

Características epidemiológicas de los pacientes con síndrome de fatiga crónica evaluados en Unidad de Valoración de Incapacidades de Madrid

Regal Ramos RJ

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una enfermedad de etiología desconocida, definida desde 1998 por criterios clínicos consensuados¹. Este síndrome ha ido adquiriendo relevancia tanto médica como social por el aumento de casos, su cronicidad, el desconocimiento de las causas que lo originan, la falta de un tratamiento curativo y la incapacidad provocada en los pacientes para desarrollar con normalidad las tareas de la vida cotidiana.

No disponemos de estudios epidemiológicos en España. Las prevalencias estimadas en Estados Unidos y en el Reino Unido son muy variables: 0,006-2,5% en la población general y 0,5-2,5% en pacientes vistos en atención primaria².

Afecta sobre todo a personas adultas jóvenes de 20 a 40 años y se observa 2-3 veces más entre mujeres que entre varones³. No existen pruebas de que afecte más a algún grupo socioeconómico².

OBJETIVO

Describir el perfil socio-demográfico de los pacientes con SFC demandantes de Incapacidad Permanente.

METODOLOGÍA

Se recogieron todos los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de Madrid en el período comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2009 con el diagnóstico de SFC y una duración de la Incapacidad Temporal mayor de 1 año. Se obtuvieron 156 casos, de los que se excluyeron los 10 casos que asociaban el diagnóstico de "Esclerosis Múltiple"; la muestra final fue de 146 pacientes.

Se analizaron las variables sexo, edad, estado civil, patologías asociadas y profesión.

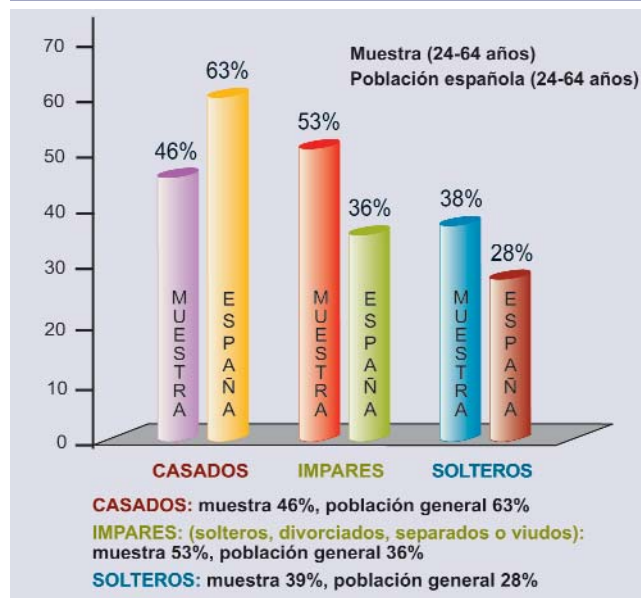
RESULTADOS

La mediana de edad fue de 46 años, con una media 44,5 años y una desviación estándar de 9. La trabajadora más joven tenía 20 años y la mayor 62 años. El 22% de los pacientes tenían entre 45 y 49 años de edad y el 57,3% más de 45 años. El 70% eran mujeres.

El 46% estaban casados, 39% solteros, 13% separados o divorciados y 1% viudos. El porcentaje de varones y mujeres no variaba significativamente dentro de cada grupo de estado civil. Existían variaciones significativas cuando se comparaba el estado civil de la muestra con el estado civil de la población general de la misma edad (datos del Instituto Nacional de Estadística del primer trimestre del 2010) (*Figura 1*).

El 91% de los pacientes tenía patologías asociadas; las más frecuentes eran la fibromialgia (55,1%), patología

Figura 1. COMPARACIÓN DE LOS ESTADOS CIVILES



psiquiátrica (53,7%) y espondiloartrosis (26,7%). Dentro de la patología psiquiátrica los diagnósticos más frecuentes eran síndrome ansioso-depresivo (30%), trastornos depresivos (24%), trastornos adaptativos (17%) y distimias (10%).

Entre las actividades laborales las administrativas son las más frecuentes (30,8%), seguidas de las sanitarias (10,9%). Siguiendo criterios de la Guía de Valoración Profesional editada por el INSS en el año 2009, dividimos las profesiones en aquellas con predominio de esfuerzo físico y con predominio de esfuerzo mental. Las tareas en las que predomina el esfuerzo mental representan el 79,4% de la muestra mientras que las de predominio de esfuerzo físico representan el 20,6% restante.

COMENTARIO

El SFC se caracteriza por la presencia de una fatiga tanto física como neurocognitiva, inexplicable, pero que puede resultar incapacitante para los pacientes que la padecen. El presente estudio analiza de forma descriptiva y transversal un grupo consecutivo de 146 pacientes afectados de SFC evaluados en la Unidad del INSS de Madrid entre 2005 y 2009, con la característica común de haber permanecido más de 1 año en Incapacidad Temporal. Dado que en más de 90%⁴ de los pacientes con SFC se asocian otras patologías, no podemos valorar la evolución del SFC como enfermedad aislada. Hemos descartado las patologías que por sí mismas implican una improbable recuperación, como la esclerosis múltiple. No se han excluido los cuadros psiquiátricos por la especial relación que mantiene el SFC con estas patologías. Pese al sesgo que puede suponer la asociación a otras patologías, podemos atrevernos a decir que nuestra muestra es representativa de los casos de SFC que suponen mayor incapacidad, dado que todos ellos han agotado el año de Incapacidad Temporal.

La comorbilidad asociada (92%)⁴ y el porcentaje de mujeres (70%)^{3, 5, 6} son similares a los reflejados en la literatura médica^{3, 6}, pero la edad de nuestros pacientes (mediana: 46 años) y el porcentaje de patología psiquiátrica (53%) son mayores respecto de los reflejados en otros artículos^{3, 6, 10}.

Por otro lado, aunque se establece que el 70% de pacientes con SFC cumplen criterios de fibromialgia¹⁰,

no conocemos la proporción de pacientes con SFC que tienen ambos diagnósticos; en nuestra muestra en 55% de los pacientes con SFC se asociaba el diagnóstico de fibromialgia.

Otro hecho destacable es la asociación con determinadas ocupaciones. Algunos grupos ocupacionales (trabajadores de salud, los trabajadores por turnos y de compañías aéreas) tradicionalmente se han relacionado con una mayor incidencia de SFC¹¹, pero no existen pruebas de esta relación¹² ni de que afecte más a algún grupo socioeconómico². Se ha encontrado una mayor incidencia de SFC con el patrón de conducta tipo A, caracterizado por la competitividad, la impaciencia, la inquietud y la sensación de extrema responsabilidad¹³. En nuestra muestra las ocupaciones más frecuentes son las administrativas y las sanitarias, aunque lo más llamativo es que, tras dividir la muestra en trabajadores con ocupaciones en las que la mayor parte del esfuerzo es mental o físico, casi el 80% responden al primer grupo. Una posible explicación es que más que la fatiga (que es limitante en los 2 grupos) el deterioro cognitivo es lo que más invalida a estos pacientes.

Por último, en la literatura revisada no hemos encontrado datos que relacionen el SFC con el estado civil. Pues bien, la proporción de casados en la muestra era llamativamente menor que en la población general de la misma edad y ámbito (podemos equiparar el estado civil de la población de Madrid con el de la población española), y la proporción de "impares" (solteros, separados, divorciados y viudos) significativamente mayor. Por otro lado, la proporción de hombres y mujeres no variaba dentro de los distintos grupos de estado civil de nuestra muestra.

CONCLUSIÓN

Existen factores epidemiológicos que pueden relacionarse con un peor pronóstico; algunos, como la asociación a patología psiquiátrica o la edad avanzada, ya han sido descritos en estudios previos⁶, mientras que otros, como el sexo femenino, las ocupaciones en que predomina el esfuerzo mental sobre el físico y ser "impar" (soltero, divorciado, separado o viudo), requieren de otros estudios para que sean definidos como factores predictores de mala evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff AL. The chronic fatigue syndrome: a working definition. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
2. Royal Australasian College of Physicians Working Group: Chronic fatigue syndrome. Clinical Practice Guidelines. *MJA* 2002;176:s17-s15.
3. Engleberg N. Síndrome de fatiga crónica. En: Mandell, Douglas y Bennett, (eds). *Enfermedades Infecciosas*. Buenos Aires: Panamericana 2002;1871-7.
4. Fernández-Solà J. Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica. *Patología del Aparato Locomotor* 2006;4:29-38.
5. Ranjith, G. Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine* 2005;55:13-9.
6. Occupational aspects of the management of chronic fatigue syndrome: a national guideline. NHS Plus. London 2006.
7. Farmer A, Jones I, Hillier J, Llewelyn M, Borysiewicz L, Smith A. Neurasthenia revisited: ICD-10 and DSM-III-R psychiatric symptoms in chronic fatigue patients and comparison subjects. *Br J Psychiatry* 1995;167:503-6.
8. Lee S, Yu H, Wing Y, et al. Psychiatric morbidity and illness experience of primary care patients with chronic fatigue in Hong Kong. *Am Psychiatry* 2000;157:380-4.
9. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *Am J Psychiatry* 1996;153:1050-9.
10. Ciccone DS, Natelson BH. Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: a test of the single syndrome hypothesis. *Psychosom Med* 2003;65:268-75.
11. Jason LA, Wagner L, Rosenthal S, Goodlatte J, Lipkin D, Papernik M, et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med* 1998;105:91S-93S.
12. Lawrie SM, Pelosi AJ. Chronic fatigue syndrome in the community. Prevalence and associations. *Br J Psychiatry* 1995;166:793-7.
13. Godás Sieso T, et al. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *Med Clin (Barc)* 2009;133:539-41.