

¿QUÉ ES LA FATIGA?

La fatiga es un síntoma subjetivo de malestar, aversión a la actividad y disminución objetiva del rendimiento. Tiene aspectos físicos y mentales. El síntoma de fatiga es una sensación mal definida, por lo que es necesaria una investigación cuidadosa para aclarar las quejas de “fatiga”, “cansancio” o “agotamiento”. Es necesario distinguir la falta de energía de la pérdida de motivación o la somnolencia, que pueden ser indicadores de diagnósticos específicos.¹

Las causas más frecuentes en los centros de cuidados paliativos son el cáncer, los tratamientos oncológicos, los medicamentos, el dolor incontrolado, el descondicionamiento, la comorbilidad psiquiátrica, la hipoxemia, la anemia grave, las infecciones, el desequilibrio electrolítico, los problemas nutricionales y la privación de sueño.²

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El autoinforme del paciente es el método de referencia para evaluar el nivel de fatiga, por lo que debe utilizarse el autoinforme del paciente siempre que sea posible (subjetivo). Las percepciones del cuidador o del personal pueden diferir de las descritas por la persona que experimenta la fatiga.³

Puede utilizarse el Inventario Breve de Fatiga (BFI, por sus siglas en inglés) (http://www.npcrc.org/files/news/brief_fatigue_inventory.pdf). Para la fatiga relacionada con el cáncer, puede utilizarse la Escala de Fatiga de Piper (PFS, por sus siglas en inglés). Cuando el autoinforme del paciente no es factible, también puede ser útil una escala visual analógica (EVA).³ También, considere la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS, por sus siglas en inglés) y la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedad Crónica-Fatiga (FACIT-F, por sus siglas en inglés) como herramientas de evaluación alternativas.

La fatiga asociada a la enfermedad suele aparecer dentro de un grupo de síntomas debilitantes o efectos secundarios, como náuseas, vómitos y diarrea. Cuando los síntomas aparecen juntos, se denominan grupos de síntomas.³

- Los pacientes pueden describir la fatiga como:³
 - ▶ Sensación de debilidad generalizada o pesadez en las extremidades
 - ▶ Disminución de la concentración o la atención
 - ▶ Disminución de la motivación o del interés por participar en las actividades habituales
 - ▶ Insomnio o hipersomnia
 - ▶ Sueño no renovador o no reparador
 - ▶ Percepción de lucha para superar la inactividad
 - ▶ Reactividad emocional marcada a la sensación de fatiga (tristeza, frustración o irritabilidad)
 - ▶ Dificultad para realizar las tareas cotidianas
 - ▶ Problemas percibidos con la memoria a corto plazo
 - ▶ Malestar después de un esfuerzo, que dura varias horas

La fatiga puede afectar muchos aspectos de la calidad de vida del paciente. Y, como ocurre con muchos síntomas, no es estático. Debe prestarse especial atención al modo en que la fatiga afecta a la persona en su totalidad: física, psicosocial y emocionalmente: mente, espíritu y cuerpo.³

INTERVENCIONES

La identificación de las etiologías subyacentes y la revisión de los datos de laboratorio ayudarán a seleccionar el tratamiento adecuado.⁵ Muchas veces la causa es multifactorial y requiere múltiples intervenciones.

Existen dos niveles de intervención contra la fatiga:³

1. Gestión de los síntomas que contribuyen a la fatiga.
2. Prevención de la fatiga adicional o secundaria manteniendo un equilibrio entre el descanso reparador y la actividad reparadora.

Revisar los objetivos de los cuidados con el paciente y la familia, teniendo en cuenta el alcance de la enfermedad, otros síntomas, si el tratamiento paliativo está todavía en curso, la edad, el estado de desarrollo y emocional, y la ubicación física.³ En la enfermedad avanzada, cuando la optimización de los tratamientos para las etiologías subyacentes no es factible, debata el cambio de objetivos de los cuidados para reducir la carga de los síntomas y mejorar la capacidad de afrontamiento del paciente, según sea culturalmente apropiado.

Debatir los beneficios y las cargas de los tratamientos para reducir la frecuencia y la intensidad de la fatiga. Tener en cuenta los objetivos y deseos del paciente y su familia, así como su definición de calidad de vida, a la hora de evaluar las opciones de tratamiento.^{3,6}

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS ²⁻⁵	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS ²⁻⁵
<p>Déficits de conocimientos y necesidad de educación relacionada con la fatiga^{3,5}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar a pacientes y cuidadores para reducir la ansiedad, la fatiga y la angustia. <p>Mejorar las alteraciones del descanso y los patrones de sueño³.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y establecer una rutina de sueño con educación sobre la higiene del sueño. 	<p>Los tratamientos deben ajustarse a los objetivos asistenciales del paciente y su familia.</p> <p>Optimizar los medicamentos y tratamientos actuales, utilizando intervenciones que hayan funcionado para el paciente en el pasado. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroides • Psicoestimulantes • Antidepresivos

Mejorar los factores coexistentes de la fatiga^{3,4}

- Evaluar los **síntomas de anemia** y la posible necesidad de intervenciones farmacológicas.
- Evaluar y **controlar síntomas** como dolor, insomnio, depresión, náuseas, diarrea, estreñimiento, desequilibrio electrolítico, disnea, deshidratación e infección.
- **Mejorar la disminución de las reservas de energía** (Conservación de la energía)^{3,4,5}
- **Reducir** la carga de **fatiga** y planificar o programar las actividades
- Considerar la posibilidad de consultar a **un fisioterapeuta** o a un terapeuta ocupacional para que le informen sobre las intervenciones destinadas a maximizar el estado funcional y los consejos para prevenir o disminuir el dolor.
- Considerar el uso de la terapia de **distracción y restauración**.
- Proporcionar **asistencia** y servicios como atención médica a domicilio y cuidados paliativos para ayudar al paciente a mantener su independencia y sus capacidades funcionales el mayor tiempo posible.

Los corticosteroides y los psicoestimulantes

deben administrarse a primera hora de la mañana para evitar el insomnio.

- **Los psicoestimulantes de liberación inmediata**, como el metilfenidato de liberación inmediata, son los preferidos para el tratamiento de la fatiga y puede ser necesario volver a dosificarlos al cabo de 4-6 horas.
- Las **dosis bajas de psicoestimulantes** no suelen causar supresión del apetito.
- El **uso de psicoestimulantes** puede verse limitado por los antecedentes cardíacos del paciente.
- El inicio de acción de **los antidepresivos** es de un mínimo de 2 semanas y el efecto tarda hasta 4-6 semanas en el caso de la fatiga secundaria a la depresión.

DEBATES EN FAMILIA Y EN EQUIPO**Educación y apoyo a pacientes y familiares**^{3,4,5}

- Educar al paciente y a la familia sobre las etiologías subyacentes de la fatiga, las opciones de tratamiento, los medicamentos y los efectos previstos.
- Aclarar la intención de los tratamientos.
- Anticiparse a las necesidades del paciente y su familia e implicar al cuidador en el proceso terapéutico cuando sea apropiado.
- Establecer objetivos y expectativas realistas y proporcionar información tranquilizadora sobre estrategias de gestión continuada para disipar los temores.
- Educar sobre las estrategias no farmacológicas apropiadas y la seguridad.
- Proporcionar educación continua sobre los efectos secundarios de los medicamentos, ya que pueden contribuir a la fatiga o la sedación.
- Considerar la reducción o interrupción de la medicación si corresponde (suspensión de prescripción).
- Si la fatiga es inducida por opioides, puede resolverse cuando el paciente desarrolle tolerancia (48 a 72 horas).

Equipo interprofesional:

Los pacientes con fatiga se benefician de múltiples perspectivas para que las intervenciones aborden con éxito los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales de la atención. Considerar a los especialistas en trabajo social, psicología, asesoramiento y cuidados espirituales para el apoyo y las intervenciones paliativas y de cuidados de hospicio para abordar las preocupaciones relativas al apoyo del cuidador, el miedo, la ansiedad, la culpa, la depresión, los rituales espirituales y culturales y las preocupaciones financieras.

EJEMPLO DE DOCUMENTACIÓN DE SÍNTOMAS

Varón de 88 años con cáncer de páncreas en estadio III 30 días después de procedimiento de Whipple refiere falta de energía y disminución de la capacidad para mantener una actividad física prolongada. Refiere disminución del apetito, saciedad precoz, una pérdida de peso de 10.6 kg en un periodo de 90 días, insomnio de nueva aparición, disminución de la capacidad de concentración y sentimientos de depresión evidenciados por el autoinforme de llorar todos los días. No se han notificado náuseas ni vómitos. Puntuación de la escala de valoración paliativa (PPS, por sus siglas en inglés) del 60 %, puntuación del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG, por sus siglas en inglés) de 2. El paciente ingresa una vez por semana en un programa ambulatorio interprofesional de nutrición y rehabilitación oncológica, que consiste en terapia ocupacional y física, trabajo social y apoyo nutricional. Enfermería sigue trabajando con el paciente y el cuidador para tratar los síntomas de fatiga y la adherencia a los medicamentos. El paciente refiere una mejora en su calidad de vida y una disminución de los síntomas de fatiga después de asistir al programa de rehabilitación durante las últimas 5 semanas, junto con la adición de ginseng de venta sin receta y un tratamiento con dexametasona. La Escala de Fatiga de Piper (PFS, por sus siglas en inglés) demuestra una mejoría a 4/10 de 8/10 en el momento de la admisión al servicio.

La educación y el apoyo en relación con el diagnóstico del cáncer de páncreas, los objetivos de los cuidados, el tratamiento de los síntomas y el seguimiento clínico se consideran útiles. Enfermería sigue proporcionando apoyo emocional, asesoramiento y coordinación de los cuidados entre los especialistas en cada visita.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA DESEADOS

- Mejorar el bienestar físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes que sufren el angustioso síntoma de la fatiga.
- Mejorar la calidad de vida explorando las creencias y expectativas del paciente y su familia en relación con la experiencia de la fatiga.
- Mejorar la comunicación entre el proveedor, el paciente y el cuidador para facilitar el conocimiento de los cambios en los niveles de energía, la exacerbación o remisión de los síntomas y lo que mejora el nivel de fatiga.

REFERENCIAS

1. Sharp M., Wilks D. *Fatigue (Fatiga)*. *BMJ*. 2002; 325: 480. doi: 10.1136/bmj.325.7362.480.
2. Bower JE. *Cancer-related fatigue: mechanisms, risk factors, and treatments (Fatiga relacionada con el cáncer: mecanismos, factores de riesgo y tratamientos)*. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2014; 11: 597-609. doi: 10.1038/nrclinonc.2014.127.
3. O'Neil-Page E., Dean GE, Anderson PR. *Fatigue (Fatiga)*. En: Ediciones de Ferrell B. y Paice J., *Oxford Textbook of Palliative Nursing (Manual de Enfermería de Cuidados Paliativos de Oxford)*. 5.^a ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2019: 132-139.
4. McDevitt AZ, Donegan M., Muchka S. *Symptom management (Manejo de los síntomas)*. En ediciones de Martinez H., Berry P., *Core Curriculum for the Hospice and Palliative Registered Nurse (Currículo Básico para el Enfermero con Licencia de Cuidados Paliativos y de Hospicio)*. 4.^a ed. Pittsburgh, PA: Asociación de Enfermeras de Hospicios y Cuidados Paliativos (Hospice and Palliative Nurses Association), 2015. 157-161.
5. Battista V., Buller H., Coyne PJ, Dahlin C., Donesky D., Economou D., Fennimore L., et al. *End-of-Life Nursing Education Consortium: Core Curriculum (Consortio de educación en enfermería al final de la vida: Plan de estudios básico)*. Esquema de la facultad 2019. Módulo 3: Gestión de síntomas (M371-M3-72), Material complementario de gestión de síntomas (M3-108-M3-109).
6. *National Consensus Project for Quality Palliative Care (Proyecto de consenso nacional para unos cuidados paliativos de calidad)*. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (Guía de práctica clínica para unos cuidados paliativos de calidad)*. 4.^a ed. Richmond, VA: Coalición Nacional para los Cuidados Paliativos (National Coalition for Palliative Care); 2018.