

SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS:



¿ENFERMEDAD FÍSICA O PSICOLÓGICA?

Parra Ortega, Antonia.
Enfermera Residencia
Ángeles Parra, H- Overa.

Correo:
tisbem@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El acto reflejo cuando escuchamos por primera vez el nombre de Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) varía entre una sonrisa o simplemente nos parece que nos están gastando una broma, pero no. Fue el neurólogo Karl Axel Ekbom en 1945 quien realizó una profunda investigación de la enfermedad denominándola científicamente como Enfermedad de Willis-Ekbom.

Es conocida coloquialmente como SPI por que la principal característica del síndrome es una alteración motora y sensitiva en las extremidades del individuo que la padece.



INTRODUCCIÓN

La enfermedad es relativamente nueva por lo que son pocas, aunque cada vez más, las investigaciones sobre este síndrome. Investigaciones de las cuales se debe destacar la gran prevalencia de la enfermedad, lo que ha hecho que aumente la sensibilización por la enfermedad y los individuos que padecen. Creándose asociaciones para los enfermos y aprobándose medicaciones para tratamiento del síndrome.



OBJETIVOS Y MÉTODO

- Dar a conocer el Síndrome de las Piernas Inquietas: causas, efectos, como diagnosticarlo y su tratamiento.
- Demostrar la repercusión social que conlleva el síndrome en los individuos que lo padecen.
- Se realizó una revisión bibliográfica de artículos y guías sobre SPI obtenidos en bases de datos como son: SciELO (Scientific electronic library online), Dialnet (Difusión de Alertas en la Red), además se consultó la Sociedad Española del Sueño (SES), el Instituto de Investigaciones del Sueño de Madrid y la Asociación Española del Síndrome de las Piernas Inquietas (AESPI).



RESULTADOS: DEFINICIÓN Y PREVALENCIA.

El Síndrome de las Piernas Inquietas (SPI) es un trastorno sensitivo y motor que presenta una necesidad imperiosa de mover las piernas, generalmente acompañada o causada por una sensación desagradable, de dolor o malestar en las piernas. Los síntomas aparecen y se agravan durante periodos de inactividad, como estando sentado o tumbado. Suelen desaparecer o mejoran con el movimiento o el estiramiento de las piernas. ¹.

La prevalencia del SPI oscila entre un 5-10% de la población según diversos estudios. El SPI Puede presentarse en cualquier sexo y edad, aunque la prevalencia aumenta en edades avanzadas y en el sexo femenino. ^{2, 3}.



RESULTADOS: CAUSAS.

La causa del SPI aún no está bien definida, aunque si se tiene conocimiento de algunos factores que pueden ser causantes. Estos factores se dividen en: ^{4, 5}.

- Los factores genéticos. Aproximadamente el 65% de los individuos que padecen SPI presentan antecedentes personales.
- Los factores secundarios. Son situaciones médicas que pueden explicar la aparición de síntomas del SPI, como son: Embarazo, anemia ferropénica, insuficiencia renal, Parkinson, diabetes, artritis reumatoide, neuropatías, u otras. Además se sospecha que otros factores como el consumo excesivo de café, alcohol o antidepresivos y el estrés ⁶ también influyen en el empeoramiento de los síntomas del SPI.



RESULTADOS: SINTOMATOLOGÍA.



Cuando hablamos de que el SPI es un trastorno sensitivo nos referimos a todas las sensaciones que experimentan los individuos que padecen SPI, hablamos de:

Hormigueo	Tirantez	Picor	Calor
Calambres	Quemazón	Presión	Dolor
Nerviosismo	Escozor	Burbujeo	Pinchazos
Desasosiego			

Sensaciones o síntomas que hacen que el individuo se masaje la zona, realice estiramientos, se levante y camine para poder disminuir las molestias que sienten. Siendo frecuentes en momentos de inactividad: como es al estar sentado un periodo de tiempo más o menos largo (viajes, cine, etc.) o a la hora de dormir en la noche.

RESULTADOS: CONSECUENCIAS.

Este malestar provoca una serie de consecuencias en el individuo que podemos dividir en consecuencias físicas, psicológicas o sociales.⁷

- Físicas: Insomnio, cansancio, agotamiento, alteraciones del sueño, somnolencia durante el día, dolores de cabeza, dificultad para la concentración y contracturas musculares.



RESULTADOS: CONSECUENCIAS.

- Psicológicas: cambios de humor, nerviosismo, disminución de la libido, decaimiento y ansiedad.
- Sociales: Incomprensión del resto de la sociedad entre otros familiares y amistades, o dificultad para integrarse en actividades sociales (cine, viajes, etc.)



RESULTADOS: CONSECUENCIAS Y EVOLUCIÓN.



Estas consecuencias hacen que la calidad de vida del individuo que padece SPI y de su entorno disminuya considerablemente.

La evolución del SPI es progresiva en el tiempo, haciéndose cada vez más intenso y extendido, hasta el punto de volverse crónico.

RESULTADOS: DIAGNOSTICO.



El diagnóstico del SPI es principalmente clínico⁸ aunque se puede ayudar de algunas pruebas complementarias^{9,10} para asegurar el diagnóstico.

- Análisis de sangre: Donde se comprobaran niveles de hierro y ferritina.
- Polisomnografía nocturna: Donde se evaluara la calidad del sueño y la presencia de movimientos en piernas y brazos durante la noche.

RESULTADOS: DIAGNOSTICO.



- Electromiografía: Donde se descartaran lesiones en los nervios periféricos de las extremidades.
- Actimetría: Donde se medirá el ritmo y la actividad motora del individuo durante todo el día.
- Test farmacológico: Donde se comprobara la mejoría de los síntomas al administrar fármacos dopaminérgicos (sustancias que aumentan la actividad que está relacionada con la dopamina)

RESULTADOS: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Aún con estas pruebas complementarias existen ocasionalmente dificultades para dar un diagnóstico fiable, por lo cual es necesario hacer un diagnóstico descartando otras patologías como calambres, enfermedades reumatoides, artritis, ansiedad e insuficiencias venosas entre otras.

Ya establecido el diagnóstico de SPI nos centraremos en su tratamiento. En primer lugar se deberá valorar el estado del individuo que padece SPI, evaluando la gravedad de los síntomas y como afecta a su calidad de vida. El tratamiento debe ser individualizado y decidido entre el paciente y el médico conjuntamente.



RESULTADOS: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

En el tratamiento no farmacológico realizaremos medidas preventivas para intentar disminuir los síntomas, ya que no se ha demostrado evidencia suficiente para hablar de un tratamiento no farmacológico como tal.

Medidas Preventivas¹¹:

- Crear hábitos rutinarios a la hora de dormir.
- Evitar realizar ejercicio físico que puedan activar al individuo durante las últimas horas de la tarde.



RESULTADOS: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

- Evitar el uso de fármacos tales como antidepresivos o antihistamínicos.
- Aumentar la ingesta de vitaminas y hierro.
- Eliminar el estrés.
- Realizar técnicas de relajación como yoga, taichí, o realizar baños de agua fría y caliente.
- Evitar cenas abundantes y pesadas. Disminuir el consumo de azúcar.
- Evitar el consumo de excitantes, como tabaco, alcohol y cafeína.



RESULTADOS: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.



Si usamos tratamiento farmacológico debemos tener en cuenta que el tratamiento es sintomático, lo que quiere decir que si se deja de tomar la medicación los síntomas volverán a aparecer, ya que no actúan sobre la causa del SPI sino sobre su sintomatología.

Existen diferentes tratamientos farmacológicos ^{12, 13} agrupándose en:

RESULTADOS: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.



- Fármacos dopaminérgicos: Los más utilizados son: pramipexol, cabregolina, ropirinol, levodopa, pergolida y rotigotina. Son utilizados en altas dosis para el Parkinson, pero en el SPI se utilizan a bajas dosis, lo que hace que tengan pocos efectos secundarios
- Sedantes (Benzodiacepinas): Los más usados son: clonacepam y diacepam. Sus efectos secundarios afectan a la actividad durante el día, pudiendo producir caídas y problemas de memoria. Si su uso es continuo puede producir dependencia.

RESULTADOS: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.



- Analgésicos y opioides: los más utilizados son: metadona, oxicodona, tramadol y codeína. Se utilizan cuando los individuos tiene episodios graves de inquietud y dolor. Sus efectos secundarios son mareos, vómitos y adicción.
- Antiepilépticos: Los más utilizados son: gabapentina, levetiracetam pregabalina y carbamazepina. Son usados en SPI cuando no responde el tratamiento con los fármacos dopaminérgicos y cuando existe presencia de dolor. Sus efectos secundarios son mareo y somnolencia leves.

CONCLUSIONES.



Tras conocer las causas que dan lugar al SPI debemos dejar claro que no se trata de una enfermedad mental como gran parte de la población cree. Se trata de una enfermedad sensitiva y motora que afecta de diferentes maneras a los individuos que la padecen según su grado de evolución. Los problemas físico que se produce se deben tratar pero no son lo más grave de la enfermedad. Pero si lo es la repercusión social que sufre quien padece la enfermedad, ya que afecta a su día a día en su estado de ánimo y en las relaciones personales y/o profesionales.

Observamos la necesidad de una mayor sensibilización de la población sobre el Síndrome de las Piernas Inquietas.

BIBLIOGRAFIA.

- Poza Aldea, J.J; Sansa Fayos, G; Pujol Sabaté, M; Puertas Cuesta, F.J; Iranzo de Riquer, A; García Borreguero, D. Síndrome de Piernas Inquietas o enfermedad de Willis-Ekbom. Grupo de estudio de la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española del Sueño. 2013. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guias-spi.pdf> (1, 5, 10, 12)
- T. Pérez-Romero; A. Comas-Fuentes; M. Debán-Fernández; J.P. González-Nuevo Quiñones; J. Maujo-Fernández. Prevalencia del síndrome de piernas inquietas en las consultas de atención primaria. REV NEUROL 2007; 44 (11): 647-651.(3)
- Instituto del sueño. (internet) Madrid. (Actualizado 2015) disponible en: <http://www.iis.es/sindrome-de-las-piernas-inquietas-sintomas-causas-tratamiento/> (2)
- Hernampérez Martín, R; García-Borreguero, D; Paniagua Soto, J; Estivill, E; García Albares; López Maquieira, E. Síndrome de las Piernas Inquietas: El demonio que me despierta cuando duermo. 2008. Disponible en: http://www.aespi.net/libro_spi.pdf (4,7,9,11, 13)
- J. Abella Corral; M. Macías Arribi; A. Aneiros Díaz; D. Santos García; J.M. Aldrey; M. Llaneza González. Síndrome de las Piernas Inquietas. Revista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 48, N° Extra 1, 2009, págs. 33-36 (8)
- Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos. Medline Plus (internet) Enciclopedia médica: Síndrome de las piernas inquietas. Artículo 000807 (Actualizado 24/11/2013) Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000807.htm (6)

