



Prevalencia del Síndrome de Piernas Inquietas en la población general de Montevideo, Uruguay 2018.

Grupo número 82

Ciclo de Metodología científica II

Octubre 2018

María Magdalena Aguerre

Octavio Echevarría

María Sofía Faliveni

María Josefina García

Enrique Monllor

Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas

Tutores: Dr. Ignacio Amorín, Dr. Jochen Hackenbruch

Índice:

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivo general.....	8
Metodología.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	14
Conclusiones y perspectivas.....	17
Referencias Bibliográficas.....	18
Agradecimientos.....	20
Anexo.....	21

Resumen

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) es una enfermedad neurológica de alto impacto en la calidad de vida. En Latinoamérica no se cuenta con datos de prevalencia de SPI en población general. Se proyectó un estudio transversal para determinar la prevalencia en población general de Montevideo, estimar la severidad del mismo según la frecuencia de los síntomas, y comparar la prevalencia entre sexos. **Métodos:** Se realizaron un total de 199 encuestas telefónicas anonimizadas a pacientes mayores de 18 años residentes de 5 barrios distintos de Montevideo, seleccionados al azar. La encuesta validada utilizada, incluye 4 preguntas que comprenden los 4 criterios para SPI, establecidos por el International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG). Los casos con respuesta afirmativa en todos los ítems fueron catalogados como diagnóstico positivo. **Resultados:** de 199 individuos que componían la muestra; 136 fueron mujeres y 63 hombres. Se evidenció que 17 individuos cumplieron con los criterios de SPI (8,5%). El 76,5% eran mujeres, el 23,5% hombres. En cuanto a la severidad de los síntomas, un 17,6% fue catalogada como leve, un 35,3% representó la categoría de moderada severidad y un 47,1% correspondió a “SPI sufferers”. **Conclusiones:** La prevalencia de SPI obtenida se asemeja a cifras reportadas en la literatura internacional. No fue posible comparar prevalencias entre sexos, debido a que la distribución de la muestra no fue homogénea. El porcentaje de “SPI sufferers” representa una cifra importante de la población con diagnóstico de SPI.

Palabras claves: Síndrome de piernas inquietas, epidemiología, prevalencia, Uruguay, Montevideo.

Introducción

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) también denominado Síndrome de Willis - Ekbom es un trastorno sensitivo motor que se caracteriza por la necesidad imperiosa de movilizar las extremidades. Está asociado a una sensación molesta o desagradable, habitualmente difícil de precisar, que ocurre con mayor frecuencia durante el reposo nocturno con un patrón circadiano característico, empeorando en las últimas horas del día y mejorando con el movimiento.

La primer descripción documentada del SPI fue realizada en el siglo XV por parte de del médico inglés Thomas Willis¹. El investigador uruguayo Mussio Fournier, realiza en 1940 la presentación de un caso clínico al que definió como: “Síndrome de agitación parestésica”². Ekbom en 1945, realiza la primera descripción detallada y amplia del SPI³ e introdujo el término “Restless legs Syndrome” que posteriormente adquiere el nombre Síndrome Willis-Ekbom. En el 2002 Richard Allen establece cuatro criterios diagnósticos. En 2009 un estudio concluyó que estos eran insuficientes para excluir otras patologías que comparten características con el SPI, a las que se les denominó “SPI mimics”⁴, por esto, desde 2014 se añade la exclusión de los mismos a los actuales criterios diagnósticos⁵. Los “SPI mimics” más frecuentes son: calambres, neuropatía periférica, radiculopatías, dolores artríticos, disconfort posicional.

Es una patología subdiagnosticada y por lo tanto infratratada, poco conocida para la población general e incluso para la comunidad médica. El primer estudio realizado a gran escala con un n=15391 (Estudio REST)⁶ en población europea y norteamericana estima una prevalencia de 7,2 % y diversos estudios a menor escala realizados posteriormente avalan sus resultados.

Hasta el momento no se contaba con estudios de prevalencia a nivel nacional, mientras que en América Latina se encontró en la literatura un trabajo argentino, realizado en usuarios de una policlínica de Neurología, el cual informa una prevalencia del 20%⁷. Un estudio chileno se basó en individuos que asistían a una policlínica de neurología y psiquiatría, que determina una prevalencia del 15%⁸. Mientras que en Colombia se trabajó con una población a la cual se le realizaba un estudio polisomnográfico, este trabajo informó una prevalencia de 14,3%⁹.

La importancia del tema radica en el impacto sobre la calidad de vida del individuo. Se ve afectado el sueño, lo que repercute en el rendimiento laboral y se asocia con disminución de la función cognitiva, con la presencia de depresión y otros desórdenes del estado anímico, además del agravamiento de ciertas enfermedades crónicas, por lo que se plantea que podría ser un

factor de riesgo cardiovascular. Se considera que en aquellos pacientes “SPI sufferers”, el deterioro de la calidad de vida sería comparable a otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 y depresión severa¹⁰. Pacientes con síndrome de piernas inquietas tienen de 2 a 4 veces mayor riesgo de sufrir depresión que la población general, de estos el mayor porcentaje corresponde a depresión severa¹¹.

Según la International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG), los criterios diagnósticos del SPI son³:

- Urgencia de movilizar las extremidades asociado a una sensación desagradable.
- Los síntomas son exclusivos o mayores durante el reposo.
- Los síntomas son aliviados parcial o totalmente con el movimiento.
- Los síntomas son exclusivos o peores en la noche.

En cuanto a las características clínicas de la enfermedad, frecuentemente se presenta en ambos miembros inferiores, pero puede ser unilateral o alternante, pudiendo comprometer incluso los miembros superiores. Dentro de los síntomas sensitivos desagradables se destacan, el hormigueo, dolor y ardor. Además, los pacientes suelen referir sensación de agua e insectos corriendo debajo de la piel, lo cual indica lo diverso de su presentación clínica. Los síntomas aparecen cuando el paciente adopta una actitud de reposo, pudiendo aparecer en decúbito o no; lo cual provoca que el paciente realice movimientos, o incluso se levante y camine para que estos cesen. Esto determina alteraciones en el sueño, manifestadas por dificultad para conciliarlo, menor cantidad de horas de sueño y aumento del número de despertares nocturnos. Pacientes “SPI sufferers” habitualmente refieren falta de energía durante el día y dificultades en la concentración⁶.

Por otro lado, los “SPI sufferers” perciben como síntomas más problemáticos a los relacionados con el sueño (43,4%), a la sensación de discomfort o molestias (27,0%), y dolor (21,4%)⁶.

El SPI se puede manifestar de manera intermitente con síntomas en promedio menos de dos veces por semana durante el último año, con al menos cinco eventos en la vida; o crónica-persistente definida como síntomas en promedio por lo menos dos veces por semana durante el último año.

Existen dos fenotipos: primario o idiopático y secundario o asociado a otras enfermedades. El primario o idiopático corresponde al mayor número de los casos. La mayoría se transmite

mediante herencia autosómica dominante, presenta un pico de incidencia a los 20-40 años, tiene una evolución más lenta y el examen clínico suele ser normal. Por otra parte, el fenotipo secundario se manifiesta luego de los 40 años, con una evolución más rápida de la enfermedad. Los antecedentes familiares son menos frecuentes. Como su nombre indica, se asocia a causas secundarias, dentro de las que se incluyen: deficiencia de hierro, embarazo, enfermedad renal en etapa terminal, neuropatía periférica, fármacos (antidepresivos tricíclicos, IRSS, inhibidores de monoamino oxidasa, litio, antihistamínicos, antagonistas dopaminérgicos), etc.

Se distinguen distintas formas de presentación, por lo que diversas patologías podrían plantearse como diagnósticos diferenciales, conduciendo a errores diagnósticos frecuentes como se evidenció en el estudio REST¹⁰. Incluso de la totalidad de pacientes que consultan por síntomas frecuentes, los “SPI sufferers” (síntomas 2 o más veces por semana), solo el 6,2% es diagnosticado, a pesar de que el 81,0% consultan; por lo tanto no reciben el tratamiento adecuado. Es habitual que las personas con SPI sean derivados a diversos especialistas (neurólogos, cirujanos vasculares y reumatólogos son los más frecuentes). Este estudio también informó que la prevalencia aumenta con la edad, aunque puede verse en personas de todas las edades y es mayor en mujeres⁶.

Existen características clínicas que nos permiten afirmar con mayor convicción que estamos frente a SPI. En primer lugar, son frecuentes los antecedentes familiares. La respuesta positiva a la terapia dopaminérgica también apoya el diagnóstico. La asociación con el Síndrome de movimientos periódicos de las piernas es frecuente, se da en un 80%. También puede afectar el sueño mediante la fragmentación y privación del mismo.

El SPI tiene una posible asociación con un mayor riesgo cardiovascular. En la actualidad está demostrado que enfermedades que afectan la calidad de sueño como el síndrome de apnea e hipopneas obstructiva del sueño (SAHOS) son conocidos factores de riesgo cardiovasculares. Aunque se plantea que su principal mecanismo sean los ciclos de hipoxia intermitente se evidenció que pese a la corrección de este problema, persistía el elevado riesgo cardiovascular, lo que indica que la fragmentación y disminución de las horas del sueño también tienen implicancias sobre el riesgo cardiovascular, elementos que comparte con el Síndrome de Piernas Inquietas¹². Sin embargo, la asociación entre el SPI y riesgo cardiovascular no ha sido confirmada, existiendo en la bibliografía actual estudios contradictorios. Se plantea la asociación dado que es aceptado por la comunidad científica el riesgo cardiovascular aumentado en pacientes con disturbios del sueño¹³. Tres características del SPI podrían contribuir a un

mayor riesgo cardiovascular: la fuerte asociación con movimientos periódicos de piernas durante el sueño, factor de riesgo cardiovascular conocido dado el incremento en la frecuencia cardíaca y presión arterial que genera; la fragmentación y privación del sueño, que producen consecuencias a nivel neural, metabólicas, oxidativas, inflamatorias y vasculares; como también el déficit de hierro, factor de riesgo cardiovascular emergente.

La fisiopatología no está del todo dilucidada. Se plantea desde la descripción de Ekbom una asociación con la deficiencia de hierro, aunque hoy en día también se consideran factores genéticos y alteraciones en la concentración de la dopamina. El déficit de hierro es un factor ambiental bien definido, la severidad del SPI aumenta al disminuir el hierro periférico. Situaciones fisiológicas, como el embarazo, y patológicas, como la enfermedad renal crónica, que afectan la homeostasis del hierro, tienen mayor prevalencia, y el tratamiento del mismo mejora los síntomas. En cuanto a las alteraciones del sistema dopaminérgico, se plantea que los niveles de dopamina están aumentados. Diversos estudios de imagenología funcional lo confirman. Sin embargo, durante la noche su concentración disminuye en forma brusca desencadenando la sintomatología, lo que define el claro ritmo circadiano de la patología. Esto plantearía que el tratamiento con dopamina no sería efectivo a largo plazo, e incluso puede empeorar la sintomatología estimulando el mecanismo de regulación negativa de la dopamina¹⁴. Sin embargo, la mejoría sintomática es clara con agentes dopaminérgicos por lo que se plantea a este como uno de los mecanismos fisiopatológicos involucrados.

El SPI no es una patología curable, pero puede ser controlado. El tratamiento de esta patología consiste en: un tratamiento no farmacológico (como suspender los fármacos que puedan empeorarlo, estandarizar la hora de acostarse y el tiempo de vigilia, baño caliente o frío, reducir el ejercicio por la noche, vibración y masaje de piernas) y farmacológico, para el que debe tenerse en cuenta la edad del paciente, la frecuencia de los síntomas y su etiología. El mismo cuenta con una amplia gama de tratamientos que va desde el suministro de hierro (como sulfato ferroso) hasta fármacos que incluyen agentes dopaminérgicos (levodopa, ropinirol, pramipexol, pergolida), anticonvulsivantes, opioides o benzodiazepinas.

Objetivo General del trabajo

El objetivo general del presente estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Piernas inquietas en la población general de Montevideo, estimar la severidad del mismo según la frecuencia de los síntomas, y comparar la prevalencia entre sexos. Además, se pretende comparar los resultados obtenidos con estudios de prevalencia internacionales reportados en la literatura.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la plataforma PubMed, con el fin de conocer datos de prevalencia regionales, internacionales y tener una base teórica de la patología. Fueron utilizados los términos: Restless Legs Syndrome/Síndrome de piernas inquietas, epidemiología y prevalencia/ epidemiology and prevalence, Latinoamérica, América.

Dado que el diagnóstico de SPI es clínico, es posible utilizar diversos métodos diagnósticos. Con el fin de determinar la prevalencia del Síndrome de Piernas Inquietas en la población general de Montevideo, se realizó por parte de personal técnico capacitado (estudiantes de Medicina de 6to. año), una encuesta telefónica anonimizada, para accesibilizar el alcance de la muestra objetivo y diversificar la distribución de la población basada en el cuestionario validado, autoadministrado en lengua castellana (CSPI), realizado en Argentina por Emilia Gatto y su equipo. El mismo posee una sensibilidad de 100% y especificidad de 88,43% (para un n=146) para el diagnóstico de SPI⁷. Este cuestionario fue complementado con la pesquisa de posibles causas secundarias de SPI: anemia ferropénica, enfermedad renal en etapa de diálisis, patología de columna lumbar, Diabetes Mellitus y enfermedad de Parkinson. Además se indagó acerca de la frecuencia de los síntomas, catalogados como leves los pacientes incluidos en las siguientes subcategorías: 1) menos de una vez al año, 2) una vez o más por año pero menos de una vez al mes; como moderado 3) una vez por mes, 4) dos a tres veces por mes; y como severo: 5) dos a tres veces por semana, 6) cuatro a cinco veces por semana, 7) seis a siete veces por semana. Esta última categoría corresponde a la definición de “SPI sufferers”. (Ver anexo 1)

Las llamadas fueron realizadas en el lapso de julio a setiembre de 2018, desde un teléfono fijo de la Unidad de Parkinson y Movimientos anormales del servicio de Neurología del Hospital de Clínicas. Se procedió a calcular el tamaño muestral, según la prevalencia estimada del SPI en

otras regiones, el mismo fue de 200. Para ello se elaboró una lista de números telefónicos aleatorizada. Se seleccionaron mediante un sorteo cinco municipios de Montevideo, y de cada uno de ellos un barrio, también en forma aleatoria: Cordón, Casavalle, Lezica, La Blanqueada y Punta Gorda. Se realizaron un total de 40 encuestas completas en los cuatro primeros y 39 en Punta Gorda.

Se estableció una lista de calles de cada barrio con el objetivo de obtener intersecciones de las mismas, tras un sorteo en donde participaron todas las calles que estén dentro o atraviesen el barrio. Al obtener la primer calle seleccionada, se sorteó otra calle hasta encontrar una que intercepte la primera. Una vez definido el punto de partida, se contó una cuadra hacia el sur, y desde esa esquina, la tercer casa en la vereda este o norte, para encontrar el número de puerta seleccionado a llamar, información facilitada vía web por parte de la Intendencia de Montevideo (disponible en: <http://municipios.montevideo.gub.uy/>). Fue utilizado el servicio on-line “Consulta de Guía” de ANTEL (disponible en: https://wse-prod.antel.com.uy/ConsultaGuia/form/consulta_xhtml) con el fin de obtener el número telefónico tras ingresar la dirección de la propiedad (calle y número). En caso de que un número de puerta se correspondiera con más de un número de teléfono fijo, se realizó un sorteo con estos. Si con el número de teléfono obtenido no fue posible realizar la encuesta, se buscó un nuevo punto de partida y se realizó nuevamente el proceso de selección.

Como criterios de inclusión se establecieron: que la persona encuestada sea mayor de 18 años, y que resida en la propiedad seleccionada, lo cual fue interrogado antes de realizar la encuesta. Previo a la misma, además, el encuestador se identificó telefónicamente, explicando la finalidad del estudio, y preguntando si el encuestado accedía a la realización de la misma, solo continuando si la respuesta era afirmativa.

No se registraron datos más allá de los que la encuesta incluye. No se asoció el resultado de la encuesta con el número de teléfono, buscando mantener el resultado de la encuesta lo más anonimizado posible. Cabe destacar que solo se tuvieron en cuenta aquellas encuestas que fueron completadas en su totalidad. Aquellas que no, se consideraron en conjunto con las personas que no accedieron a la misma. Por último, en caso de que la persona encuestada cumpliera con los criterios diagnósticos de SPI, se le recomendó la consulta con un especialista neurólogo.

El proyecto de investigación y las herramientas utilizadas tuvieron la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas (Ver Anexo 2).

Las variables cualitativas fueron analizadas mediante el cálculo de frecuencias y las variables cuantitativas mediante el cálculo de las medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados:

Fueron realizadas 243 entrevistas telefónicas, de estas se obtuvieron 199 encuestas completas, con una tasa de participación de 81,8%. De las encuestas completas, 136 (68,3%) corresponden a mujeres, mientras que 63 (31,7%) a hombres. El promedio de edad de la población encuestada fue de 56,97 años, con un $DE \pm 16,9$, dentro de un rango de 19 - 90 años. (Ver figura 1).

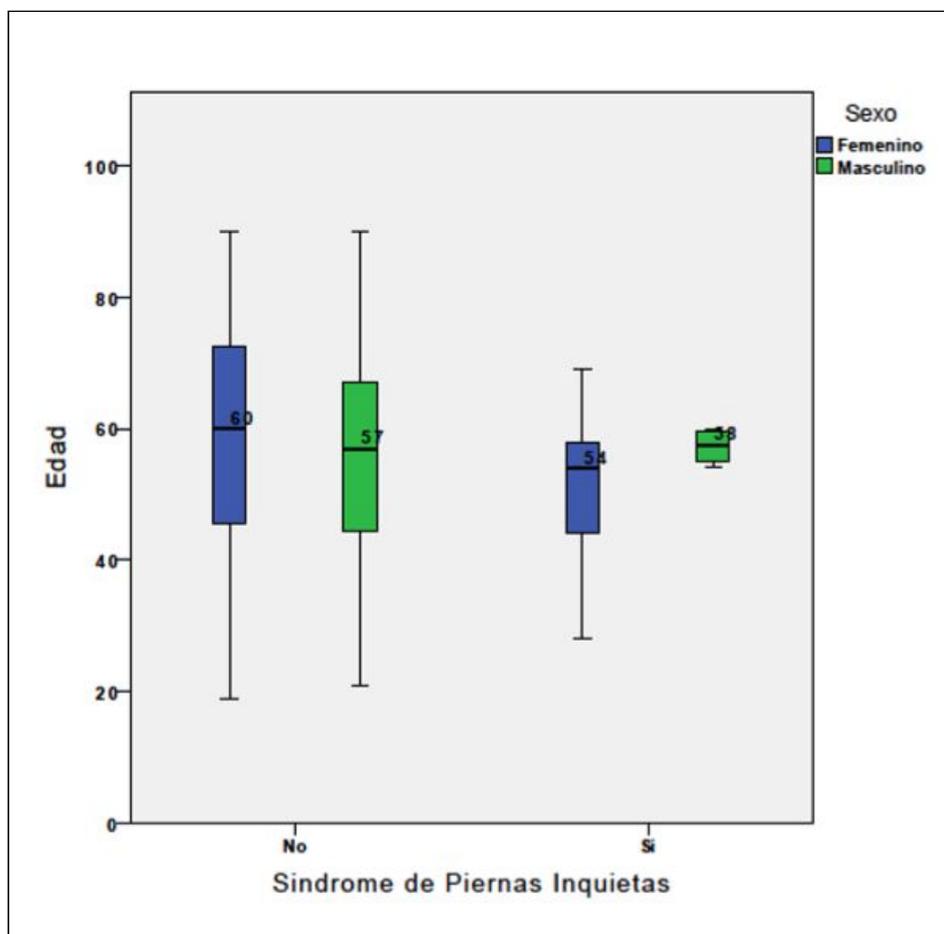


Figura 1: Distribución de la mediana de edad según sexo y SPI

Se detectaron 17 individuos que cumplieron con los criterios diagnósticos del SPI, lo que se corresponde con una prevalencia de 8,5% en la población general de Montevideo. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Prevalencia Síndrome de piernas inquietas

<i>SPI</i>	Frecuencia	Porcentaje
<i>No</i>	182	91,5
<i>Si</i>	17	8,5
<i>Total</i>	199	100,0

Dentro de los SPI positivos, se evidenció que un 76,5% corresponden a mujeres, mientras que el 23,5% a hombres. De estos, el promedio de edad fue de 51,8 años, con un rango que va desde 28 a 69 años.

Quienes cumplieron con los criterios diagnósticos, fueron indagados acerca de posibles causas secundarias; encontrándose que un 17,6% contó con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, y otro 17,6% tenía diagnóstico de patología lumbar. No hubo casos conocidos de anemia ferropénica, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad Renal, ni embarazo. (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Posibles causas secundarias de SPI.

	Anemia Ferropénica	Enfermedad de Parkinson	Patología lumbar Osteoarticular	Enfermedad Renal	Diabetes Mellitus
SI	0%	0%	17,6%	0%	17,6%
NO	100%	100%	82,4%	100%	82,4%

En lo que respecta a la severidad de los síntomas, se evidenció que un 17,6% de la población con diagnóstico positivo de SPI fue catalogada como leve. De estos, un 11,8% correspondió al sexo femenino, y 5,9% al masculino. Por otra parte, un 35,3% representó la categoría de moderada severidad, dentro de ésta un 5,9% a sexo masculino y 29,4 % a femenino. Por último, se evidenció un 47,1% de “SPI sufferers”, de los cuales 41,2% fueron mujeres y 5,9% hombres. (Ver figura 2 y 3).

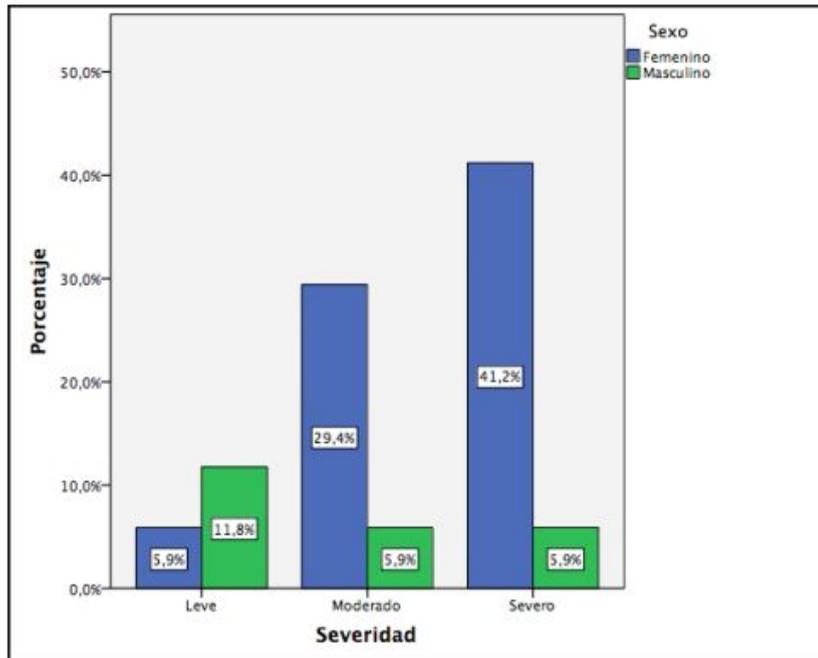


Figura 2: Severidad de SPI diferenciada por sexo

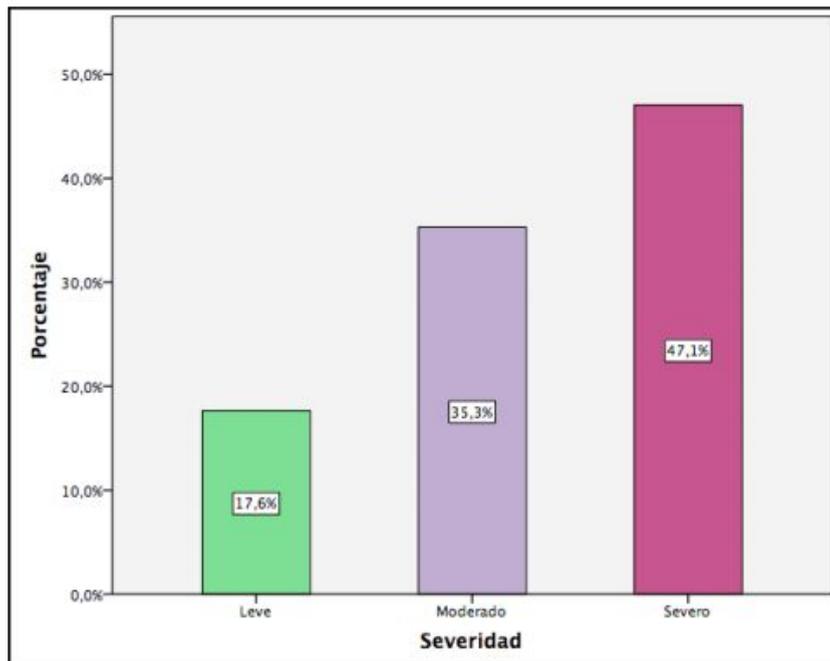


Figura 3: Severidad de SPI en la población general.

Por último, se evidenció que los individuos con diagnóstico de SPI estuvieron homogéneamente distribuidos en las zonas de Montevideo encuestadas, a excepción de Casavalle que presentó una mayor prevalencia de SPI. Respecto al total de encuestas realizadas (199), la prevalencia en Cordón (2 SPI/40 encuestas) corresponde al 1%, en Casavalle (7 SPI/ 40 encuestas) al 3,5%, La blanqueada (3 SPI/ 40 encuestas) 1,5%, Lezica (2 SPI/40 encuestas) 1,0% y Punta gorda (3 SPI/39 encuestas) 1,5% (Ver Figura 4).

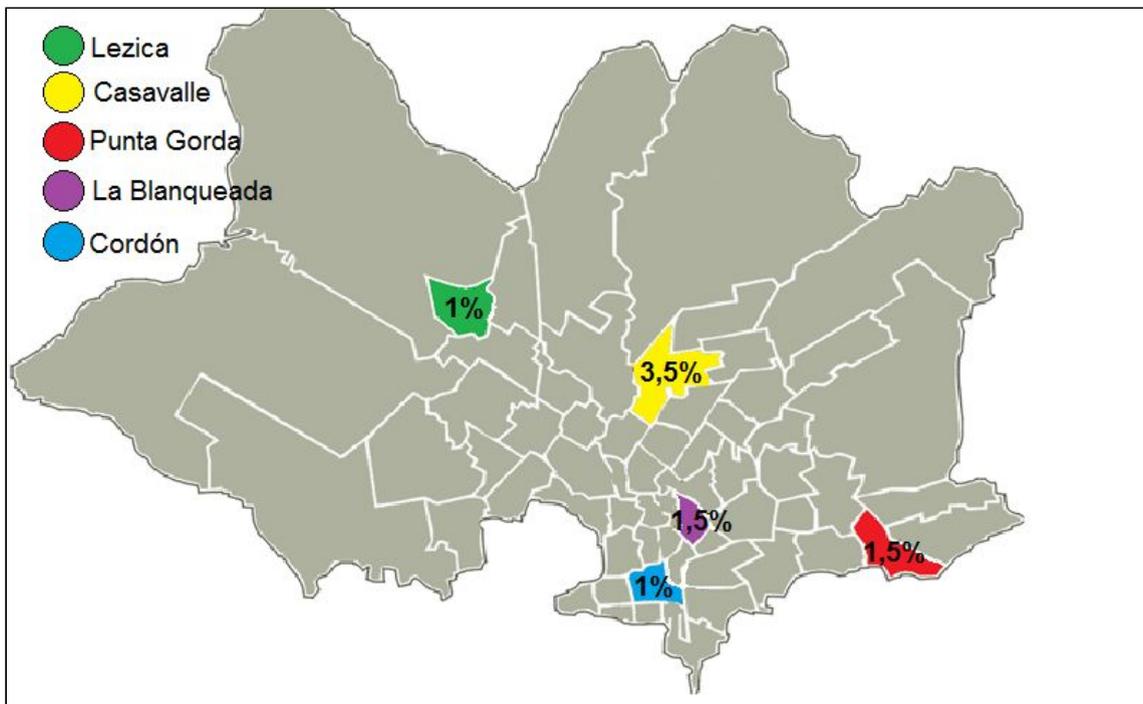


Figura 4. Distribución de casos de SPI según barrios de Montevideo.

Discusión:

Los resultados de prevalencia de SPI obtenidos en este estudio (8,5%), se asemejan a los valores internacionales reportados en la literatura.

El estudio REST realizado con un n=1593 en población norteamericana y de cinco países europeos mediante encuestas telefónicas con personal capacitado, obtuvo una prevalencia de 7,2%⁶; en Irán, un trabajo realizado a 19176 personas mediante una encuesta puerta a puerta reportó una prevalencia de 8,2%⁶. Un estudio chileno arrojó una prevalencia de 15,0 %, este fue realizado mediante un cuestionario autoadministrado⁸. En Colombia, un estudio evidenció una prevalencia de 14,3%, el cual también utilizó como herramienta diagnóstica al cuestionario autoadministrado. (Ver tabla 3).

Las investigaciones realizadas en la región arrojan una prevalencia ampliamente superior, Argentina: 20,2 %⁷ Planteamos que esta disparidad podría explicarse por la diferencia en la metodología utilizada. Mientras que en el estudio argentino fue utilizado un cuestionario autoadministrado -lo que puede conducir a variadas interpretaciones de las interrogantes- este trabajo empleó una encuesta telefónica efectuada por personal capacitado.

Estudio	n	Método	Prevalencia (%)
REST	16202	Encuesta telefónica	7,2
Irán	19176	Encuesta puerta a puerta	8,2
Chile	238	Cuestionario autoadministrado	15,0
Colombia	301	Cuestionario autoadministrado	14,3
Argentina	146	Cuestionario autoadministrado	20,2
Uruguay	199	Entrevista telefónica	8,5

Tabla 3: Prevalencia internacional de SPI

Esta cifra confirma la importancia de esta entidad, y coloca al SPI como una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en nuestro medio, puesto que según el estudio “Villa del Cerro”, desarrollado en población del barrio Cerro, en Montevideo, la epilepsia y convulsiones febriles cuentan con una prevalencia de 7,49%, el ACV un 7,07%, la Enfermedad de Parkinson y temblores esenciales un 3,68%, mientras que los síndromes demenciales 1,44%, polineuropatías 4,35%. (Ver Tabla 4). Cabe destacar, que a pesar de la alta sensibilidad (100%) del cuestionario utilizado, la prevalencia de SPI podría estar sobreestimada, debido a la menor especificidad del mismo (88%)⁷.

Patología neurológica	Prevalencia (%)
Epilepsia y convulsiones febriles	7,49
Ataque cerebro vascular	7,07
Parkinson y temblores esenciales	3,68
Síndromes demenciales	1,44
Polineuropatías	4,35
Síndrome de piernas inquietas	8,5

Tabla 4: Prevalencia de enfermedades neurológicas en Uruguay (estudio Villa del Cerro)

A diferencia del resto de trabajos de prevalencia en la región, este estudio se realizó en población general, sin recurrir a pacientes que consulten a policlínicas especializadas, lo cual se adapta mejor a los objetivos planteados.

Cabe destacar que la aplicación de los criterios de diagnóstico de SPI 2014 definidos por la International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG), que consideran la exclusión de “SPI mimics” no fue viable. Esto se debe a la extensa duración demandada por los métodos diagnósticos necesarios para incluirlo (por ejemplo, la entrevista diagnóstica telefónica de Hopkins alcanza los 45 minutos)¹⁵. Por lo tanto, no resultó compatible con el volumen de encuestas necesarios y la disposición de los encuestados para realizar la misma. Por este motivo, se usaron los criterios diagnósticos de 2003³. Esto representa una debilidad del presente estudio, dado que podría aumentar el número de falsos positivos.

El “gold standard” para el diagnóstico de SPI es la entrevista médica clínica especializada. A pesar de que el cuestionario utilizado fue validado previamente, el método implementado para el desarrollo de las encuestas no fue el mismo. Se requiere por tanto, de estudios posteriores para la validación del método utilizado.

Según estudios internacionales de referentes en esta patología, es relevante indagar acerca de la frecuencia de síntomas para poder distinguir los “SPI sufferers”, de individuos menos sintomáticos, dado que estos son quienes reciben el mayor impacto en su calidad de vida. En el presente estudio, esta categoría representa el mayor porcentaje de la población con diagnóstico de SPI (47,1%). En el estudio REST esta categoría representa el 37,3 %, valor similar al obtenido en este estudio.

El presente estudio no fue provisto con la suficiente cantidad de encuestas para determinar diferencias de prevalencia entre ambos sexos. Futuros estudios que involucren una mayor población, podrían determinar si existe disparidad significativa en esta o no.

Considerando la revisión bibliográfica realizada, esta investigación representa el primer estudio de prevalencia de SPI en población general desarrollado a nivel nacional, y de los primeros en Latinoamérica. Se estima que este trabajo puede aportar al reconocimiento por la comunidad médica uruguaya de esta patología de alta prevalencia e impacto en la calidad de vida, con el fin de incrementar el índice de sospecha, promoviendo de esta manera el diagnóstico certero y tratamiento oportuno. Pese a no realizarse a nivel nacional es posible que la prevalencia obtenida sea una aproximación a la misma. Para futuras investigaciones, es relevante incluir áreas suburbanas o rurales, población que no fue tomada en cuenta en nuestro estudio.

Conclusiones y perspectivas

Se evidenció una prevalencia de SPI de 8,5% en la población general de Montevideo. Este guarismo se asemeja a cifras reportadas en la literatura internacional. No fue posible comparar prevalencias entre sexos, debido a que la distribución de la muestra no fue homogénea. Se estableció el porcentaje de “SPI sufferers” en 47,1%, el cual representa un porcentaje importante de la población con diagnóstico de SPI de grado severo. Los hallazgos resultantes de esta investigación, corroboran la prevalencia a nivel internacional del Síndrome de piernas inquietas como una de las enfermedades neurológicas más frecuentes. Por su alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, y los costos indirectos que puede acarrear el subdiagnóstico de SPI, se estima que debe difundirse más ampliamente entre la comunidad médica uruguaya y la población en general, información acerca del diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Referencias Bibliográficas

1. Willis T. The London Practice of Physic. London: Bassett and Crooke, 1685.
2. Mussio-Fournier J.C., Rawak, Familiäres Auftreten von Pruritus, Urtikaria und parästhetischer Hyperkinese der unteren Extremitäten. *Confinia Neurológica* 1940;3:110-114.
3. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisi J, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003;4:101-119.
4. Hening WA, Allen RP, Washburn M, Lesage SR, Earley CJ. The four diagnostic criteria for Restless Legs Syndrome are unable to exclude confounding conditions (mimics). *Sleep Med* 2009;10:976-81.
5. Walters AS, Frauscher B, Allen R, Benes H, Chaudhuri KR, Garcia-Borreguero, et al. Review of Diagnostic Instruments for the Restless Legs Syndrome/Willis-Ekbom Disease (RLS/WED): Critique and Recommendations. *Sleep Med*, Vol. 10, No. 12, 2014
6. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005;165:1286-1292.
7. Gatto M, Parisi VL, Etcheverry JL, Martín MC, Sensibilidad y especificidad de un cuestionario en castellano autoadministrado para la identificación del Síndrome de piernas inquietas en contexto de estudios poblacionales. *Neurología Argentina* (2013) 5(4), 237-240.
8. Miranda, M., & Venegas, P. (2001). Síndrome de piernas inquietas: Actualización clínica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 39(2), 140–148.
9. Suárez, É. O., Díaz, A., Porras, A., & Ramírez, J. (2009). Frecuencia de presentación del síndrome de piernas inquietas y su asociación con apnea obstructiva del sueño. *Revista de La Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 57(3), 218–226.
10. Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the

REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep med.* 2004; 5(3):237–46.

11. Chul-Hyun Cho, Leen Kim, Heon-Jeong Lee. Individuals with Restless Legs Syndrome Tend to have Severe Depressive Symptoms: Findings from a Community-Based Cohort Study. *Psychiatry Investigation* 2017, 14(6), 887-893.
12. Gottlieb D, Somers V, Punjabi N, Winkelman JW. Restless Legs Syndrome and cardiovascular disease: A research roadmap. *Sleep Med* 2017;31;10-17.
13. Kendzerska T, Kamra M, Murray Brian J., Boulos Mark I. Incident Cardiovascular Events and Death in Individuals With Restless Legs Syndrome or Periodic Limb Movements in Sleep: A Systematic Review. *SLEEP* 2017; 40(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx013>
14. Allen R. Restless Leg Syndrome/Willis-Ekbom Disease Pathophysiology. *Sleep Med* 2015;10(3):207-214.
15. Hening WA, Allen RP, Thanner S, et al. The Johns Hopkins telephone diagnostic interview for the Restless Legs Syndrome: preliminary investigation for validation in a multi-center patient and control population. *Sleep Med* 2003;4:137-41.

Agradecimientos

Agradecemos a la Facultad de Medicina por brindarnos la oportunidad de desarrollar una investigación de este nivel. Al Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas, por los servicios prestados, en especial a nuestros tutores, el Dr. Ignacio Amorín y Dr. Jochen Hackembruch, por acompañarnos en el proceso y apoyarnos en todo lo que necesitamos para su realización.

Anexos

Anexo 1: ENCUESTA

- ¿Reside usted en la propiedad?

Si/No

- Edad:
- Sexo: F/M

(Si F, preguntar por embarazo)

¿Tiene sensación de disconfort o molestias en sus piernas, combinadas con la urgencia o necesidad de moverlas?

Si/No

(En caso afirmativo continuar)

1) ¿Ocurren solo en reposo y mejoran con el movimiento?

Si/No

2) ¿Son peores en la tarde, noche que en la mañana?

Si/No

3) ¿Cuán a menudo le ocurren?

1. Menos de 1 vez por año
2. 1 Vez o más por año pero menos de 1 por mes
3. 1 Vez por mes
4. 2-4 Veces por mes
5. 2-3 Veces por Semana
6. 4-5 Veces por Semana
7. 6-7 Veces por Semana

(En caso de diagnóstico)

¿Usted tiene diagnóstico de anemia, falta de hierro, Parkinson, diabetes, enfermedad renal típica en etapa de diálisis?

¿Usted tiene patología de columna lumbar?

Si responde afirmativo, ¿Específicamente hernia de disco o canal estrecho?

Anexo 2: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
SECRETARÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 13 de junio de 2018

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 13 de junio de 2018

En relación al proyecto presentado por el Instituto de Neurología

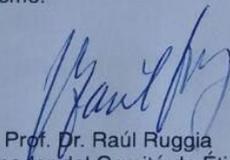
"Síndrome de piernas inquietas, prevalencia general en Montevideo"

Investigadores Responsables: Bres. Sofía Faliveni, Josefina García, Octavio Echevarría, Magdalena

Tutores: Dres. Ignacio Amorín y Jochen Hackembruch

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 13 de Junio de 2018 hasta la fecha de finalización del mismo.



Prof. Dr. Raúl Ruggia
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Sra. Eloisa Barreda	Integrante Representante Aduss
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Terapéutica Especialista en Nefrología y Farmacología
Lic. Psic. Sandra Torres	Secretaria Administrativa