

Oposición a la Terapia de Ejercicio Gradual (GET) para la EM/SFC

Estimado profesional sanitario,

1 de mayo de 2018

Estamos muy preocupados por el fomento de la terapia de ejercicio gradual (GET) como intervención para la encefalomiелitis miálgica/síndrome de fatiga crónica (EM/SFC) [1]. Nuestra experiencia de trabajo con pacientes con EM/SFC es que el ejercicio gradual dirigido a entrenar el sistema energético aeróbico, no sólo no mejora la función, sino que es perjudicial para la salud de los pacientes y no debe recomendarse.

La terapia de ejercicio gradual asume erróneamente que la fatiga y la discapacidad del EM/SFC son consecuencia de la inactividad y el desacondicionamiento [2]. Sin embargo, el ejercicio como tratamiento parece contrario a la intuición cuando el sello distintivo de la EM/SFC es un distintivo malestar post-esfuerzo o PEM, por el que incluso un mínimo esfuerzo mental o físico provoca exacerbación de los síntomas y reducción de la función [3]. La EM/SFC no es un desacondicionamiento ni sus síntomas se explican por la inactividad. Es una enfermedad compleja y multisistémica que implica alteraciones neurológicas, inmunológicas, autonómicas y del metabolismo energético [4]. La debilidad en la EM/SFC es mucho mayor que la que se observa con el desacondicionamiento [5].

Estudios científicos han demostrado que incluso el ejercicio leve puede provocar síntomas de EM/SFC [6]. Esta baja tolerancia a la actividad física se caracteriza por una transición anormalmente precoz al metabolismo anaeróbico [7]. En la EM/SFC, el sistema energético aeróbico no funciona con normalidad. El esfuerzo físico provoca una reacción tan distintiva que muchos investigadores, como el Estudio Intramural sobre EM/SFC del Instituto Nacional de Salud [8] y el Centro de Investigación Colaborativa de EM/SFC de Cornell [9], utilizan el ejercicio, no como terapia, sino como forma de agravar la enfermedad para poder estudiarla.

Los indicios de disfunción metabólica en la EM/SFC sugieren que limitar la actividad sostenida siempre que sea posible es un enfoque terapéutico más razonable. Así se minimiza el riesgo de recaída. Sostenemos que escuchar a pacientes proporciona un apoyo basado en pruebas para intervenciones que ayudan en lugar de perjudicar. Los programas de tratamiento de los pacientes con EM/SFC deben tratar primero de reducir y estabilizar los síntomas, antes de aumentar los niveles de actividad. Creemos que la mejor forma de conseguirlo es mediante un control o regulación del ritmo que utilice técnicas de conservación de la energía que tengan en cuenta los límites de la frecuencia cardíaca. Sólo entonces se puede entrenar cuidadosamente el sistema energético anaeróbico (es decir, mejorar la tolerancia del organismo al lactato y su capacidad para eliminarlo aumentando al mismo tiempo el ATP en el músculo en reposo) [10].

Esta carta está motivada por la preocupación acerca del daño potencial que puede causar la GET a los pacientes con EM/SFC. Las opiniones expresadas aquí reflejan las experiencias de muchos pacientes con EM/SFC, que creemos que están bien respaldadas por la literatura científica.

J. Mark VanNess, Ph.D.
Departamento de Ciencias de la Salud y del Ejercicio
Universidad del Pacífico

Todd E. Davenport, PT, DPT, MPH, OCS
Departamento de Fisioterapia
Universidad del Pacífico

Christopher R. Snell, Ph. D.
Director Científico
Fundación Workwell

Staci Stevens, MA
Fundadora, Fisióloga del Ejercicio
Fundación Workwell

Referencias

1. Dannaway J, New CC, New CH, Maher CG. Exercise therapy is a beneficial intervention for chronic fatigue syndrome (PEDro synthesis). *Br J Sports Med* Published Online First: 05 October 2017. <http://bjsm.bmj.com/content/52/8/542>.
2. Burgess M, Chalder T. PACE Manual for Therapists. Cognitive Behavioral Therapy for CFS/ME. MREC Version 2. *PACE Trial Management Group*. November 2004. <http://www.wolfson.qmul.ac.uk/images/pdfs/3.cbt-therapist-manual.pdf>.
3. Bavinton J, Darbishire L, White PD. "PACE Manual for Therapists. Graded Exercise Therapy for CFS/ME." MREC Version 2. *PACE Trial Management Group*. November 2004. <https://www.wolfson.qmul.ac.uk/images/pdfs/5.get-therapist-manual.pdf>.
4. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. *National Academy of Medicine*. February 10, 2015. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2015/ME-CFS.aspx> Page 86.
5. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. *National Academy of Medicine*. February 10, 2015. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2015/ME-CFS.aspx> Pages 83, 86, 100-106, 119, 148-152.
6. Tucker, M. IOM Gives Chronic Fatigue Syndrome a New Name and Definition. *Medscape*. February 10, 2015. <http://www.medscape.com/viewarticle/839532> Page 86.

7. VanNess JM, Stevens SR, Bateman L, Stiles TL, Snell CR. "Post-exertional malaise in women with chronic fatigue syndrome." *J Women's Health* (Larchmt) February 2010; 19(2): 239-44. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1507>.
8. Snell C, Stevens S, Davenport T, Van Ness M. "Discriminative Validity of Metabolic and Workload Measurements for Identifying People With Chronic Fatigue Syndrome." *Physical Therapy* November 2013; 93(11): 1484-1492. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20110368>.
9. NIH Intramural Study on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *National Institutes of Health*. <https://mecfs.ctss.nih.gov/>.
10. Ramanujan, K. \$9.4M NIH grant funds chronic fatigue syndrome center. *Cornell Chronicle*. September 27, 2017. <http://news.cornell.edu/stories/2017/09/94m-nih-grant-funds-chronic-fatigue-syndrome-center>.
11. Davenport T, Stevens S, VanNess M, Snell C, Little T. Conceptual Model for Physical Therapist Management of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. *Physical Therapy*, April 1, 2010. Volume 90 (4) 602–614. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090047>