



ASTENIA

Año 2014 - Revisión: 0

Dr. Miguel Annetta

Página 1 de 16

Que conozcamos poco sobre **astenia** no justifica que no usemos lo poco que conocemos

Definición de Astenia

Es la ausencia de fortaleza, vigor o fuerza, que implica un conjunto de sensaciones atípicas y distintas para cada individuo, que se expresan a través del sistema nervioso y del sistema muscular. Abarca lo físico y lo psíquico en forma global. Desde el punto de vista fisiológico, se puede considerar a la **fatiga** como el cansancio que se produce después del esfuerzo y a la **astenia** como la misma sensación pero sin esfuerzos que la justifiquen, aunque, en general, se usan astenia, fatiga y cansancio como sinónimos.

La **astenia** se ha definido como un estado que sigue a un período de actividad mental o corporal intenso, caracterizado por disminución de la capacidad para el trabajo y reducción de la eficiencia, acompañados generalmente por sensación de cansancio, somnolencia o irritabilidad. También puede sobrevenir cuando, por cualquier causa, el gasto de energía supera a los procesos restaurativos. Adicionalmente, el término astenia puede hacer referencia a la sensación de hastío y lasitud debida a la monotonía y falta de interés en lo que rodea a la persona. **Más allá de estas definiciones, cada paciente tiene su propia manera de referirse al síntoma, lo cual obliga a estar atentos para poder mejorar la interpretación y capacidad de respuesta.** La definición es subjetiva y no existen para evaluarlas escalas universalmente aceptadas. Puede referirse a sentirse exhausto luego de haber realizado actividades normales, sensación de disminución de la energía para realizar las tareas habituales, disminución de la atención y alteración en la capacidad de actuar frente a situaciones comunes de la vida diaria.

Hay que diferenciarla de la somnolencia, apatía, debilidad muscular (normal o fisiológica posterior al esfuerzo, o bien la patológica) y de la disnea, ya que los pacientes le dan el mismo significado, aunque estos síntomas pueden estar asociados a la fatiga.

En la astenia pueden identificarse tres componentes distintos que participan en grado variable:

1. La **lasitud**, el desfallecimiento, la falta de vigor y la necesidad de descanso ante tareas que previamente no la producían (fatigabilidad fácil).
2. La **debilidad generalizada** en ausencia de hallazgos objetivos (sensación anticipada de dificultad para iniciar y mantener una actividad)
3. La **fatiga mental**, caracterizada por la alteración de la concentración, pérdida de memoria y labilidad emocional.

Copia N° :	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	29/10	13/11



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 2 de 16

El cansancio o fatiga puede ser normal cuando se realiza un esfuerzo intenso, pero cuando no se relaciona con las conductas realizadas se llama cansancio patológico (ejemplo: convalecencia de distintas enfermedades y operaciones)

Caracterización de Acuerdo con el Tiempo

1. Astenia aguda: menos de una semana. Todas las personas han experimentado la sensación de astenia, por ejemplo, durante infecciones virales. La fugacidad y el carácter autorresolutivo no dan tiempo a la realización de estudios que aclaren su causa, ni lo justifican.
2. Astenia transitoria: menos de un mes.
3. Astenia prolongada: más de un mes.
4. Crónica: más de 6 meses. No implica necesariamente la presencia del síndrome de fatiga crónica (SFC), ya que distintas afecciones médicas o psiquiátricas pueden explicar hasta el 66% o más de los casos de fatiga crónica. La enfermedad psiquiátrica está presente en un 60% a 80%, pudiendo ser o no ser la causa de la fatiga crónica (¿la depresión es la causa o la consecuencia?). Las principales entidades psiquiátricas presentes son, en orden decreciente de frecuencia, la depresión mayor, el trastorno de pánico y el trastorno de somatización.

No hay que despreciar el cansancio o astenia que motiva la consulta. Es prioritario que el paciente se sienta escuchado y no rechazado, ya sea por el poco tiempo dedicado a la consulta o por la mala predisposición que genera una consulta que será larga, tediosa y de difícil resolución. Son enfermos que han pasado por muchas consultas y, a menudo, vienen con una larga lista de estudios. El examen físico completo ayuda a establecer la relación médico-paciente, asegurando al individuo que su reclamo es una preocupación que vale la pena investigar. En un estudio prospectivo de 100 adultos con fatiga de al menos un mes de duración, los exámenes de laboratorio dilucidaron la causa en sólo el 5% de los casos. Estas pruebas no deben ser rutinarias sino dirigidas a lo que se encuentre en el interrogatorio y el examen físico.

Hay una percepción general que los pacientes que se quejan de fatiga crónica son reacios a aceptar una explicación psicológica para sus síntomas. Sin embargo, en un estudio con gran cantidad de participantes efectuado en Gran Bretaña, el 50% atribuyó su fatiga a causa principalmente psicológica y hasta un 66% reconoció una contribución psicosocial para explicar sus síntomas.

ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 3 de 16

En relación con su frecuencia, la astenia representa una verdadera epidemia de la época actual. En encuestas poblacionales estadounidenses y británicas, la prevalencia se encuentra entre 6% a 7.5%. Hasta un 10% a 30% de los pacientes que consultan en forma ambulatoria se quejan de fatiga significativa; la fatiga crónica se describe en 1% a 10% de todos los casos y el SFC, en 0.2% a 0.7% del total.

Una forma eficaz de enfocar el diagnóstico es efectuar una clasificación de los casos según presenten pérdida de peso o no la presenten. La astenia de tipo orgánico, con pérdida de peso, se encuadra en las categorías de inflamatoria o metabólica y se caracteriza por ser permanente, mejorar con el reposo (no todas) y acentuarse por la tarde. La categoría funcional, sin pérdida de peso, se distingue por ser intermitente o fluctuante, predomina durante la mañana y no se alivia con el reposo. La sistematización de las entidades que provocan astenia debe guiar la búsqueda de síntomas y signos y la indicación de estudios complementarios. Una etiología específica se encuentra con menor frecuencia cuando la fatiga es la principal preocupación y el paciente presenta pocos o ningún otro síntoma. No debe rotularse al enfermo como psiquiátrico por el solo hecho de que no se haya encontrado causa orgánica.

Causas Funcionales de Astenia
<i>Psiquiátricas</i>
Trastornos de ansiedad
Desordenes somatomorfos
Trastornos alimentarios
Depresión
<i>Psicosociales</i>
Sobreexigencia psicológica y social
Problemas familiares (duelo, separación, mudanza, jubilación).
<i>Alteraciones del sueño</i>
Narcolepsia
Interrupciones frecuentes
Cantidad o calidad del sueño alterada
Apnea del sueño / síndrome de las piernas inquietas
<i>Medicaciones/Tóxicos</i>
Psicofármacos
Betabloqueantes
Antihistamínicos
Hierbas
Abuso o abstinencia de alcohol/drogas
<i>Otras</i>
SFC, fatiga crónica simple
Fibromialgia
Postinfecciosa (virales u otros gérmenes)



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 4 de 16

Causas Orgánicas de Astenia
<i>Endocrino-metabólicas</i>
Hipo o hipertiroidismo
Insuficiencia o hiperfunción suprarrenal
Diabetes
Trastornos hidroelectrolíticos
<i>Enfermedades crónicas/inflamatorias</i>
Reumatológicas
Infecciosas
Autoinmunes
Cáncer y sus tratamientos
<i>Otras</i>
Obesidad/sedentarismo
Anemia. Ferropenia sin anemia (*)
Enfermedad de Parkinson / esclerosis múltiple
Insuficiencia cardíaca
Enfermedad inflamatoria intestinal
<i>Idiopáticas: alrededor del 20%</i>
(*) La ferropenia se asocia con astenia aun en los casos sin anemia. Por el contrario, los pacientes talasémicos con depósito de hierro normal o aumentado no se encuentran asténicos pese a la anemia.

La violencia doméstica también puede ser causa de fatiga crónica.

Al igual que en otras entidades crónicas, existen las llamadas “banderas rojas” que nos deben alertar sobre un proceso subyacente no diagnosticado:

- Pérdida de peso
- Adenopatías
- Hepatoesplenomegalia
- Hiperpigmentación
- Fiebre
- Debilidad
- Disnea
- Eritrosedimentación elevada

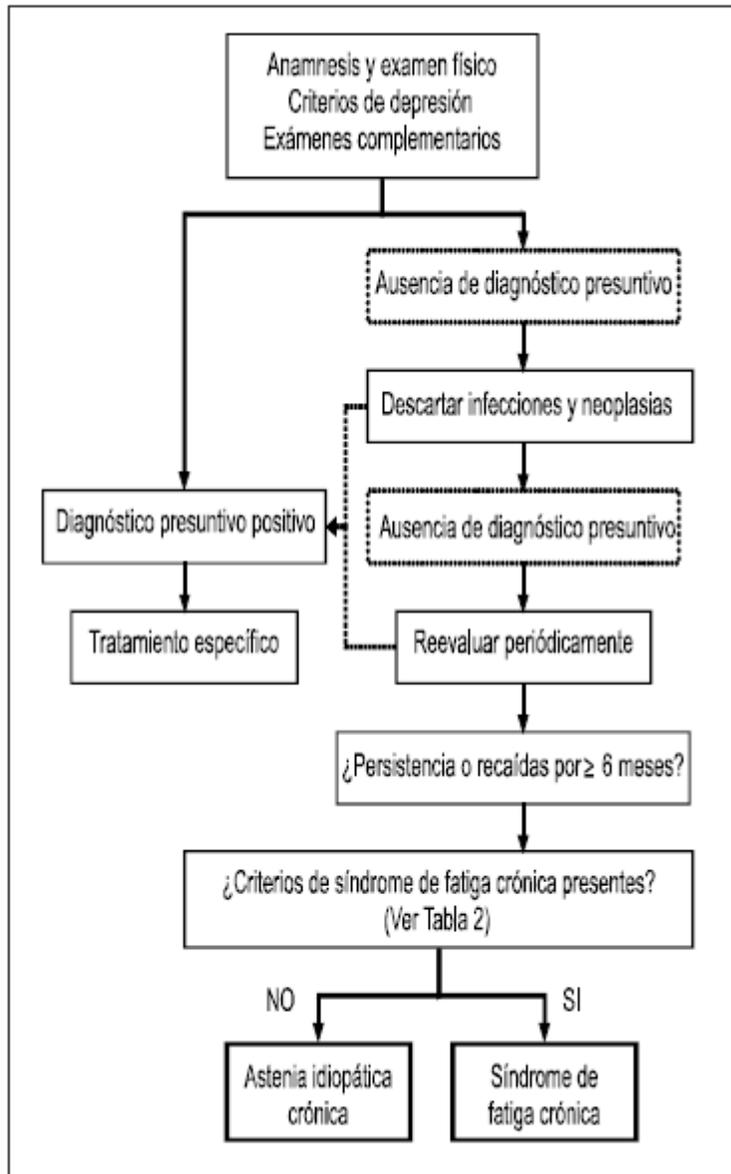
ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 5 de 16

Diagnóstico

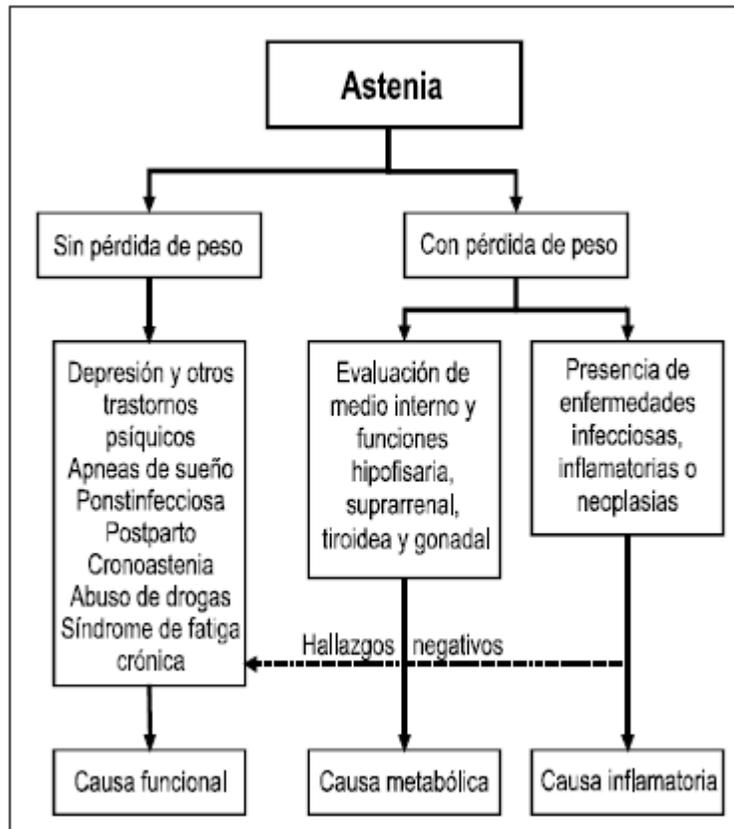


ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 6 de 16



SFC

Se caracteriza por fatiga física y mental intensa, debilitante y grave, que persiste 6 meses o más, con carácter oscilante y sin causa específica evidente. No disminuye con el reposo, empeora con el ejercicio y se asocia con manifestaciones sistémicas generales físicas y neuropsicológicas. La relación mujeres-hombres es de 3/1, con rango etario predominante entre los 25 y 45 años; es importante diferenciar la fatiga crónica idiopática (prevalencia de 1775 a 6321 casos cada 100 mil personas) del SFC (75 a 267 casos por 100 mil habitantes).

El diagnóstico de SFC es de exclusión y deben tomarse en cuenta los criterios del consenso internacional de los CDC de 1994. Estos criterios, intencionalmente restrictivos, fueron diseñados principalmente para identificar una población más homogénea con el propósito de estudios de investigación. Por lo tanto, muchos pacientes que no cumplen

ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 7 de 16

los criterios formales de hecho pueden tener la misma condición y pronóstico que aquellos que sí los cumplen.

Las recomendaciones internacionales se fundamentan en el cumplimiento de 2 criterios mayores, así como en la concurrencia de 4 ó más criterios menores basados en sintomatología, predominantemente reumatológica y neuropsicológica. La fatiga crónica idiopática persiste más de 6 meses pero no cumple los criterios del SFC.

Criterios del SFC

1. Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes, no mejora con el descanso y origina una reducción notable de la previa actividad habitual del paciente.
2. Exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica.

De forma concurrente, deben estar presentes 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:

1. Alteración de la concentración o de la memoria reciente (90%).
2. Odinofagia (85%).
3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas (80%).
4. Mialgias (80%).
5. Poliartalgias sin signos de flogosis (75%).
6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual (90%).
7. Sueño no reparador.
8. Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 h.

Otros síntomas son: febrícula (70%), alteraciones del estado de ánimo (65%), insomnio (65%), síndrome sicca (60%) y, menos frecuentemente, dolor abdominal, dolor de pecho, palpitaciones, exantemas, inestabilidad motora y parestesias.

- **Factores predisponentes:** genéticos, sexo femenino, personalidad tipo A, ausencia de ejercicio físico, hiperlaxitud ligamentaria.
- **Factores desencadenantes:** infecciones, tóxicos, factores ambientales, estrés físico intenso y estrés psicológico intenso.

A pesar de haberse vinculado a distintas infecciones con el SFC, no se ha corroborado y es poco probable que haya una patogenia viral directa. Es posible que las enfermedades virales actúen como desencadenantes en personas predispuestas, con alteraciones de la conducta o del estado de ánimo previos a la infección. Los pacientes con SFC presentan

ASTENIA

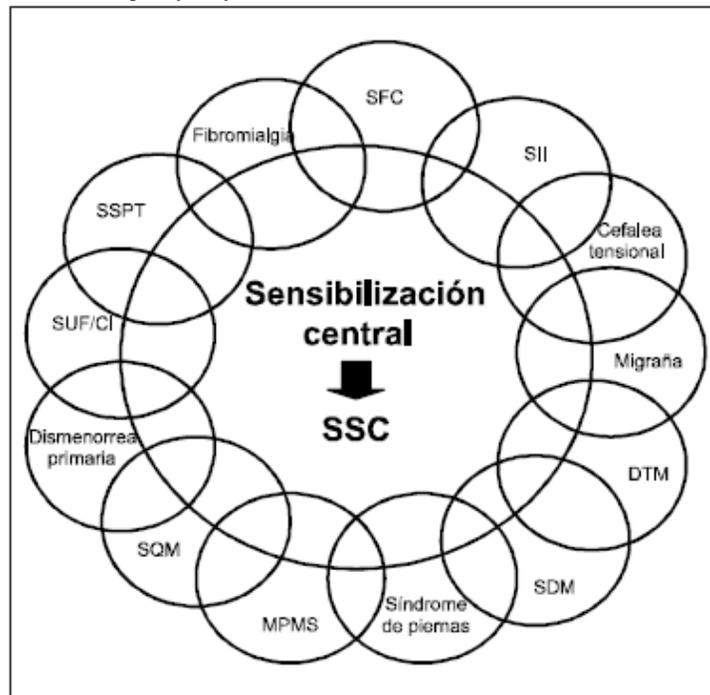
Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 8 de 16

alteraciones sugestivas de una disminución en la inmunidad celular. Se comprobó que algunos pacientes con SFC experimentan manifestaciones similares al síndrome de Sjögren, con alta prevalencia de sequedad de mucosas (52%) y alteraciones histológicas de las glándulas salivales (33%). En el 40% es posible hallar hiposecreción lagrimal demostrada por el test de Schirmer y autoanticuerpos (antinucleares, anti Ro, anti La), por lo que se cree ambas entidades comparten mecanismos fisiopatológicos. Se ha observado que, en pacientes con SFC, existe hipoactivación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, que lleva a disminución de la secreción hipotalámica de la hormona estimulante de la liberación de corticotrofina y reducción del cortisol urinario de 24 h, pese a una cortisolemia normal en ayunas. Se ha descrito incremento inapropiado de la producción de radicales libres en el SFC, similar a lo hallado en la artritis reumatoidea.

Yunus incluyó ya en 1981 al SFC dentro de lo que se ha dado en llamar “síndrome de sensibilidad central”, un paraguas común para un gran número de enfermedades que en el pasado se consideraban de causa psicológica. Lo que uniría a estas enfermedades es el tercer paradigma de sensibilidad central/flujo neuroendocrino, que desplaza al dualismo de enfermedad estructural y/o psiquiátrica.



SFC: síndrome de fatiga crónica; SII: síndrome de intestino irritable; DTM: disfunción témporo-mandibular; SDM: síndrome de dolor miofascial; MPMS: movimientos periódicos de los miembros durante el sueño; SQM: sensibilidad química múltiple; SUF/CI: síndrome uretral femenino/cistitis intersticial; SSPT: síndrome de estrés postraumático.



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 9 de 16

En un caso típico, el SFC surge de forma aguda e incluso súbita, en general en una persona previamente activa. A menudo, el comienzo acontece durante la convalecencia de un cuadro de curso agudo, como una mononucleosis infecciosa o un estrés agudo poco destacable. En el inicio suelen predominar la fiebre, odinofagia, tos, mialgias y fatiga; menos común es la clínica digestiva, como la diarrea. Este proceso deja como secuela un agotamiento insoportable. El síntoma cardinal es la fatiga no asociada con actividad excesiva, que no mejora con el reposo, empeora con el estrés y rápidamente configura una discapacidad física y mental persistente. Posteriormente al cuadro descrito se instauran los síntomas crónicos, entre los cuales es posible mencionar fatiga, febrícula, artralgias migratorias, mialgias generalizadas, faringitis u odinofagia, cefalea, adenopatías cervicales o axilares dolorosas y, con menor frecuencia, náuseas, diarrea, dolor abdominal, anorexia, tos, dolor torácico, palpitaciones, vértigo, lipotimia, síncope, visión borrosa, parestesias, sudor nocturno, aumento o pérdida de peso y exantema cutáneo. Los síntomas persisten durante semanas o meses y el predominio de unos u otros varía en cada enfermo. La fatiga suele acompañarse de trastornos neurocognitivos y alteraciones del sueño. Se puede presentar dificultad para la concentración, insomnio o hipersomnía y depresión.

Si bien la fibromialgia es uno de los diagnósticos diferenciales del SFC, ambos procesos pueden ser sincrónicos en un 20% a 70% de los pacientes, hasta tal punto que algunos autores consideran que pueden ser diversas expresiones de una misma enfermedad

En la gran mayoría de los casos de fatiga aguda, ésta desaparece precozmente. En cambio, la evolución en el SFC es irregular: en la mitad de los pacientes el cuadro retrocede al cabo de algunos meses de tratamiento y en el resto se observa una evolución por recaídas o, menos frecuentemente, un cuadro estacionario. La sintomatología del SFC tiene carácter fluctuante, empeora con el estrés físico o psíquico, interfiere o hasta bloquea las actividades previas (familiares, laborales, sociales) e incluso algunos casos precisan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Este deterioro induce desasosiego, ansiedad y/o depresión. La clínica muchas veces recurre en forma regular e incluso, a veces, con ritmo estacional. Cada brote puede ser distinto del anterior y es raro que los períodos intercrisis sean completamente asintomáticos.

Las enfermedades que excluyen el diagnóstico de SFC son trastornos psiquiátricos como depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), trastorno bipolar, abuso de alcohol u otras sustancias; así como la obesidad mórbida y condiciones médicas activas no tratadas o cuya curación no haya sido efectiva.



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 10 de 16

Tratamiento

El tratamiento del SFC es, en general, frustrante y debe enfocarse de la misma manera que la fatiga crónica idiopática. El pronóstico de ambas afecciones no suele ser favorable para el pleno retorno a la condición premórbida. En una revisión de estudios de pacientes con SFC, la media de la tasa de recuperación fue de 5% (rango: 0% a 31%) y el promedio de la tasa de mejoría fue de 39.5% (rango: 8% a 63%), siendo de mejor pronóstico en aquellos que no cumplían los criterios del SFC. Los factores de riesgo de mal pronóstico incluyen edad avanzada, cronicidad del proceso, presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes y una firme convicción de que las causas físicas son responsables de la fatiga.

De acuerdo con una revisión sistemática de tres ensayos de alta calidad, hay evidencia a favor de utilizar el ejercicio físico graduado, fundamentalmente aeróbico, con la terapia cognitivo conductual (TCC), unido a **una correcta relación médico-paciente, siendo esto último de gran importancia para el éxito del tratamiento**. En un estudio con pacientes ambulatorios, un 25% de los que cumplían criterios de SFC y un 60% de los que no los cumplían respondieron al tratamiento con TCC o con ejercicio físico graduado, siendo más propensos a completar la participación en la TCC.

Se ha insistido en el tratamiento empírico con hierro durante dos a tres meses, aun en pacientes sin anemia, dado que existe una proporción de los pacientes con astenia que presenta ferropenia sin anemia, y estos presentan una mejoría notoria con la ferroterapia. La indicación, de todos modos, no cuenta con el aval de las agencias de regulación internacionales o de ANMAT.

Los antidepresivos se deben usar en pacientes con características de depresión, independientemente de si han cumplido criterios estrictos para la misma. Igualmente, se propone un ensayo terapéutico con antidepresivos en aquellos que tienen fatiga sin explicación. Así como se debe advertir que la respuesta a los antidepresivos no es inmediata, pudiendo tardar varias semanas, también se deben suspender si no hay respuesta en unas 8 semanas, sin olvidar que los antidepresivos pueden ser causa de fatiga.

El modafinilo podría ser efectivo en el tratamiento de la somnolencia diurna. Sin embargo debe seleccionarse a los pacientes y debe controlarse la frecuente aparición de efectos secundarios. Su eficacia en dosis de 10 mg cada 12 h sólo parece advertirse en el 17% de pacientes.

ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 11 de 16

Puede indicarse tratamiento sintomático para la fiebre o el dolor con analgésicos o antiinflamatorios no esteroides.

Astenia Laboral

Causas de Fatiga Laboral.

1. Relaciones (motivación, falta de reconocimiento, personalidad del trabajador).
2. Ritmo (velocidad, repetición).
3. Cantidad de trabajo (saturación, imposición).
4. Problemas personales.
5. Entorno físico (ruido, iluminación, agentes químicos, temperaturas).
6. Horario (turnos de trabajo).
7. Otros (posturas de trabajo, hábitos alimenticios, nivel intelectual).

Tipos de Fatiga Laboral

1. Fatiga de trabajo manual: aparece en aquellos trabajos donde predominan los esfuerzos físicos y que se caracterizan por procesos mecánicos, automáticos, repetitivos, rutinarios, donde hay reducción de la autonomía del trabajador y empobrecimiento de las, tareas que origina una infraestimulación sensorial y cognitiva
2. Fatiga de trabajo dominante sensorial: ocurre en aquellos trabajos caracterizados por repetitividad, inmovilidad corporal y empobrecimiento de tareas, pero de menor carga física (por ejemplo, actividades de inspección), aunque originan una infraestimulación muscular y cognitiva.
3. Fatiga de trabajo predominantemente cognitivos o mentales: ocurre en tareas donde existe complejidad situacional, aceleración de toma de decisiones, competitividad y movilidad física escasa, lo que provoca una sobrestimulación sensorial mental o sensorial con infraestimulación física.

La fatiga afecta negativamente funciones tales como:

- Vigilancia.
- Alerta.
- Coordinación motora.
- Procesamiento de la información.
- Toma de decisiones.

Estas son cualidades que, por ejemplo, para la mayoría de las especialidades médicas, resultan esenciales.

ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 12 de 16

Entre los principales síntomas se encuentran:

1. Extenuación.
2. Dificultad para la concentración.
3. Pasividad.
4. Indiferencia.
5. Falta de interés.
6. Decaimiento.
7. Somnolencia.

Efectos sobre el Desempeño Laboral
Reducción de la vigilancia o estado de alerta
Disminución de la atención sostenida
Reducción del tiempo de reacción físico y mental
Incremento del número de errores
Aumento de respuestas falsas
Incremento en errores de memoria
Reducción de la motivación
Disminución de la capacidad para enfocarse en la tarea
Reducción de discriminación visual y auditiva

Consecuencias
Mayor ausentismo en trabajadores fatigados
Mayor probabilidad de accidentes laborales en personas fatigadas (perturbación, trabajos extraordinarios, aceptación del riesgo)
Incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares
Disminución del estado de alerta aun durante turnos diurnos
La fatiga industrial no controlada podría inducir una SFC de difícil manejo y con frecuentes recaídas

En relación con los efectos del cansancio en los médicos, hay mucha evidencia de que la fatiga excesiva conduce al deterioro del razonamiento y de las habilidades motoras, pero se dispone de escasa información científica acerca de las repercusiones sobre los pacientes en el ámbito hospitalario. De hecho, se ha citado en un estudio de 2003 sobre la eficacia de los paracaídas: al igual que muchas de las intervenciones destinadas a prevenir la mala salud, la efectividad de los paracaídas no se ha sometido a una rigurosa evaluación mediante ensayos controlados aleatorios. En consecuencia, los riesgos y las consecuencias del trabajo médico en condiciones de fatiga física y mental son un problema silenciado.



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 13 de 16

En un estudio de 2007 con 1412 médicos en formación en Nueva Zelanda, el 30% de los encuestados tenía una puntuación de somnolencia de Epworth mayor de 10 (demasiado sueño) y el 42% recordaba un error clínico relacionado con la fatiga en los últimos 6 meses. Un informe del *General Medical Council* (2012) sobre el impacto de la *European Working Time Directive* concluyó que, pese al efecto positivo de la directiva, los profesionales en formación siguen trabajando con patrones agotadores y potencialmente peligrosos.

La fatiga es un problema en la práctica de la medicina que requiere cambios individuales y organizacionales. No obstante, los estudios existentes sobre el impacto de la reducción de las horas de trabajo en los errores médicos varían en sus resultados y en su calidad metodológica. La investigación sobre la fatiga y su enfoque es un área donde la medicina va a la zaga de la industria de la aviación; si la idea de un piloto cansado al mando de su avión es aterradora, también debería serlo el pensamiento de un médico cansado en un hospital o consultorio. Sully Sullenberger, quien abandonó su avión en el río Hudson en enero de 2009 después de que fallaron sus dos motores, señaló que muchas de las lecciones aprendidas por la industria de la aviación se habían pagado con sangre. Ignorando el problema histórico de la fatiga entre los médicos, probablemente se pagará un precio similar.

Astenia Tumoral

Aunque no se asocia con riesgo de mortalidad, existen pocos medios para aliviarla. La astenia tumoral no necesita esfuerzo previo y no se alivia con el reposo. Cada vez se reconoce más como un problema en pacientes con cáncer, incluso por encima del dolor. Su prevalencia en enfermos neoplásicos sin tratamiento específico es de hasta el 35%, alcanzando el 99% durante o después de la quimioterapia o radioterapia. Puede persistir por meses o años luego de completado el tratamiento aun exitoso.

Se caracteriza por su mayor incidencia en ancianos y mujeres. Afecta a todas las esferas de la persona (física, cognitiva, psicoafectiva, social), menoscabando la calidad de vida de modo considerable. Parece tener relación con el tipo tumoral y, sobre todo, con el estado clínico, siendo más frecuente en linfomas, leucemias y cánceres de pulmón, páncreas, gástrico y ovario.

Se la considera un síntoma tan natural y tan refractario a los tratamientos que no se le presta importancia, siendo infradiagnosticado y, como consecuencia, infratratado.



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 14 de 16

La patogenia de la astenia asociada con el cáncer parece ser mediada por sustancias formadas por los tejidos del huésped en respuesta a estímulos provenientes del tumor (interleuquinas; interferones alfa, beta y gamma; factor de necrosis tumoral; linfoquinas; factores de crecimiento y diferenciación de células hemopoyéticas; péptidos producidos por los linfocitos, macrófagos, monocitos y varios parénquimas).

El principal inconveniente que surge al estudiar este síntoma es su gran subjetividad, que resulta difícil de describir para el paciente y difícil de evaluar para el médico. Además, la etiología multifactorial añade complejidad al estudio y tratamiento. Por lo tanto, se han establecido criterios para su diagnóstico y epidemiología.

Criterios Diagnósticos de Astenia Tumoral (Clasificación Internacional de Enfermedades [ICD-10]):

Requisitos

1. Los síntomas repercuten de manera clínica significativa y socialmente sobre el paciente.
2. Evidencia por anamnesis, exploración o pruebas complementarias de que los síntomas son consecuencia del cáncer o de su tratamiento.
3. Los síntomas no se deben a comorbilidad psiquiátrica.
4. Debe cumplir, al menos, el criterio mayor y cinco menores, todos o casi todos los días durante al menos dos semanas en el último mes.

Criterio mayor:

- Cansancio significativo, disminución de la energía o aumento de la necesidad de descansar y cualquier cambio reciente desproporcionado en el nivel de actividad.

Criterios menores:

1. Queja de debilidad o pesadez de miembros.
2. Malestar tras el esfuerzo que dura varias horas.
3. Dificultad para completar las tareas diarias habituales.
4. Percepción de la necesidad de luchar para superar la inactividad.
5. Experiencia de sueño no reparador.
6. Disminución de la atención o concentración.
7. Reducción de la motivación o interés por las actividades cotidianas.
8. Insomnio o hipersomnia.
9. Reactividad emocional marcada (tristeza, frustración o irritabilidad) a la sensación de fatiga.
10. Percepción de problemas con la memoria a corto plazo.

ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 15 de 16

Tratamiento de la Astenia Tumoral

1. Tratamiento etiológico del cáncer
2. Tratamiento farmacológico (bajo nivel de evidencia en todos los casos)
 - Corticoides: prednisona 20 a 40 mg/día o dosis equivalente. Se usa principalmente en fases terminales, dados los efectos secundarios importantes utilizados a largo plazo.
 - Acetato de megestrol
 - Testosterona
 - Talidomida
 - Psicoestimulantes: hay interés creciente en su uso para el tratamiento de la astenia tanto en pacientes con enfermedad avanzada como en aquellos que reciben tratamientos oncológicos (quimioterapia y radioterapia). Los últimos estudios apuntan a que el perfil de pacientes más beneficiados sería el de aquellos con estadios más avanzados de cáncer y astenia intensa, particularmente los que responden positivamente el primer día de tratamiento. Las eventuales alternativas incluyen metilfenidato, pemolina y modafinilo. Ninguno de ellos cuenta con aprobación de ANMAT con esta indicación.
3. Actividad física: de acuerdo con los resultados de una revisión que incluyó 15 estudios, el ejercicio físico, sobre todo el aeróbico, mejora la astenia. Sin embargo, fueron pocos los protocolos realizados en pacientes con cáncer avanzado. El ejercicio requiere una cuidadosa selección de los pacientes y disponer de la infraestructura adecuada.
4. Tratamiento de las comorbilidades:
 - La depresión afecta al 15% a 25% de los pacientes con cáncer y su tratamiento puede mejorar considerablemente la astenia.
 - El dolor es una de las causas de insomnio, el cual agrava la astenia.
 - Son muchos los estudios que han demostrado el impacto que tiene la anemia en el nivel de astenia. La eritropoyetina y las transfusiones son herramientas importantes en su tratamiento.



ASTENIA

Dr. M. Annetta

Revisión: 0 – Año 2014

Página 16 de 16

Bibliografía

1. Young P, Finn BC, Bruetman J, Pellegrini D, Kremer A. Enfoque del síndrome de astenia crónica. Medicina (B Aires). 2010;70(3):284-92.
2. Fosnotch KM, Ende J. Approach to the adult patient with fatigue. Last Updated: January 8, 2008
3. González Baron M, Ordóñez Gallego A. Astenia tumoral. Editorial Médica Panamericana. 2004. XII-235 pag.
4. Sokol DK. Waking up to the effects of fatigue in doctors. BMJ. 2013;347:f4906.
5. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med. 1994;121(12):953-9.
6. Yunus MB. Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007;21(3):481-97.
7. Blockmans D, Persoons P, Van Houdenhove B, Bobbaers H. Does methylphenidate reduce the symptoms of chronic fatigue syndrome? Am J Med. 2006;119(2):167.e23-30.
8. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. Oncologist 1999; 4: 1-10