



ACSFCEM

SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA  
ENCEFALOMIELITIS MIÀLGICA

# APROXIMACIÓN AL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

DIRIGIDO A  
MÉDICOS DE FAMILIA  
Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

# **ASOCIACIÓN CATALANA DE AFECTADOS DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA / ENCEFALOMIELITIS MIALGICA**

C/. Juan Güell nº 184, local 32, 1º planta  
08028 – Barcelona  
Teléfono: 93.321.46.54

Web: <http://www.acsfcem.org>

Correo Electrónico: [acsfcem@acsfcem.org](mailto:acsfcem@acsfcem.org)

Reg. de Asoc. la Generalitat de Catalunya nº 22.260, sección 1ª

Queremos agradecer sus aportaciones en la mejora del contenido de este documento y su esfuerzo en la difusión de la enfermedad a:

Dr. D. Joaquín Fernández - Solá. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic-IDIBAPS. Profesor Asociado. Departamento de Medicina. UB. Miembro del Comité Científico de la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

Dra. Dña Anna M. Cuscó Segarra. Médico y Psicólogo. Jefa de Psicología Clínica. Unidad FM. y SFC Clínica CIMA-Barcelona. Presidenta de la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

Dr. D. Ferran J. García. Jefe del Servicio de Reumatología Clínica CIMA - Barcelona (Centro Internacional de Medicina Avanzada). Profesor Asociado de la Universitat Internacional de Catalunya. Miembro del Comité Científico de la Fundación para Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

Dr D. Juan J. Vilchez Padilla. Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario 'LA FE' de Valencia y profesor de medicina de la Universidad de Valencia.

Dr. D. José Alegre Martín. Médico adjunto de Medicina Interna y profesor de Patología Médica de la Unidad Docente, y especialista en el S.F.C. del Hospital Universitario Vall d'Ebrón de Barcelona.

Dra. Dña. Ana García Quintana. Médico Internista y especialista en el S.F.C. Clínica Delfos de Barcelona.

# El Síndrome de Fatiga Crónica

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por *fatiga* la sensación de agotamiento o dificultad para realizar una actividad física o intelectual que habitualmente se recupera tras un periodo de descanso. La fatiga es un síntoma muy prevalente y frecuente motivo consulta..

<b>Tabla 1</b> <b>Criterios diagnósticos Síndrome de Fatiga Crónica</b>
<b>Criterios mayores</b> (deben concurrir ambos)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fatiga crónica persistente (6 meses mínimo), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; no mejora significativamente con el descanso; ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana</li><li>2. Exclusión de otras enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica</li></ol>
<b>Criterios menores</b> (deben estar presentes, de forma concurrente, 4 o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Trastornos de concentración o memoria recientes</li><li>2. Dolor de garganta habitual</li><li>3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas</li><li>4. Mialgias</li><li>5. Poliartralgias sin signos inflamatorios</li><li>6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual</li><li>7. Sueño poco reparador</li><li>8. Malestar post esfuerzo de duración superior a 24 h</li></ol>

Puede variar su intensidad, duración y etiología. Hablamos de *Fatiga prolongada*, cuando esta sensación persistente de imposibilidad para realizar una actividad física o intelectual se mantiene más de un mes. Si dura más de 6 meses hablamos de *fatiga crónica*, que si tiene una causa conocida se denomina *fatiga crónica secundaria*. Según el criterio del CDC [1] el *síndrome de fatiga crónica (SFC)* es una enfermedad compleja y crónica que se caracteriza por la persistencia de una intensa fatiga física y mental, insuperable para el paciente, que no disminuye significativamente con el reposo, y empeora con la actividad. Se acompaña de otros síntomas que la convierten en una grave enfermedad multisistémica y discapacitante debido a los trastornos inmunológicos, neurológicos, neuro-musculares y psico-neuro-endocrinos que comporta. Además, el paciente

debe presentar de forma crónica y concurrente 4 o más síntomas de los descritos como criterios menores (Tabla 1). La fatiga crónica inexplicada sin cumplir los criterios de SFC se llama *fatiga crónica idiopática*.

## ETIOPATOGENIA

El SFC es una afección multisistémica, cuya etiología o factor desencadenante puede ser variado. Es frecuente su inicio tras una infección vírica o por microorganismos intracelulares. A partir de este momento se produce una alteración

del sistema inmune, que causa una interferencia en distintas funciones celulares, órganos y tejidos que es idéntica en todos los pacientes. Esta respuesta se auto-perpetúa, con brotes periódicos de la enfermedad. La activación crónica del sistema inmune estaría caracterizada por una desregulación de la respuesta inmune humoral y celular, con una producción anormal de citoquinas con predominio de las de tipo inflamatorio Th2 (IL-4, IL-5, IL-10) y por tanto inhibición de la respuesta Th1 (IL-2, IFN gamma) que es esencial para una respuesta antiviral efectiva. Una situación clínica parecida es la que ocurre en pacientes con hepatitis C crónica tratados interferón. Ello sugiere que el IFN desencadena algún mecanismo que también se da en fatiga crónica.

## DIAGNÓSTICO

**Anamnesis.** La historia clínica es esencial para el diagnóstico del SFC. Se debe insistir en conocer la fatiga, en su forma y momento de inicio y factores desencadenantes (en especial los de carácter infeccioso) y la relación de la fatiga con la actividad física (grado de limitación en la actividad cotidiana y mejoría tras reposo). Son otros síntomas de interés los osteo-musculares, los relacionados con la esfera neuropsicológica y los de tipo neurovegetativo

**Exploración física.** Es imprescindible realizar una exploración física general, con especial atención en el balance muscular, presencia de adenopatías y puntos dolorosos.

### Exploraciones complementarias básicas recomendadas en la búsqueda de otras causas de los síntomas

- Hemograma con fórmula leucocitaria
- VSG y/o proteína C reactiva
- Bioquímica básica (perfil hepático, renal e iónico)
- Proteinograma
- Creatinincinasa (CK)
- Hormona estimulante tiroides (TSH)
- Análisis elemental de orina
- Radiografía de tórax

**Exploraciones complementarias.** Las exploraciones complementarias aportan poco al diagnóstico del SFC, ya que no existe hasta la fecha ningún marcador analítico o morfológico específico. Se recomienda llevar a cabo un estudio básico para un correcto diagnóstico diferencial. En principio no es preciso efectuar otras pruebas analíticas. Sin embargo en función de la clínica que presente el enfermo podrá ser necesario realizar pruebas más sofisticadas.

### Otras exploraciones (a considerar según el contexto del paciente))

- Anticuerpos antinucleares
- Anticuerpos antitejido
- Factor reumatoide
- Serologías (VEB, CMV, HHV-6, VIH, VHB, VHC, borrelia, brucela, lúes, toxoplasmosis
- Marcadores tumorales
- Estudio eje hipotálamo-suprarrenal
- Estudio electrofisiológico
- Técnicas de imagen
- Biopsias

**Exploración psicopatológica.** Es imprescindible realizar una valoración psicopatológica para descartar depresión mayor y evaluar el componente de ansiedad o depresión que presentan estos pacientes.

**Presencia de comorbilidades.** Dada la frecuente coincidencia o sintomatología similar, debe valorarse la coexistencia de otras entidades como fibromialgia, síndrome miofacial, síndrome seco, endometriosis, infecciones recurrentes, colon irritable o depresión reactiva.

### **Prevalencia e intensidad de los síntomas más comunes en el Síndrome de Fatiga Crónica.**

En 2001 se publicó un estudio [3] de 2073 pacientes consecutivos con quejas de fatiga prolongada, 1578 cumplían los criterios de Fukuda [1], y de estos 951 cumplían los criterios predecesores de Holmes [2]. En esta tabla se expresa la prevalencia e intensidad de los síntomas en este colectivo.

SÍNTOMA	PREVALENCIA (%)		INTENSIDAD (rango 0-3)	
	HOLMES	FUKUDA	HOLMES	FUKUDA
Fatiga	100	100	2.8	2.8
Malestar postejercicio	98.8	97.3	2.8	2.7
Déficit de atención	95.9	93.0	2.4	2.2
Alteración del sueño	94.8	91.9	2.5	2.4
Cefalea	92.0	87.8	2.3	2.1
Mialgia	90.1	87.1	2.4	2.3
Perturbaciones en la Memoria	89.3	85.6	2.2	2.0
Debilidad muscular	88.3	84.3	2.3	2.1
Alteraciones Gastrointestinales	85.6	81.8	2.2	2.0
Odinofagia	84.1	74.1	2.1	1.9
Exertional dyspnea	83.5	79.2	2.2	2.0
Síntomas gripales recurrentes	80.9	69.7	2.1	1.7
Dificultad con las palabras	80.4	75.5	1.9	1.7
Cambio de personalidad	77.2	74.4	1.2	1.1
Manos y pies fríos	77.2	72.2	2.0	1.8
Artralgia	77.1	73.3	2.0	1.9
Fotofobia	75.8	70.7	1.8	1.6
Dificultades con cálculos	75.1	71.6	1.7	1.6
Fotosensibilidad	74.6	69.6	1.7	1.6
Disminución de agudeza visual	74.2	70.9	1.7	1.6
Desequilibrio	73.7	69.1	1.5	1.4
Sofocos	72.6	64.8	1.9	1.7
Parestesia	69.1	66.4	1.6	1.5
Adenopatías cervicales o axilares dolorosas	67.9	57.7	1.6	1.3
Disfunción espacial	64.5	59.9	1.4	1.2
Fasciculaciones musculares	64.1	58.5	1.5	1.4
Intolerancia al Alcohol	63.7	59.5	1.7	1.5
Exacerbación de síntomas en temperaturas extremas	58.7	53.9	1.5	1.4
Hipersensibilidades a alimentos y medicamentos	54.8	48.5	1.3	1.2
Micción frecuente	53.9	47.9	1.3	1.2

Tinnitus	52.1	48.5	1.0	0.9
Diarreas	45.6	40.8	1.2	1.1
Erupciones cutáneas	45.3	40.0	1.0	0.9
Alteraciones del sentido del gusto, olfato u oído	42.4	38.0	0.9	0.8
Tos persistente	39.2	35.2	0.8	0.7
Dificultades en el habla	36.2	31.8	0.7	0.6

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

No existen estudios epidemiológicos en España.

Existen problemas metodológicos para averiguar la prevalencia real dado que un alto porcentaje de los enfermos no están diagnosticados o están incorrectamente diagnosticados.

En la Universidad de DePaul en Chicago (USA) se han realizado una serie de estudios sobre la población en general. [4] Los principales resultados son:

- Prevalencia del SFC en hombres: 291/100.000 (0,291%)
- Prevalencia del SFC en mujeres: 522/100.000 (0,522 %)
- Otro estudio [5] del mismo grupo constata que en el colectivo de las enfermeras esta cifra asciende a 1.088/100.000 (1,088 %)

Estas cifras son altas si se comparan con:

- Mujeres con HIV: 125/100.000
- Mujeres con cáncer de pulmón: 43/100.000
- Mujeres con cáncer de pecho: 26/100.000

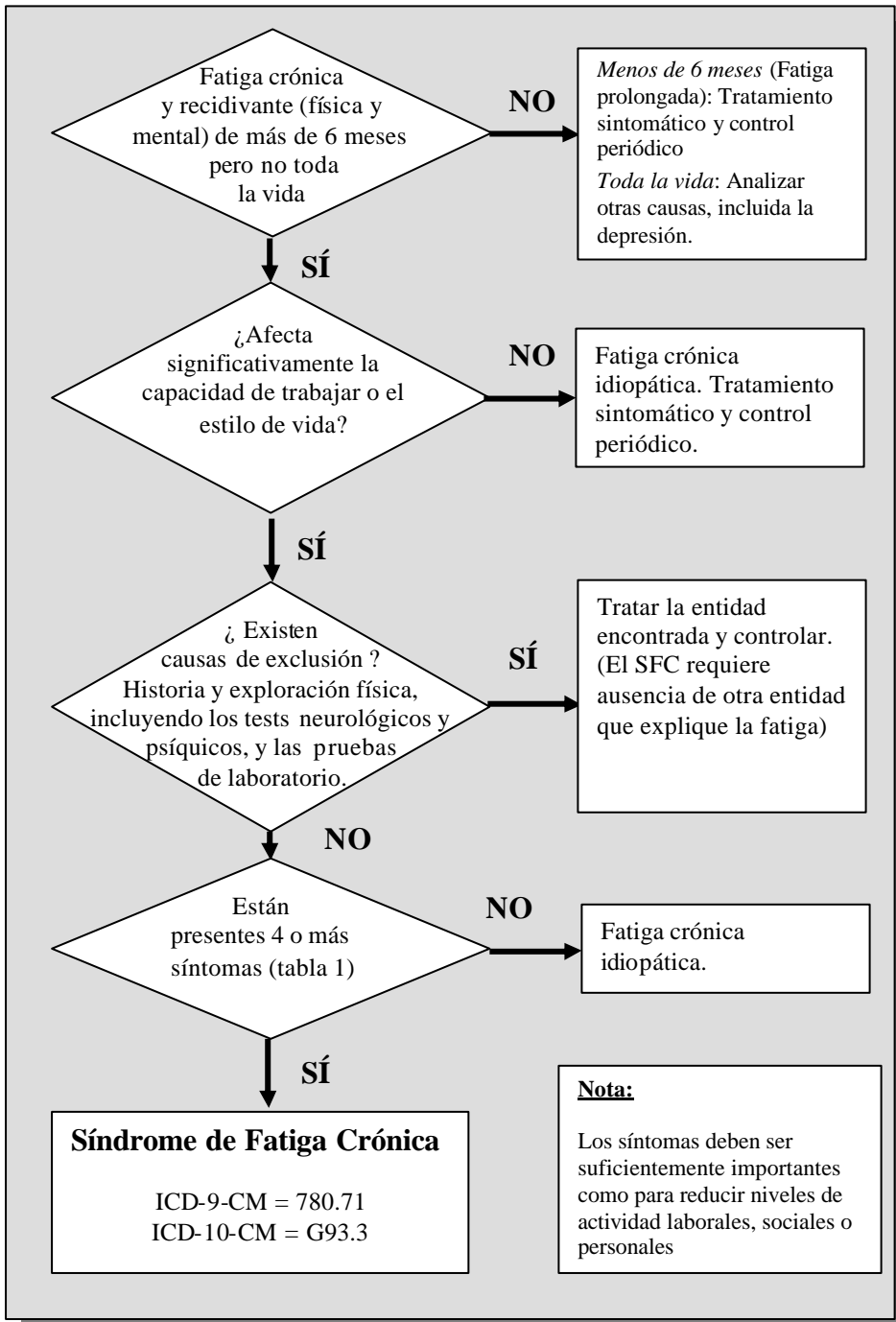
## CONCLUSIONES

El Síndrome de Fatiga Crónico es una enfermedad real, aunque poco conocida, con una prevalencia importante, especialmente en mujeres. Su diagnóstico está claramente definido aunque su principal dificultad reside en la correcta exclusión de otras causas de fatiga.

En caso de duda sobre el diagnóstico o en caso de tener dificultad en el tratamiento de los síntomas es aconsejable remitir al paciente a alguna de las unidades especializadas existentes o de próxima creación.

El SFC impone limitaciones tanto físicas como cognitivas que llegan a ser invalidantes.

# Diagrama de flujo del diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica



## Bibliografía de Interés

**Joaquim Fernández-Solà.** Sobrevivir al Cansancio. Ed. Viena Ediciones. 2003

**Leonard A. Jasón, Patricia A. Fenell, Renée R. Taylor.**

Handbook of chronic fatigue syndrome. John Wiley & Sons. 2003

**M<sup>a</sup> Dolors Estrada, M.D.** Informe Tècnic: Síndrome de Fatiga Crònica. Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Abril 2001  
<http://www.aatm.net>

Canadian Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocol  
<http://cfids-cab.org/MESA/ccpccd.pdf>

Chronic Fatigue Syndrome. Australian Clinical Practice guide – 2002  
<http://www.mja.com.au/public/guides/cfs/cfs2.html>

## Referencias

[1] **Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al.** The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953–9.

[2] **Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al.** Chronic Fatigue Syndrome: a working case definition. *Ann of Intern Med* 1988;108:387-389.

[3] **P. De Becker, N. McGregor, and K. De Meirleir.** A definition-based analysis of symptoms in a large cohort of patients with chronic fatigue syndrome, *Journal of Internal Medicine* 2001;250:234-240.

[4] **Jason, L.A., Richman, J. A., Rademaker, A.W., Jordan, K.M., Plioplys, A.V., Taylor, R., et al.** A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Archives of Internal Medicine* 1999, 159, 2129-2137

[5] **Jason, L.A., & Wagner, L.I.** Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *American Journal of Nursing* 1998, 105, 91S-93S.