiga se define como una sensación de cansancio extremo durante o luego de las actividades usuales, o la falta de energía para iniciar dichas actividades. Debe distinguirse de la disnea, la somnolencia y la debilidad. Para realizar una aproximación etiológica es útil dividir a la fatiga según su duración: menos de 1 mes, más de un mes y fatiga crónica (duración mayor a seis meses).

Los pacientes con fatiga de más de seis meses de duración suelen tener un diagnóstico médico o psiquiátrico. Las causas psiquiátricas son las más comunes y están presentes en el 60-80% de estos pacientes². Los diagnósticos más comúnmente hallados son: depresión mayor, trastorno de pánico y somatización³.

Las drogas tales como hipnóticos, relajantes musculares, antidepressivos y narcóticos pueden ser causa de fatiga.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una causa poco común de fatiga. La definición revisada del Centro de Control de Enfermedades de EE.UU (CDC) requiere de la presencia de fatiga evaluada clínicamente e inexplicable persistente o recurrente que no resulta de tareas extenuantes, no se alivia con el reposo y resulta en una disminución significativa del nivel de actividad laboral, educacional o social previa más al menos cuatro de los siguientes síntomas de al menos seis meses de duración: reporte de falta de concentración o memoria, dolor de garganta, ganglios dolorosos cervicales o axilares, dolor muscular, artralgias sin eritema o tumefacción, cefaleas con nuevo patrón o severidad, sueño no reparador, sensación de malestar luego del ejercicio de más de 24 horas de duración⁴.

Es decir que para definir **fatiga crónica** es suficiente con que el

síntoma esté presente por más de seis meses mientras que el **síndrome de fatiga crónica** requiere de síntomas acompañantes como se ha mencionado arriba.

Resumen de la evidencia

La revisión sistemática encontrada fue:

Whiting P, Bagnall A-M, Sowden A, et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. JAMA 2001;286:1360 - 1368.

En la revisión se identificaron 2 ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) para fluoxetina:

1) Vercoulen J, Swanink C, Zitman F. Randomised, double-blind, placebo controlled study of fluoxetine in chronic fatigue syndrome. Lancet 1996; 347:858-861.

2) Wearden AJ, Morriss RK, Mullis R, et al. Randomised double-blind, placebo controlled treatment trial of fluoxetine and graded exercise programme for chronic fatigue syndrome. Br.J. of Psychiatry 1998; 172:485-490

El primer ECCA (107 pacientes deprimidos y no deprimidos con SFC) comparó la fluoxetina con un placebo durante ocho semanas. Se encontró que la fluoxetina comparada con placebo, mejoraba significativamente el puntaje de depresión de Beck (diferencia promedio entre fluoxetina y placebo en la mejoría en el puntaje -0,19; IC95% - 0,35 a - 0,02). Sin embargo, la diferencia estadística puede ser clínicamente poco importante.

No se encontró una diferencia significativa con la fluoxetina, comparada con el placebo, en el perfil de impacto de la enfermedad (diferencia promedio entre fluoxetina y placebo medida por la subescala de fatiga de la lista de chequeo de la fuerza individual -0,16; IC95% -0,64 a +0,31).

En el segundo ECCA (136 pacientes con SFC) se compararon cuatro grupos: fluoxetina más ejercicio gradual, placebo más ejercicio gradual, fluoxetina más recomendación general sobre el ejercicio, y placebo más recomendación general sobre el ejercicio. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de fatiga, aunque hubo una modesta mejoría en las mediciones de la depresión a las 12 semanas (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, cambio medio 1,1; IC95% 0,03 a 2,2).

Conclusión de los autores de la revisión sistemática

En los ECCA no se encontró suficiente evidencia sobre los efectos de los antidepressivos en pacientes con síndrome de fatiga crónica (SFC)

Otra cita hallada fue:

Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome. Clin Evid. 2002 Dec;(8):1075-88.

Según esta revisión de buena calidad, los tratamientos beneficiosos son:

1) Terapia cognitiva conductual: una revisión sistemática encontró que este tipo de intervención llevada a cabo por terapeutas altamente experimentados y entrenados mejoró la calidad de vida y el funcionamiento físico comparado con cuidado convencional. Un ensayo multicéntrico encontró que esta terapia administrada por terapeutas menos experimentados es más efectiva que grupos de autoayuda y más efectiva que la no intervención.

2)Ejercicio aeróbico escalonado: los ensayos clínicos han encontrado que un programa de ejercicios aeróbicos escalonado mejora la fatiga y el funcionamiento físico en comparación con técnicas de relajación o las recomendaciones generales. Un ensayo controlado encontró que un paquete educacional para estimular el ejercicio gradual mejoró las mediciones de funcionamiento físico, fatiga, estado de ánimo y sueño en un año comparado con información escrita solamente.

Algunos comentarios y aplicación clínica

Los ensayos clínicos se hicieron en consultas médicas especializadas, difíciles de extrapolar a la práctica general. En cuanto a la fluoxetina, el primer ECCA empleo un tratamiento de menor duración y estudió pacientes con mayor duración de la enfermedad comparado con el segundo ECCA.

En la actualidad no existe un tratamiento que haya probado ser efectivo para la cura del SFC. En su lugar, se tratan los síntomas. Muchas de las personas que sufren de SFC experimentan depresión y otros problemas psicológicos que pueden mejorar con un tratamiento específico.

Hasta el momento cuentan con evidencia de eficacia la terapia cognitiva y un programa de ejercicios aeróbicos. Es importante tener en cuenta esto a fin de evitar tratamientos caros e inefectivos.

Probablemente, la contención y la psicoeducación jueguen un rol en la mejoría de estos pacientes.

Se sugiere ser honesto con quienes padecen este síndrome con relación a la inexistencia de curación. Se recomienda hacer un diagnóstico "positivo" y mostrar lo que se sabe de esta entidad. Es decir, explicarle que estamos ante una enfermedad real que es fuente de padecimiento real y que sabemos que no está simulando, y evitar debatir acerca de si el origen es psíquico u orgánico. Este debate no suele en general beneficiar al paciente.

En los casos en los cuales haya depresión asociada, el tratamiento de la misma debería abordarse.

Las controversias que rodean al SFC dan un indicio de las dudas en cuanto a su etiología y su fisiopatología. Se requieren más ensayos que incorporen pacientes con este cuadro clínico para tener mayores datos sobre eficacia de los tratamientos.

Dr. Guillermo Rivera [Psiquiatra. Concurrente del Hospital Alvarez, Buenos Aires.]

Dra. Karin Kopitowski [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Bibliografía

1. Bates, DW, Schmitt, W, Buchwald, D, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Intern Med 1993; 153:2759.
2. Kroenke, K, Wood, DR, Mangelsdorf, AD, et al. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. JAMA 1988; 206:929.
3. Kruesi, MJP, Dale, JK, Straus, SE. Psychiatric diagnoses in patients who have the chronic fatigue syndrome. J Clin Psychiatry 1989; 50:53.
4. Gunn, WJ, Connell, DB, Randall, B. Epidemiology of chronic fatigue syndrome: The Centers for Disease Control study. Bock, GR, Whelan, J (Eds), Ciba Foundation Symposium 173. John Wiley and Sons Ltd, West Sussex, England, 1993.



Gentileza Secretaria de Turismo de La Nación