

## PARTE II:

# Fatiga y Pérdida de Vigor

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

16



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## OBJETIVOS

1. Reconocer el síndrome clínico de fatiga y pérdida de vigor como una entidad con causalidad múltiple.
2. Aplicar un abordaje sistemático para el reconocimiento de la(s) causa(s).
3. Reconocer las líneas generales del abordaje terapéutico inespecífico.

## 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

**Fatiga, pérdida de vigor y energía**, son comunes en el adulto mayor que busca atención primaria. La imagen preconcebida del envejecimiento que suelen tener las personas de edad y los propios médicos, hacen que muchas veces estos síntomas sean erróneamente atribuidos al sólo envejecimiento, privando al paciente de la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Estos síntomas pueden reflejar, tanto **condiciones orgánicas** para las cuales los adultos mayores son más susceptibles (ej: anemia e insuficiencia cardíaca o trastornos psicológicos), como la **depresión**.

### 1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se queja de la propia **fatiga**, de **deterioro o incapacidad funcional inexplicable**, de **desánimo** o el acompañante lo señala.

## 2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

### 2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Pueden ser distintas dependiendo de que su evolución sea aguda o crónica.

#### CASOS AGUDOS:

- **Causas habituales** de fatiga en la población adulta, como es el caso de las *infecciones virales y bacterianas*.
- **Presentación atípica u oligosintomática** de afecciones como: *infarto agudo del miocardio* (en el cual suele no haber dolor) o *insuficiencia cardíaca*, donde el bajo nivel de esfuerzo habitual evita la aparición de la disnea. Esta misma situación puede darse en casos de *neumonía* cuando los pacientes aquejan deterioro funcional, fatiga y pérdida de vigor, asociada a un aumento de la frecuencia respiratoria.

#### CASOS CRÓNICOS:

- Estos síntomas suelen indicar una **dolencia no diagnosticada que sigue evolucionando**: anemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo, cáncer o inclusive **efectos nocivos de medicamentos** (antihipertensivos de acción central, beta bloqueadores).
- **Tuberculosis y endocarditis infecciosa**, deben ser consideradas como causa posible en presencia de hipertermia y ataque al estado general.
- A pesar de esas posibles causas orgánicas y estos síntomas con evolución de semanas o meses, la **depresión** es responsable por lo menos del 50% de los

casos de evolución crónica. *La depresión como causa de fatiga debe ser considerada entre las causas más frecuentes y no como un diagnóstico de exclusión.*

## **2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

### **¿ES AGUDO O ES CRÓNICO?**

#### **EN LOS CASOS AGUDOS:**

- **¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA EL PACIENTE?**

Los *psicofármacos* y los *anticolinérgicos* pueden condicionar adinamia. Los *diuréticos* pueden provocar hiponatremia o deshidratación; los *hipoglucemiantes*, hipoglucemia; y los *digitálicos*, intoxicación que puede descompensar rápidamente a un adulto mayor y frágil.

- **¿CONSUME ALCOHOL EL PACIENTE?**

Tanto la intoxicación como la supresión pueden conducir a este síndrome.

- **¿HA SUFRIDO CAÍDAS RECIENTEMENTE?**

Una simple caída puede desencadenar el *temor de caminar* y si ocurrió traumatismo, cabe descartar una *fractura de cadera impactada* y un *hematoma subdural* si hubo trauma craneoencefálico.

- **¿CÓMO ESTÁN SUS SIGNOS VITALES?**

**TEMPERATURA:** la hipo o hipertermia orienta hacia causas infecciosas, pero su ausencia no las descarta. Debe supervisarse durante al menos algunos días.

**FRECUENCIA CARDÍACA:** debe observarse en busca de una arritmia.

**FRECUENCIA RESPIRATORIA:** la existencia de polipnea en ausencia de angustia debe hacernos considerar insuficiencia cardíaca, neumonía o embolia pulmonar.

**TENSIÓN ARTERIAL:** la comparación con cifras previas es útil para detectar deshidratación, hemorragia, insuficiencia cardíaca o infarto. En la medida de lo posible conviene verificarla en decúbito y de pie, buscando hipotensión ortostática.

**DIURESIS:** si el paciente no ha orinado puede tratarse de una retención aguda, sin que necesariamente se manifieste urgencia de miccionar, o de anuria que puede estar ligada a una insuficiencia renal funcional por deshidratación o insuficiencia renal aguda de causa orgánica.

- **¿QUÉ PONE EN EVIDENCIA EL EXAMEN CLÍNICO?**

**CABEZA Y CUELLO:** asegurarse de que el sujeto escucha bien, buscar palidez o ictericia, evaluar el estado de hidratación oral y cutáneo. Búsqueda de signos de

focalización de pares craneales como paresia facial o asimetría del reflejo de “amenaza” (: cierre rápido de los ojos ante “peligro”) que denote hemianopsia.

**TÓRAX:** al examen pulmonar buscar, indicios de condensación, al examen cardíaco descartar arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva.

**ABDOMEN:** buscar indicios de masa interna, dolor localizado u orificios herniarios ocupados. Palpar el vientre bajo en busca de globo vesical.

**PELVIS:** el tacto rectal es indispensable para descartar un fecaloma que puede por si mismo explicar el deterioro. El examen de la próstata, la vagina y el recto son necesarios para descartar tumoraciones.

**EXTREMIDADES:** búsqueda de signos de focalización neurológica con asimetría de la motricidad o de los reflejos osteotendinosos y signos piramidales. Examen vascular buscando indicios de isquemia. Observación y palpación de las articulaciones buscando artritis.

• **EFFECTÚE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

Dos exámenes son particularmente indispensables: La **glucemia** para descartar hipo o hiperglucemia y el **electrocardiograma** para investigar trastornos del ritmo o de la conducción y descartar infarto agudo.

Otros exámenes que pueden ser necesarios aparecen a continuación en el Cuadro 16.1:

**CUADRO 16.1. EXÁMENES ÚTILES EN EL ESTUDIO DE LA FATIGA**

Evaluación Paraclínica Mínima	
• Biometría hemática	• Hormona estimulante del tiroides
• Electrolitos séricos	• Sedimentación globular
• Calcemia	• Examen general de orina y urocultivo
• Fosfatasa alcalina y aminotransferasas	• Electrocardiograma
	• Radiografía simple del tórax

A continuación, sobre la base de la información disponible, es necesario definir la conducta a seguir entre dos alternativas principales: Se envía a otro nivel de atención o se mantiene en domicilio, esta última opción especialmente:

- *Cuando la causa es evidente y el tratamiento simple:* por ejemplo en caso de efectos tóxicos de fármacos, infección urinaria o respiratoria, deshidratación leve, fecaloma, insuficiencia cardiaca moderada.

- *Cuando la etiología parece compleja, pero en ausencia de gravedad aparente, es posible monitorizar la evolución y ayudarse de exámenes paraclínicos (Cuadro 16.1). En ambos casos es necesaria la supervisión cercana a intervalos de 24-48 hrs.*

#### EN LOS CASOS CRÓNICOS:

- **¿HAY ALGUNA CAUSA EVIDENTE DE PRIMERA INTENCIÓN?**

Jamás atribuir el problema a “senilidad” o “la vejez”. Siempre es necesario buscar rigurosamente una causa somática o tóxica curable. En general la pobreza semiológica hace que el diagnóstico etiológico sea difícil y que se requiera un mayor apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete.

- **¿EXISTE ALGÚN FACTOR QUE CONSTITUYA UNA URGENCIA?**

Dentro de la cronicidad, hay que reconocer la noción de urgencia en el diagnóstico, pues el adulto mayor puede ver agravado su pronóstico vital en presencia de desnutrición, encamamiento prolongado y desinserción social, situaciones todas que deterioran rápidamente y conducen a fragilización.

En caso de duda de efectos tóxicos de medicamentos, establecer una “ventana terapéutica”, suspendiendo todos los fármacos que no sean indispensables para el soporte vital.

El proceso de diagnóstico sugerido a continuación supone que no hay indicios que permitan orientar la evaluación clínica de una manera específica (pérdida de peso, anemia, dolor, ictericia, entre otros).

#### EFFECTUAR UNA CUIDADOSA ANAMNESIS CON ESPECIAL ÉNFASIS EN:

- Consumo de *fármacos* prescritos y eventualmente automedicados. Es deseable llevar a cabo la inspección física de los fármacos para mayor seguridad, buscando potenciales interacciones responsables de la fatiga o efectos directos sobre funciones orgánicas (hepatotoxicidad, alteración de función tiroidea o renal).
- Reconocimiento de *eventos significativos en la vida del paciente* aún considerando la hipótesis de una enfermedad orgánica, ya que esta puede ser inducida o descompensada por *estrés* (úlceras pépticas, insuficiencia cardiaca, estados confusionales, etc.).
- Recuerde: *la fatiga de larga duración, que es peor por la mañana y mejora a lo largo del día, es sugestiva de depresión*. Los adultos mayores con este tipo de síntomas tienden también a quejarse de falta de concentración, problemas psicosociales, pérdida de parientes o amigos, inseguridad y pesimismo. Por el contrario, *la fatiga de corta duración, ausente por la mañana, que aumenta durante el día y que mejora con el reposo sugiere causas orgánicas*.

**EL EXAMEN CLÍNICO, QUE DEBE SER EXHAUSTIVO, NECESITA ADEMÁS ORIENTARSE PARA:**

- Descartar hipotensión ortostática, insuficiencia cardíaca o isquemia en miembros inferiores.
- Examen neurológico para descartar neuropatía periférica o signos de focalización central.
- Examen hepatoesplénico y de los ganglios.
- Búsqueda de tumoraciones accesibles a la palpación (incluso mamas, vagina, útero y recto).
- Examen pulmonar para descartar condensación o derrame.

Si hasta aquí la valoración clínica es en apariencia negativa, *antes de concluir no deje de buscar:*

- Arteritis temporal, indicios de polimialgia reumática.
- Bocio, hiper o hipotiroidismo.
- Afección extrapiramidal, donde más que el temblor predomina la rigidez y la acinesia (ausencia o disminución del movimiento).
- Signos de localización neurológica sutiles como pueden ser: apraxias, hemianopsias, reflejos atáxicos o patológicos (ej: palmomentoniano, de prensión) o alteraciones del comportamiento que sugieran afección frontal.

Además de los exámenes básicos arriba mencionados para el **caso agudo**, cuyos resultados pueden ser orientadores, conviene pensar en tres exámenes, cuyo interés en la práctica geriátrica es particular:

- Hormona estimulante del tiroides para no pasar por alto un hipotiroidismo poco sintomático.
- Búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes para descartar tuberculosis.
- Otros exámenes, como la endoscopia del tubo digestivo alto para investigar enfermedad ácido péptica y neoplasias, necesitan forzosamente la referencia del caso al siguiente nivel de atención.

### 3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

#### 3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

No siempre el tratamiento de estos casos necesita el empleo de medicamentos, es más frecuente que por el contrario, haya necesidad de suspender algunos que el paciente viene recibiendo y cuyos efectos secundarios puedan estar contribuyendo al deterioro.

El deterioro de origen orgánico necesita de un tratamiento específico en función de las causas identificadas:

- La presencia de **anemia** como causa de los síntomas, implica la necesidad de esclarecer su origen. Puede estar relacionada con enfermedades crónicas, pérdida de sangre por vía digestiva (hernia hiatal, angiodisplasias, cáncer de colon). El tratamiento debe estar relacionado con la causa. No es rara la ocurrencia de anemia megaloblástica, en general, por problemas de absorción de vitamina B<sub>12</sub> y/o ácido fólico. Debe recibir la suplementación de estas vitaminas.
- La **elevación de TSH** justifica el tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas.
- El diagnóstico de **depresión** como causa de fatiga, pérdida de vigor y energía, obliga a la prescripción de antidepresivos. Esta es una afección con elevada prevalencia y que con frecuencia es subestimada o ignorada en pacientes geriátricos. Su terapéutica suele dar buenos resultados y constituye una estrategia accesible para mejorar la calidad de vida de un gran número de adultos mayores.

#### 3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Ocasionalmente se presenta una recuperación espontánea, en particular en casos de reacción depresiva a un acontecimiento o luego de la suspensión de medicamentos que determinaban efectos secundarios nocivos.

Si la alteración persiste, un *examen ulterior repetido*, por ejemplo a intervalo semanal, permitirá identificar nuevos signos ominosos.

#### **ALGUNOS INDICADORES SON PARTICULARMENTE ÚTILES:**

- Vigilancia del peso, pues una baja obliga a acelerar el proceso de diagnóstico.
- Temperatura, buscando fiebre prolongada no identificada.
- Sedimentación globular para detectar un estado inflamatorio.
- Biometría hemática.



### **3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN**

Referencia al siguiente nivel para *admisión urgente en hospital general*: cuando hay una urgencia somática probable, cuando tenemos la impresión de gravedad, aún en ausencia de orientación etiológica y cuando el paciente no tiene familiares que puedan hacerse cargo de los cuidados a domicilio.

### **4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR**

- Numerosas patologías le pueden dar origen y por ello una evaluación clínica cuidadosa se impone.
- Suele ser multi-causal.
- Los pacientes afectados suelen ser policonsultantes.
- Investigue eventos vitales (o sea, eventos de la vida personal) recientes y significativos.

### **5.- LECTURAS SUGERIDAS**

Hildebrand JK, Joos SK, Lee MA. Use of the diagnosis "failure to thrive" in older Veterans. JAGS 1997; 45:1113-1117.

Jamison MS. Failure to thrive in older adults. JU. Gerontol Nurse 23(2):8-13, 1997.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 250-274.

Sarkisian CA, Lachs MS. Failure to thrive in older adults. Ann Int Med 1996; 124:1072-1078.

Verdery RB. Failure to thrive in older people. JAGS 1996; 44:465-466.

Verdery RB, ed. Failure to thrive in older people (symposium). Clin Geriatr Med 1997; 13(4):613-794.

Verdery RB. Failure to thrive in old age: followup on a workshop. J Gerontol Med Sci 1997; 52A (6): M333-336.