



Astenia

P. Cathébras, M. Killian, J. Goutte

La fatiga es el motivo principal de consulta en aproximadamente el 7% de las visitas al médico de familia. Una anamnesis y una exploración física minuciosas son las principales claves del enfoque diagnóstico. En caso de astenia crónica, no tiene sentido multiplicar las pruebas complementarias y las interconsultas a los especialistas. La decisión terapéutica se basa en el estudio etiológico. En los casos de astenia aislada, se debe adoptar una actitud que puede semejarse a una «psicoterapia» no específica. Es fundamental el lugar del reacondicionamiento físico en el tratamiento de la astenia, tanto de naturaleza funcional como asociada a una patología determinada.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Astenia; Fatiga; Síndrome de fatiga crónica; Depresión; Ansiedad; Cáncer; Ejercicio físico

Plan

■ Introducción	1
■ Definiciones	1
■ Epidemiología	2
En la población general	2
En medicina de familia	2
■ Enfoque diagnóstico	2
Astenias fisiológicas ignoradas	4
Astenias de origen orgánico	4
Astenias de origen psíquico	4
■ Principios del tratamiento de la astenia	5
Astenia en una patología orgánica identificada	5
Astenia aparentemente aislada	5
Astenia crónica	5
Lugar de los tratamientos farmacológicos	6
Qué esperar del psiquiatra	6
■ Conclusión	6

la astenia plantea problemas complejos y en ocasiones exasperantes para el médico: ¿«pasamos por alto» una causa médica? ¿Se deben solicitar pruebas complementarias o realizar interconsultas a los especialistas? ¿Cómo detectar una depresión «enmascarada», un trastorno de ansiedad o de personalidad? ¿Existe un interés práctico en establecer el diagnóstico de «síndrome de fatiga crónica»? ¿Qué tratamientos sintomáticos pueden resultar útiles? ¿Qué consejos ofrecer? En este artículo, los autores proponen intentar responder a estas cuestiones.

■ Definiciones

La fatiga es un fenómeno fisiológico que asocia un descenso del rendimiento (muscular, sensorial o cognitivo), inducido por el esfuerzo y reversible con el descanso, con una vivencia generalmente desagradable que incita a interrumpir el esfuerzo. La fatiga incluye por lo tanto un componente objetivo, teóricamente medible (lo que en la práctica sólo es posible para la fatiga muscular y cognitiva), y un componente subjetivo, sin que necesariamente exista concordancia entre ambos [3].

La fatigabilidad traduce la aparición anormalmente precoz de la sensación de fatiga durante el esfuerzo [3,4].

La astenia pretende caracterizar una fatiga patológica: sensación de fatiga generalmente crónica sin causa inmediata (ausencia de esfuerzo o esfuerzo mínimo) que no desaparece con el reposo. Con frecuencia la astenia se acompaña de una pérdida de la vitalidad hacia la actividad (adinamia). La astenia puede ser de origen somático, psíquico o ambiental (reactiva) y, a menudo, es el resultado de una interacción de estos diferentes factores [3].

A veces, la psicoastenia designa por extensión cualquier astenia de origen psíquico. Es más exacto reservar este término para un trastorno de personalidad descrito por Pierre Janet cuyas características asocian el sentimiento de «incompleto» (carácter insuficiente e inacabado que los pacientes atribuyen a todos sus

■ Introducción

La fatiga y la astenia son motivos extremadamente frecuentes de consulta en medicina de familia [1,2]. Estos síntomas son en ocasiones la muestra de patologías somáticas y, casi siempre, de trastornos psiquiátricos como la depresión. Con frecuencia son también el resultado de factores ambientales. En realidad, en la mayoría de los casos quedan sin explicación médica y constituyen síntomas «funcionales» por excelencia. La astenia debe abordarse de entrada como un problema psicossomático, ya que un aspecto psíquico, en concreto motivacional, no carece jamás de la queja de fatiga: «Estar cansado es a la vez sentir una incapacidad y abandonarse a ella», escribió Henri Ey. Cuando persiste,

fenómenos psicológicos), la tendencia a los escrúpulos y a las dudas, la indecisión, un estado de astenia crónica de predominio matutino y una propensión a las quejas hipocondríacas [3].

A finales del último siglo, la neurastenia reunía diversas manifestaciones psíquicas y somáticas en torno a la fisiopatología hipotética de un «agotamiento de la fuerza nerviosa». Todavía se emplea en ocasiones este término, un poco en desuso, para designar los trastornos neurovegetativos asociados a las astenias de origen psíquico. Esta característica diagnóstica está siempre presente en la décima clasificación internacional de las 82 enfermedades (CIE-10) y sigue siendo muy utilizada en los países asiáticos.

El síndrome de fatiga crónica (conocido durante un tiempo bajo el término de «síndrome de los yuppies» o «encefalomielitis miálgica» para algunos autores) es siempre una entidad discutible, hecho que se refleja en los diferentes criterios diagnósticos propuestos. Según los criterios empleados y la exclusión más o menos estricta de la comorbilidad psiquiátrica, su prevalencia varía del 0,01% al 0,6% en la población general, y del 0,3 al 2,6% en atención primaria [5]. La definición más ampliamente utilizada es la ofrecida en 1994 por los Centros para el Control de Enfermedades estadounidenses: el síndrome de fatiga crónica se describe como un estado de astenia crónica invalidante de al menos 6 meses de evolución y acompañado de síntomas no específicos reumatológicos (mialgias y artralgias migratorias), infecciosos (faringitis), neuropsiquiátricos (cefaleas, trastornos de la concentración y de la memoria, trastornos del sueño, debilidad muscular) y generales (febrícula, adenopatías cervicales o axilares dolorosas). En el estado actual de la investigación, no se ha demostrado ninguna etiología clara de forma determinante. En realidad, el síndrome de fatiga crónica debe concebirse primero como una forma particularmente grave y refractaria de fatiga crónica (definida por una astenia de más de 6 meses de evolución). Los pacientes que responden a su definición presentan muchos más síntomas somáticos, mayor invalidez, mayor sufrimiento psíquico, más comorbilidades psiquiátricas, son con mayor frecuencia incapaces para trabajar y requieren muchos más cuidados [6]. Probablemente, el síndrome de fatiga crónica sea heterogéneo, multifactorial, y esté sustentado por varias anomalías fisiopatológicas que se expresan en forma de síntomas no específicos [7,8]. El término de «encefalomielitis miálgica», cuyo objetivo es presentar el síndrome de fatiga crónica como un trastorno inmunológico, excluyendo cualquier participación psicológica, no conviene emplearse.

■ Epidemiología

En la población general

Prevalencia

Estudios de prevalencia bastante concordantes en varios países occidentales, demuestran que la fatiga afecta al 10-15% de los varones y aproximadamente al 20% de las mujeres adultas. Se observa la queja de fatiga con mayor frecuencia en los pacientes más jóvenes y con menor nivel de estudios.

Comorbilidad

En todos los estudios realizados en la población general, existe una asociación de la fatiga con la mayoría de los síntomas y diagnósticos psiquiátricos. Este hecho se comprueba por la elección de una definición categórica (diagnósticos psiquiátricos establecidos por los cuestionarios estructurados) o dimensional (puntuaciones en una escala de psicopatología general). Se ha demostrado igualmente una correlación entre la sensación subjetiva de fatiga y la hipotensión arterial. Otros síntomas funcionales, en concreto los dolores musculoesqueléticos difusos, están estrechamente asociados a la fatiga y a los síntomas de ansiedad y depresivos, lo que se traduce en consumos relativamente más importantes de analgésicos, de hipnóticos y de antidepresivos en esta población.

En medicina de familia

Prevalencia

La fatiga como síntoma o «diagnóstico» aislado representa el 1-3% de las consultas al médico de familia en Norteamérica y en Europa. Se observa una fatiga invalidante en el 10-25% de los pacientes que consultan en medicina de familia cuando son preguntados específicamente por su presencia mediante un cuestionario. Sin embargo, algunos estudios detectan cifras de prevalencia superiores al 30%, pero la fatiga como motivo de consulta principal constituye menos del 10% de los casos. Un estudio francés realizado con 3.784 pacientes que consultan en medicina de familia demuestra una prevalencia de la queja de fatiga del 41,2%, pero sólo el 7,6% de los pacientes declaran que este síntoma es la causa principal de su consulta [9]. En Montreal, los autores de este artículo han estimado, entre 686 pacientes que consultan en medicina de familia, la prevalencia de la fatiga como queja espontáneamente manifestada en el 13,6%; la fatiga es el motivo de consulta predominante en el 6,7% de los casos [2]. La edad no parece influir de forma importante en la frecuencia del síntoma, pero las mujeres consultan más que los varones por este síntoma.

Comorbilidad

Con las enfermedades somáticas

Son varios los diagnósticos médicos establecidos en los pacientes que consultan por fatiga en medicina de familia, pero su relación con la fatiga se debe más a la atribución que a la causalidad: por ejemplo, el diagnóstico de «síndrome vírico» encabeza los estudios más antiguos. Entre los diagnósticos más comentados en este sentido, se encuentran la anemia, el hipotiroidismo y las infecciones víricas. Es importante destacar que la queja de fatiga aislada conduce de forma excepcional a la demostración de una patología maligna, que representa el 0,7% de los diagnósticos en un reciente estudio realizado en los Países Bajos con 571 pacientes que consultaron en medicina de familia por un primer episodio de astenia [10].

Con otros síntomas «funcionales»

En medicina de familia, como en la población general, la fatiga se asocia con frecuencia a otros síntomas de causa imprecisa como dolores musculoesqueléticos, cefaleas, dolor abdominal o sensaciones vertiginosas. Los «síndromes somáticos funcionales», como la fibromialgia y el síndrome del intestino irritable, están estrechamente asociados a la fatiga [11].

Con los trastornos psicopatológicos

Los síntomas psicológicos valorados mediante cuestionarios y los antecedentes de trastornos de ansiedad o depresivos son más frecuentes en los pacientes con fatiga que consultan en medicina de familia que en los pacientes control. El diagnóstico de episodio depresivo puede establecerse con base en estrictos criterios en los pacientes que consultan por fatiga en medicina de familia en cerca del 20% de los casos. En la mayoría de los estudios, los otros trastornos psiquiátricos comunes (trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes) no son significativamente más frecuentes que en los demás pacientes.

■ Enfoque diagnóstico

El enfoque diagnóstico frente a una queja de astenia en medicina de familia sigue siendo muy empírico, basado en estudios y recomendaciones de nivel de evidencia generalmente modestos [12-14].

Para simplificar el artículo, sus autores distinguen las astenias fisiológicas, orgánicas y psiquiátricas, según un enfoque dicotómico. En realidad, se deben considerar los diferentes niveles de forma simultánea (durante la misma consulta) (Fig. 1). Quizás un buen ejemplo sea el de la astenia ligada al cáncer, problema médico de los más frecuentes en oncología (el 60-96% de los pacientes tratados por un cáncer se quejan de astenia), cuya prevalencia sigue siendo elevada tiempo después del tratamiento oncológico, una vez que la enfermedad se considera en remisión. Esta astenia es multifactorial y multidimensional e interrelaciona

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465301>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465301>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)