



La fatiga: ¿síntoma o diagnóstico?

Por la Dra. Sandra Mitic, Gen Re, Colonia

El síntoma de la fatiga es una de las dolencias que se presenta más frecuentemente en la atención primaria. Según los datos actuales, la fatiga es la causa principal o secundaria de entre el 10 % y el 20 % de los casos¹ que atiende un médico de cabecera en las consultas. La fatiga es un síntoma inespecífico pero importante debido a su vinculación con posibles problemas físicos, psicológicos y sociales de los afectados. Las personas que experimentan fatiga recurren a la atención médica cuando sienten que su cansancio extremo no se puede explicar adecuadamente (p. ej. por el ejercicio físico o por la falta de sueño) o cuando ya han agotado los métodos de compensación individuales y parece que el perjuicio para su vida cotidiana es ya intolerable.²

Definición y tipos

La percepción subjetiva de la fatiga es un fenómeno muy amplio. Hay varios conceptos en este contexto, como la somnolencia, la falta de energía, el agotamiento, el cansancio, la fatigabilidad temprana, la somnolencia, etc. La clasificación ICD10CM proporciona diferentes códigos para los síntomas de fatiga, como el R53 (malestar y fatiga), el F48.0 (neurastenia), el G93.3 (síndrome de fatiga postviral) y el R54 (astenia senil).³

No existe una definición de fatiga uniforme y con validez internacional. Una definición técnica común consiste en que la fatiga es un síntoma que no se puede aliviar con las estrategias usuales de recuperación de energía y que perjudica la capacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas habituales en niveles de gravedad variables.⁴ Las personas que sufren síntomas de fatiga tienden a hablar de falta de energía y a afirmar que se sienten débiles o demasiado cansados para participar en actividades familiares, laborales o de ocio.⁵

En cuanto a su duración, la fatiga se define como reciente (<1 mes), prolongada (entre 1 y 6 meses) y crónica (>6 meses).⁶ La fatiga puede darse como un síntoma asociado debido a diferentes trastornos somáticos, como la esclerosis múltiple o el cáncer. Cuando carece de explicación, la fatiga crónica puede considerarse como un síndrome o bien como un fenómeno idiopático. Como síndrome, se caracteriza por una fatiga grave o incapacitante, así como por otros síntomas, incluido el dolor musculoesquelético, los trastornos del sueño, la falta de concentración y los dolores de cabeza sin una causa orgánica definible. La fatiga crónica idiopática se define por la ausencia de otros síntomas.⁷

Contenido

Definición y tipos	1
Causas	2
Epidemiología	2
Diagnóstico	2
Enfoque terapéutico	3
La fatiga en el contexto del seguro de vida	3
En la suscripción médica	3
En la valoración de siniestros	4

La Academia Nacional Americana ha recomendado modificar el nombre y los criterios del «síndrome de fatiga crónica» (SFC) por «enfermedad sistémica de intolerancia al esfuerzo» (ESIE). Se define como fatiga cuando se prolonga durante al menos seis meses, incluidos toda una serie de síntomas concomitantes, como el cansancio incrementado después del ejercicio, los trastornos del sueño, el dolor muscular y articular, el dolor de cabeza y cuello, la merma cognitiva y las alteraciones ortostáticas. La nueva definición de caso ESIE también implica reducciones o mermas sustanciales en la capacidad de llevar a cabo las actividades que se ejercían antes de la enfermedad, la presencia de un sueño no reparador, el malestar después del ejercicio, la merma cognitiva o la intolerancia ortostática con la consiguiente restricción de las actividades cotidianas no atribuible a ninguna otra enfermedad específica.⁸

Causas

Como síntoma discreto, la fatiga es importante debido a su asociación con una morbilidad subyacente.⁹ El cansancio suele ser autolimitante y se explica fácilmente por circunstancias obvias, pero a veces surge en el contexto de enfermedades orgánicas definidas, como el cáncer, la anemia, la diabetes, el hipotiroidismo o trastornos neurológicos como la esclerosis múltiple. También surge con varios trastornos mentales como la depresión o la ansiedad y con enfermedades somáticas funcionales como el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia y el estrés psicosocial.¹⁰

En un repaso sistemático de los estudios que han investigado las causas subyacentes de la fatiga en la atención primaria, se comprueba que el diagnóstico diferencial más común fue el de depresión (18,5 %), seguido por enfermedades somáticas graves (3,1 %), anemia (2,8 %) y cáncer (0,6 %).¹¹

La fatiga puede verse exacerbada por los efectos secundarios de los medicamentos citostáticos (p. ej. mitoxantrona) o mediadores de citoquinas (p. ej. interferonas) usados en el tratamiento del cáncer o enfermedades neurológicas.

Cabe citar otras sustancias como las benzodiazepinas, los antidepresivos, los neurolépticos, los antihistamínicos, los medicamentos antihipertensivos, los opioides y el alcohol.¹²

La etiología, el curso y el tratamiento óptimo del SFC siguen sin estar claros.¹³

Epidemiología

Es difícil evaluar si existe una auténtica prevalencia de la fatiga. Según la Directriz Alemana de la Fatiga, la prevalencia internacional de pacientes con fatiga inexplicada que persiste durante al menos un mes oscila entre el 2 % y el 15 %. Después de un año, los síntomas persistieron en entre el 20 % y el 33 % de los casos totales.¹⁴

Otros estudios epidemiológicos reflejan cifras incluso más altas, con una amplia gama de manifestaciones que van desde quejas por fatiga leve hasta el SFC con incapacidades graves. Las tasas de prevalencia oscilan entre el 4 % y el 45 %. Esta amplitud tan grande en el rango de prevalencia se debe probablemente a los diferentes principios o métodos utilizados para evaluar el síntoma de la fatiga.¹⁵

La fatiga en los pacientes adultos que acuden a la consulta de medicina general se asocia con una angustia psicológica en el 75 % de los pacientes, mientras que se debe a una enfermedad física en el 9 % de los casos. El 40 % de ellos siguen teniendo síntomas seis meses después y el 26 % de las personas que padecen fatiga persistente durante más de seis meses cumplen los criterios del SFC.¹⁶

La fatiga también es uno de los efectos a largo plazo más frecuentes y angustiosos del tratamiento contra el cáncer, y afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes. Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica, la mayoría de pacientes con cáncer experimentan algún nivel de fatiga en el curso de su tratamiento. Aproximadamente el 30 % de los pacientes sufren síntomas de fatiga persistentes durante varios años después del tratamiento.¹⁷

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica más común que provoca incapacidad en adultos jóvenes. Con una prevalencia estimada de hasta el 83 %, la fatiga es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con esclerosis múltiple y es el que mayor impacto ejerce sobre su calidad de vida. Constituye uno de los problemas clínicos más acuciantes en el tratamiento de la esclerosis múltiple.¹⁸

Diagnóstico

Cuando las personas con síntomas de fatiga recurren a tratamiento médico, los profesionales de la atención sanitaria se enfrentan a un reto en cuanto a sus capacidades

Z

Z

Z

Z

Z

de investigación para ofrecer el tratamiento adecuado. No obstante, el tratamiento ofrecido puede variar debido a diferencias en los comportamientos en la consulta, las características del profesional sanitario, la relación entre médico y paciente o la percepción de uno y otro sobre la carga provocada por el síntoma.¹⁹

Los profesionales de la atención sanitaria deben decidir sobre la naturaleza y el alcance de las medidas diagnósticas. A menudo, las investigaciones somáticas arrojan resultados negativos y no parecen esclarecer la causa subyacente.²⁰ Sin embargo, cualquier nueva forma de fatiga grave que restrinja la vida cotidiana debe investigarse, y lo primero es descartar una causa somática.

En caso de una fatiga primaria sin explicación, se deben registrar varios aspectos en el historial médico: enfermedades preexistentes, sueño, historial de peso corporal, consumo de tabaco, función cardíaca, respiratoria, gastrointestinal, urogenital y del sistema nervioso central, ingesta de medicación y sustancias psicotrópicas, situación social, familiar y laboral, exposición a sustancias químicas o ruido, síntomas similares en el entorno personal o laboral, ronquidos e insomnio.²¹

Si no se puede identificar ninguna causa somática, es necesario considerar varios componentes cualitativos en el diagnóstico y el posible tratamiento de la fatiga:²²

- Aspectos emocionales (apatía, falta de motivación, asociación estrecha con la tristeza o la depresión, afectividad reducida)
- Aspectos cognitivos (reducción en la actividad o el rendimiento mental)
- Aspectos conductuales («curva de rendimiento»)
- Aspectos físicos (p. ej. debilidad muscular)

Enfoque terapéutico

Se debe imponer un tratamiento específico de cada enfermedad si dicho tratamiento es posible y está indicado, p. ej. terapia con antidepresivos y el tratamiento de la anemia, fallo cardíaco, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas, trastornos del sueño y dolor. Si la fatiga es idiopática, el enfoque clínico debe incluir la observación de las causas somáticas y psicológicas con un seguimiento regular.²³ El médico tratante debe asesorar al paciente con empatía y comunicarse con franqueza para que el paciente se sienta motivado a cambiar su comportamiento para modificar los problemas físicos y psicosociales que son ingobernables.

En algunos casos resulta útil una terapia conductual cognitiva orientada a los problemas. Hay medidas psicoeducativas útiles para informar al paciente sobre el proceso de la enfermedad y la forma adecuada de abordarla asumiendo responsabilidad personal y reforzando los recursos del paciente a la hora de hacer frente a los retos de la vida cotidiana.²⁴

La fatiga en el contexto del seguro de vida

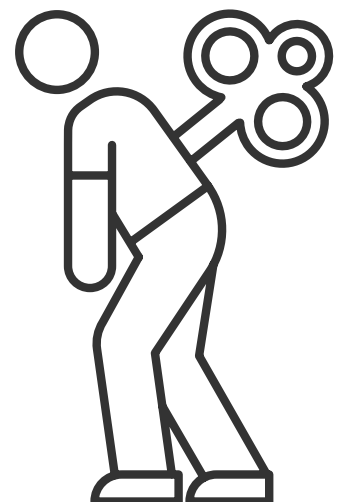
La fatiga crónica juega un papel crucial en el contexto médico del seguro para varios productos de incapacidad. Se puede encontrar como síntoma concomitante de enfermedades subyacentes graves que provocan incapacidad, así como en trastornos mentales. Sin embargo, la fatiga es a menudo la causa determinante de una reducción del rendimiento en el contexto profesional y constituye el obstáculo decisivo a la hora de retomar o mantener una actividad profesional. Por ello, es recomendable prestar atención a este síntoma, que se suele presentar como algo más bien insignificante en la etapa de valoración de riesgos pero que termina siendo muy significativo en la etapa de valoración de siniestros.

En la suscripción médica

En la valoración de riesgos, los suscriptores deben hacer frente a la decisión de qué relevancia se le debe dar al síntoma de fatiga cuando se encuentra como un síntoma sin un ulterior diagnóstico o bien como un diagnóstico incidental en informes médicos de los solicitantes.

Por consiguiente, en la suscripción médica de coberturas de invalidez es particularmente importante buscar un posible contexto para la fatiga, como enfermedades preexistentes o la ingesta de medicamentos y sustancias psicotrópicas. En caso de duda, se recomienda investigar más a fondo mediante un cuestionario o bien preguntándole al médico tratante sobre el tipo, los procedimientos diagnósticos y el curso de los síntomas.

Es muy improbable que los solicitantes que presentan un reconocimiento médico y un historial sin datos llamativos, así como unos resultados de análisis básicos de laboratorio normales padezcan anemia, cáncer, disfunción tiroidea u otras enfermedades somáticas como causa de su fatiga.



En la valoración de siniestros

Los siniestros presentados con un síntoma subjetivo de fatiga se deben en muchos casos a un amplio espectro de diagnósticos. Por lo tanto, es importante evaluar cada uno de los siniestros a la luz de su propio conjunto de circunstancias. La valoración de los siniestros de invalidez que incluyen la fatiga como un síntoma principal y un obstáculo para la vuelta al trabajo requieren una comprensión sólida de su impacto, si procede, sobre el rendimiento laboral de un individuo. Esto es así especialmente en los casos donde no existe una enfermedad subyacente grave o si la situación se mantiene en un estado satisfactorio y estable que en realidad no supone una limitación de cara al trabajo.

A primera vista, la fatiga parece un fenómeno imposible de medir, pero existen formas de enfocar los siniestros por fatiga aguda y crónica. Se puede conseguir una objetivación mediante una comprobación de la plausibilidad de los siniestros con análisis actuales y previos de forma análoga a la valoración del dolor crónico. Esto implica comprobar si las declaraciones anamnésicas son coherentes en sí mismas, p. ej. si el trastorno está presente en un contexto laboral y un contexto privado o si la información es coherente con los informes de examinadores previos.

También hay cuestionarios de autoevaluación disponibles que reflejan en qué medida la fatiga interfiere con ciertas actividades y evalúan su gravedad. Por ejemplo, la escala de gravedad de la fatiga (FSS, por sus siglas en inglés) y la escala de impacto de la fatiga modificada (MFIS, por sus siglas en inglés) son herramientas diseñadas para verificar si las respuestas a un test se corresponden con las limitaciones alegadas a causa de la fatiga. Estas herramientas de patrones de actividad les pueden ofrecer a los gestores de siniestros información sobre cómo un paciente podría

estar progresando sobre la base de su nivel de actividad diario. Sin embargo, los cuestionarios de autoevaluación conllevan fundamentalmente el peligro de una potencial influencia del encuestado sobre las respuestas (p. ej., hay tres factores que influyen típicamente sobre la sugestión: factores situacionales, estados habituales y/o actuales y rasgos de personalidad).

Los test neuropsicológicos (que se completan con pruebas de validez) son métodos más objetivos para comprender los aspectos complejos que suelen implicar los siniestros basados en la fatiga, puesto que son menos sugestionables que los cuestionarios de autoevaluación. Por consiguiente, la combinación entre test de autoevaluación y test neuropsicológicos puede dar lugar a una valoración más objetiva.

Acerca de la autora

La **Dr. Sandra Mitic** es la Directora Médica en jefe de Life/Health Client Services, con sede en Colonia. Es cirujana especialista en cirugía abdominal y gastroenterológica y ha trabajado como asesora médica en varios hospitales alemanes. También posee un máster en salud pública. Antes de incorporarse a Gen Re, trabajó como asesora médica en el sector privado de los seguros de salud en Alemania y en la Agencia Federal de Protección Civil y Asistencia en Casos de Desastre. En Gen Re, realiza labores de asesoramiento en el ámbito de la valoración de riesgos y siniestros, y contribuye a desarrollar los manuales de suscripción de riesgos y productos de seguro.



Tel. +49 221 9738 912
sandra.mitic@genre.com

Notas finales

- 1 Maisel P, Baum E, Donner-Banzhoff N. Fatigue as the chief complaint—epidemiology, causes, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 566-76. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0192.
- 2 Nicholson K, Stewart M, Thind A. Examining the symptom of fatigue in primary care: a comparative study using electronic medical records. *J Innov Health Inform.* 2015;22(1):235-243.
- 3 S3-Guideline Fatigue, German Society for General and Family Medicine, AWMF Register No. 053-002, DEGAM Guideline No. 2, 2017.
- 4 *Ibíd.*
- 5 *Ibíd.*, nota 2.
- 6 Cornuz J et al. Fatigue: a practical approach to diagnosis in primary care. *CMAJ.* 14 de marzo de 2006;174(6):765-767.
- 7 Reid S et al. Chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2000;320:292-6.
- 8 Jason LA et al. Chronic Fatigue Syndrome versus Systemic Exertion Intolerance Disease. *Fatigue.* Julio de 2015;3(3):127-141.
- 9 Cullen W et al. Prevalence of fatigue in general practice. *Irish Journal of Medical Science* January 2002, DOI: 10.1007/BF03168931.
- 10 a) Stadje et al. The differential diagnosis of tiredness: a systematic review. *BMC Family Practice* (2016) 17:147; DOI: 10.1186/s12875-016-0545-5.
b) *Ibíd.*, nota 1.
- 11 *Ibíd.*, nota 10a.
- 12 *Ibíd.*, nota 3.
- 13 *Ibíd.*, nota 1.
- 14 *Ibíd.*, nota 3.
- 15 Galland-Decker C, et al. Prevalence and factors associated with fatigue in the Lausanne middle-aged population: a populationbased, cross-sectional survey. *BMJ Open* 2019; 9:e027070. doi:10.1136/bmjopen-2018-027070.
- 16 *Ibíd.*, nota 9.
- 17 Bower JE et al. Screening, assessment and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American Society of Clinical Oncology practice guideline adaption. *J Clin Oncol* 32:1840-1850, junio de 2014.
- 18 Manjaly ZM et al. Pathophysiological and cognitive mechanisms of fatigue in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2019;90:642-651. doi:10.1136/jnnp-2018-320050.
- 19 *Ibíd.*, nota 2.
- 20 *Ibíd.*, nota 10a.
- 21 *Ibíd.*, nota 3.
- 22 Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health.* Abril de 1992;46(2):92-7.
23. *Ibíd.*, nota 1.
- 24 *Ibíd.*



The difference is...the quality of the promise.

genre.com | genre.com/perspective | [Twitter: @Gen_Re](https://twitter.com/Gen_Re)

General Reinsurance AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Colonia, Alemania
Tel. +49 221 9738 0
Fax +49 221 9738 494

Editor:
Andres Webersinke, webersin@genre.com

Photos: © getty images – Image Source, Ridofranz, LSOfphoto, Msha Bonchuk, bsd555

Esta información ha sido compilada por Gen Re con el propósito de que sirva de información general para nuestros clientes y para nuestro personal profesional. Es necesario verificar esta información de cuando en cuando y actualizarla. No se debe considerar como una opinión legal. Consulte con sus asesores jurídicos antes de utilizar esta información.

© General Reinsurance AG 2022