



AMEPSA es una entidad que promueve y desarrolla el Estudio y la Investigación de la Medicina Psicosocial como ciencia, como método de trabajo y como vía de exploración de la salud, desde una perspectiva interdisciplinaria y, es en ese contexto que se organizan Cursos, Encuentros Científicos y Jornadas destinados a la Comunidad.

Uno de los objetivos principales de AMEPSA es transmitir y compartir una postura holística frente al padecimiento humano, tomando en consideración los aspectos biológicos y contextuales condicionantes de salud y enfermedad

I Curso 2013

**La salud en la comunidad. Abordaje Interdisciplinario**

**Módulo 3:**

**Abordaje Biopsicosocial de los Trastornos del Sueño**

Viernes 8 de noviembre 14 a 17 hs. Lavalle 1330 2do.7 CABA

14.00 hs.	Registro. Inscripciones
14.10 hs.	Presentación de AMEPSA Dra. Silvia G. Melamedoff
14.20 hs.	Fundamentos fisiológicos del abordaje biopsicosocial de los trastornos de sueño Dr. Daniel E. Vigo
14.50 hs.	Qué es y qué hay que saber del Síndrome de piernas inquietas Dra. Stella Maris Valiensi
15.20 hs	Insomnio: abordaje integrativo. Dra. Mirta Averbuch
16.00 hs.	Intercambio entre los participantes y expositores
16.30 hs.	¿Querés que te cuente un cuento? Sra. Carmen Cegarra
17.00 hs.	Cierre Entrega de Certificados

**Informes e inscripción:** [secretaria@amepsa.org](mailto:secretaria@amepsa.org)

[www.amepsa.org](http://www.amepsa.org)

**Aranceles** Bono contribución.

# Qué es y qué se debe saber sobre síndrome de piernas inquietas



· Periodic limb movement disorder

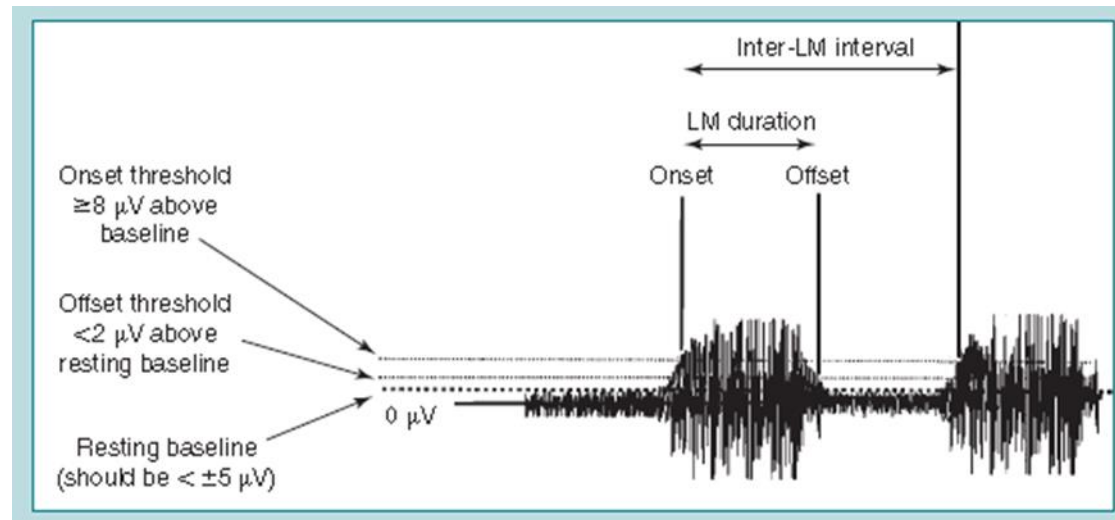
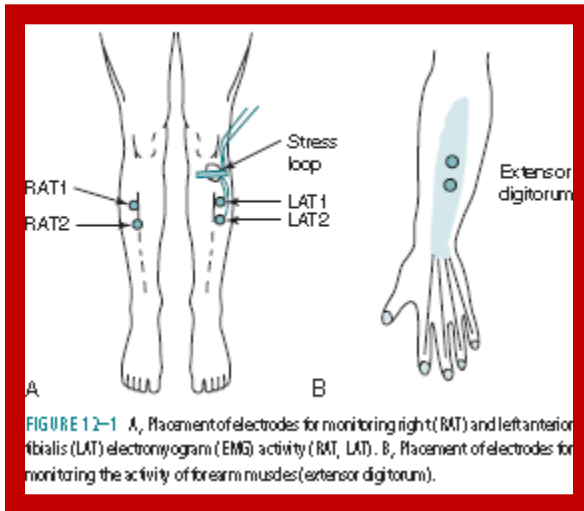
• Restless legs syndrome

# Movimientos de piernas LM

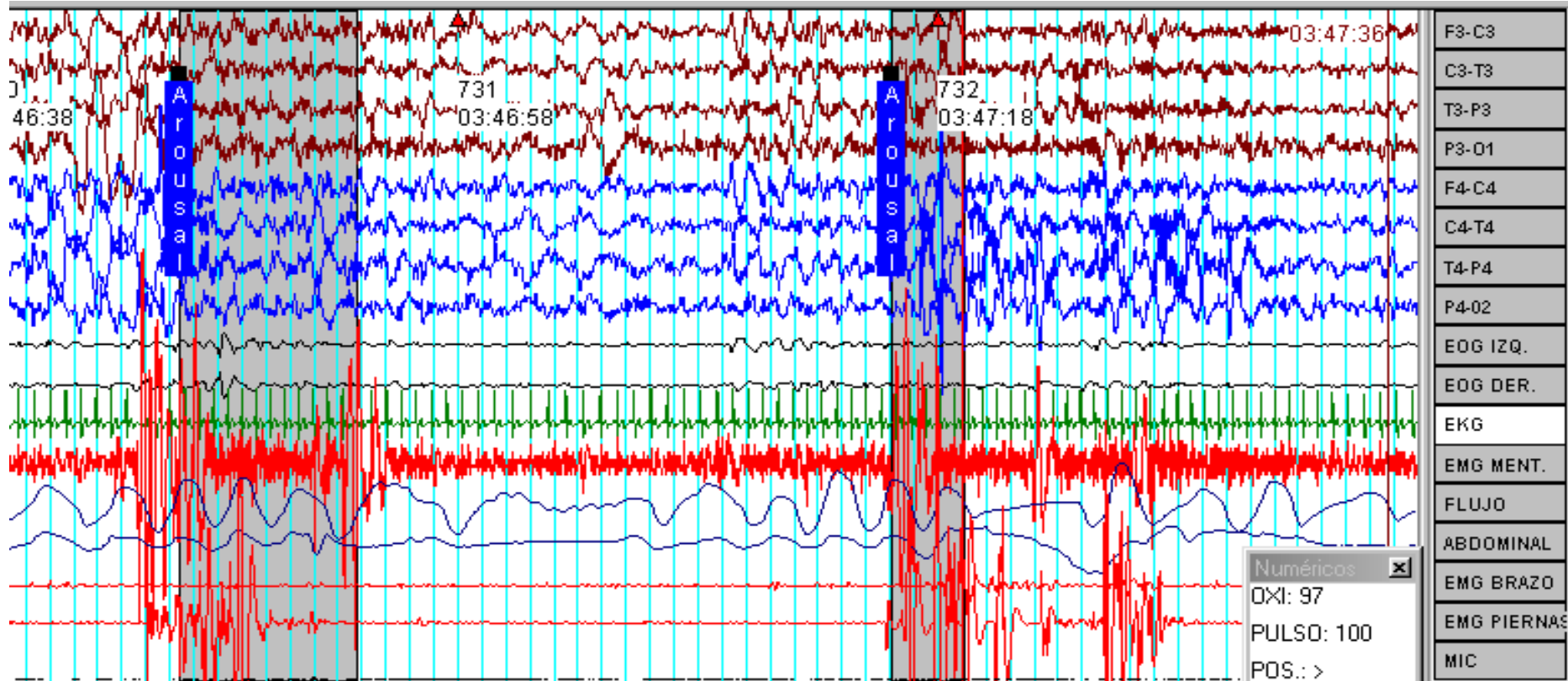


# Características: definición

Episodios **periódicos, repetitivos,** rítmicos de extensión del primer dedo del pie y dorsiflexión del tobillo, con ocasional flexión de rodilla y muslo.



# Movimientos Miembros Inferiores



# Movimientos periódicos de piernas PLMS PLMA PLMSA PLMD





• Movimientos Periódicos de los **Miembros** durante el **Sueño** – MPMS (PLMS)



# Quejas de los pacientes

- Despertares nocturnos frecuentes
- Somnolencia diurna
- 5% de insomnio
- Depresión, ansiedad cuando el trastorno es crónico.



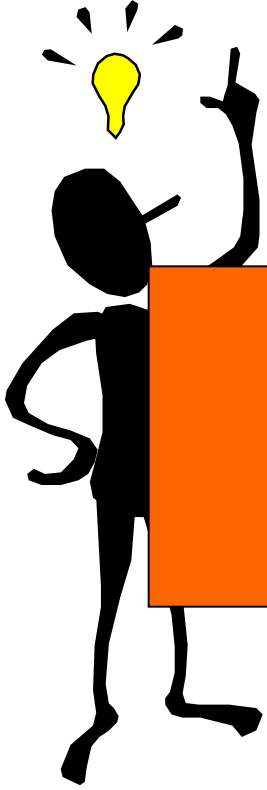
# Complicaciones

## Sueño fraccionado- Insomnio

- Hipersomnias
- Interrumpir el sueño del compañero/a de cama
- pueden tener MPP aún despiertos
- **incremento** TA de 22 mmHg y 11 mmHg.
- taquicardia: **disminuye el intervalo R-R en 5 a 10 segundos** por bradicardia

# Diagnóstico diferencial

- Start o sacudidas al inicio del sueño
- Apneas obstructivas durante el sueño
- Epilepsia mioclónica
- Mioclonos
- Alzheimer
- Creutzfeldt Jakob
- Neuropatías



**Sindrome de piernas inquietas =  
vigilia**



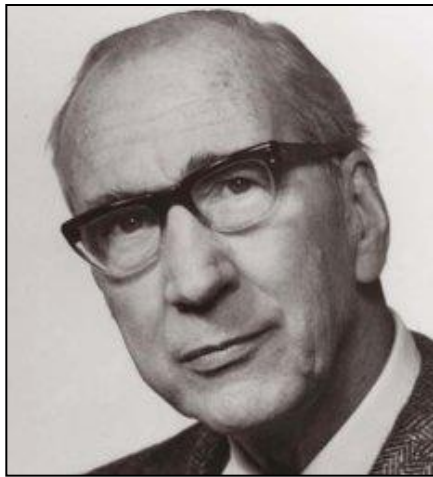
**RESTLESS LEGS SYNDROME (RLS)**

# SPI - Historia



“Wherefore to some, when being abed they betake themselves to sleep, presently in the arms and legs, leaping and contractions of the tendons, and so great a restlessness and tossing of their members ensue, that the diseased are no more able to sleep, than if they were in a place of greatest torture”

Thomas Willis-1672 ( Posiblemente la Primer descripción del SPI-MPM)



***Karl-Axel Ekbom***

## Ekbom's syndrome

-Asthenia crurum paraesthetica: sensory RLS

-Asthenia crurum dolorosa: painful RLS

“Movement disorder of sleep and relaxed wakefulness associated with unpleasant sensory symptoms, usually of the lower limbs”

Ekbom KA. Restless legs: A clinical study.  
Acta Med Scand 1945;158(Suppl):1-122.

# Factores de riesgo para el SPI

- Factores demográficos y relativos al estilo de vida:
- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Antecedentes familiares (inicio temprano)
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Consumo de cafeína
- Consumo de alcohol



# Factores médicos, quirúrgicos, neurológicos y otros

- **Médicos:**
  - Insuficiencia renal
  - Diabetes mellitus
  - Deficiencia de hierro y anemia
  - Artritis reumatoide
  - Deficiencia de magnesio o vitamina B12
  - Hipotiroidismo
  - Insuficiencia cardíaca
- **Quirúrgicos**
  - Resección gástrica
  - Trasplante pulmonar
- **Neurológicos**
  - Polineuropatías y radiculopatías
  - Enfermedad de Parkinson
  - Esclerosis múltiple
  - Ataxia espinocerebelosa (SCA3 o enfermedad de Machado Joseph)
- **Otros:**
  - Embarazo
  - Donaciones de sangre
  - Medicamentos.



# Criterios esenciales

International RLS Study Group

**Urgencia por mover las piernas**, generalmente acompañada o causada por sensaciones molestas o desagradables en las piernas. A veces en los brazos.

**Empiezan o empeoran durante los períodos de reposo o inactividad**, tales como estar acostado o sentado

**Son parcial o totalmente aliviadas por el movimiento**, como caminar o hacer estiramientos

**Empeoran por la tarde o la noche** u ocurren solamente por la tarde o la noche

# Criterios NO esenciales. Características clínicas de apoyo al diagnóstico

Historia familiar: en familiares de primer grado es de 3 a 5 veces más que nos que no tienen RLS

Respuesta a la terapia dopaminérgica.

Tienen PLMS durante el sueño o PLMW (MPP durante la vigilia)

Curso clínico natural: varía con la edad pero se da más en adultos de mediana edad o viejos. El curso es progresivo pero puede ser estático o incluso la remisión puede existir.

Disturbio del sueño

Evaluación médica o examen físico donde no se constate anormalidades en la forma primaria pero en la forma secundaria: signos de neuropatía o radiculopatía. El Hierro debe ser dosado para el potencial tratamiento.

# Características asociadas

- Alteraciones del sueño:
- Suele ser la razón principal por lo que el paciente concurre al médico.
- Evaluación médica/exploración física:
- Exploración física normal, excepto el diagnóstico de los trastornos comórbidos o de las causas secundarias del SPI.
- Es necesario evaluar las reservas de hierro.
- Es necesario descartar neuropatía periférica y de radiculopatías debido a que requieren tratamiento distinto.

## Criterios esenciales para el diagnóstico de SPI probable en el anciano con deterioro cognitivo

1. Signos de **molestias en las piernas**, como frotarse o masajearse las piernas y quejarse mientras se toca las extremidades inferiores
2. **Excesiva actividad motora de miembros inferiores**, como caminar, agitarse, dar patadas de forma repetitiva, dar vueltas y vueltas en la cama, dar golpes con las piernas en el colchón, movimientos de pedaleo de las extremidades inferiores, golpearse repetidamente los pies, frotarse un pie con el otro e incapacidad para permanecer sentado
3. Signos de molestias en las piernas que están presentes exclusivamente o **empeoran durante los períodos de reposo e inactividad**
4. Signos de molestias en las piernas que **disminuyen con la actividad física**.
5. Los criterios 1 y 2 ocurren solamente por la **tarde o la noche** o empeoran en estas horas

## **Criterios de apoyo** para el diagnóstico de SPI en el anciano **con deterioro cognitivo**

**1. Respuesta a los dopaminérgicos**

**2. Antecedentes personales sugerentes de síndrome de piernas inquietas**

**3. Un familiar biológico de primer grado (hermano, hijo o padre) con síndrome de piernas inquietas**

**4. Movimientos periódicos de las extremidades observados mientras está despierto o durante el sueño**

**5. Movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño registrados por polisomnografía o [actigrafía](#)**

**6. Problemas significativos para conciliar el sueño**

**7. Mejor calidad del sueño durante el día que por la noche**

**8. Uso de ligaduras durante la noche (pacientes institucionalizados), uso de restricción física por la noche**

**9. Nivel sérico de [ferritina](#) bajo**

**10. Neuropatía grave**

**11. Diabetes**

**12. Evidencia clínica, electromiográfica o de la conducción nerviosa de neuropatía periférica o radiculopatía**

## Criterios para el diagnóstico de síndrome de piernas inquietas definitivo en niños (de 2 a 12 años) Criterio A (solo) o B más C

1. El niño cumple los cuatro criterios esenciales de SPI en adultos y  
2. El niño describe con sus propias palabras una sensación consistente en malestar en las piernas. Puede usar términos como ‘arañas’, ‘querer correr’, ‘cosquillas’, ‘pataleos’ o ‘demasiada energía en mis piernas’ o bien...

2. El niño cumple los criterios diagnósticos esenciales del SPI del adulto pero NO relata con sus palabras la sensación de disconfort y

Dos de los tres siguientes criterios de apoyo

a) Alteración del sueño para su edad

b) Un padre o hermano con SPI definitivo (pariente biológico con SPI definido)

c) El niño tiene un índice de movimientos periódicos de las extremidades documentado por polisomnografía de 5 o más por hora de sueño



# Escala de intensidad del SPI IRLSSG

1. En general, ¿cómo calificaría las molestias en sus piernas y/o brazos causadas por el síndrome de piernas inquietas? 4 Muy intensas 3 Intensas 2 Moderadas 1 Leves 0 Ninguna

2. En general, ¿cómo calificaría la necesidad que tiene de moverse debido a los síntomas del síndrome de piernas inquietas? 4 Muy intensa 3 Intensa 2 Moderada 1 Leve 0 Ninguna

3. En general, ¿hasta qué punto, al moverse, siente alivio de las molestias en las piernas y/o en los brazos causadas por el síndrome de piernas inquietas?

4 Ningún alivio 3 Alivio leve 2 Alivio moderado 1 Alivio completo o casi completo 0 Sin síntomas que deban aliviarse

4. En general, ¿cómo calificaría sus problemas para dormir debido a los síntomas del síndrome de piernas inquietas?

4 Muy intensos 3 Intensos 2 Moderados 1 Leves 0 Ninguno

5. ¿Hasta qué punto han sido fuertes el cansancio o la somnolencia durante el día debido a los síntomas del síndrome de piernas inquietas? 4 Muy intensos 3 Intensos 2 Moderados 1 Leves 0 Ninguno

6. ¿Cómo calificaría en conjunto su síndrome de piernas inquietas?

4 Muy intenso 3 Intenso 2 Moderado 1 Leve 0 Inexistente

7. ¿Con qué frecuencia presenta síntomas del síndrome de piernas inquietas?

4 Muy a menudo (de 6 a 7 días por semana) 3 A menudo (de 4 a 5 días por semana) 2 A veces (de 2 a 3 días por semana) 1 Pocas veces (1 día por semana) 0 Nunca

8. ¿Qué gravedad tienen de promedio en un día normal sus síntomas de síndrome de piernas inquietas?

4 Muy intensos (8 hs al día) 3 Intensos (de 3 a 8 hs al día) 2 Moderados (de 1 a 3 hs al día) 1 Leves (menos de 1 h al día) 0 No aparece nunca

9. En general, ¿qué repercusión tienen los síntomas del síndrome de piernas inquietas en su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias, como por ejemplo, llevar una vida familiar, doméstica, social, escolar o laboral satisfactoria? 4 Muy fuerte 3 Fuerte 2 Moderada 1 Leve 0 Nula

10. ¿Cómo calificaría sus alteraciones del estado de ánimo debidas a los síntomas del síndrome de piernas inquietas (por ejemplo, sentirse enfadado/a, deprimido/a, triste, preocupado/a o irritable)?

4 Muy intensas 3 Intensas 2 Moderadas 1 Leves 0 Inexistentes

## Escala de intensidad del SPI IRLSSG

- Leve: entre 1-10 puntos;
- Moderado: entre 11-20 puntos;
- Grave: entre 21-30 puntos
- Muy grave: si es superior a 31 puntos.

# Trastornos y procesos asociados a molestias nocturnas en las piernas

- Dolores de crecimiento
- Neuropatías con afectación de los axones de calibre pequeño
- Claudicación
- Estasis venosa, venas varicosas
- Mialgias
- Artritis
- Radiculopatías
- Parasitosis



Trastornos y procesos acompañados de una actividad motora excesiva, en combinación con molestias en las piernas

- Calambres musculares dolorosos, incluyendo los calambres nocturnos en las piernas
- Síndrome de las piernas dolorosas y de los dedos del pie en movimiento
- Síndrome causalgia distonía
- Síndrome de dolor fasciculaciones musculares.

# Clasificación

- Según edad: temprano (antes de los 45 años) y tardío (después de los 45 años)
- Según la etiología:
  - Primario:** 70/80%
  - Secundario:** 20%. Metabólicas, farmacológicas, situaciones especiales, enfermedades neurodegenerativas, otras causas.



# Asociaciones importantes con el SPI y causas potenciales

- Polineuropatías y radiculopatías lumbares incluyendo las siguientes:
- Neuropatía diabética, amiloidea familiar, asociada a crioglobulinas, a Charcot Marie Tooth tipo 2, atrapamiento del nervio safeno, meralgia parestésica.
- Deficiencia de hierro: con anemia: por donaciones de sangre o hemorragia interna. Sin anemia.
- Nefropatía: asociada a diálisis, no asociada a diálisis continua
- Embarazo
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad pulmonar: EPOC/apnea del sueño
- Trastornos misceláneos: hiper o hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, mielopatía, síndrome de hombre rígido, sdme Isaac, hiperplexia, tras resección gástrica.
- Medicamentos: bloqueadores de la dopamina: neurolépticos, bloqueadores sedantes, antieméticos, metoclopramida. Antidepresivos: tricíclicos, bloqueantes de la captación de serotonina y noradrenalina, litio. Antihistamínicos de acción central, antagonistas del calcio, medicamentos hipolipemiantes, antiinflamatorios no esteroideos.



# Fisiopatología

- Identificar áreas disfuncionantes: genética y sustrato neural.
- Neurotrasmisores implicados disfuncionantes
- Déficit de hierro



# Directrices terapéuticas generales en el SPI

- ¿Sufre el paciente SPI?
- ¿Sufre el paciente SPI primario o comórbido?)
- Qué pacientes deben recibir tratamiento? ¿Cuándo deben recibirlo? ( sintomatología leve o intermitente no acompañada de una discapacidad significativa requiere un tratamiento medicamentoso, o bien son suficientes las medidas no farmacológicas)
- ¿Cuál es la gravedad? Escala IRLSSG
- ¿Cómo definir los objetivos terapéuticos? Eliminación de los síntomas, de las sacudidas, reducción significativa de IRLSSG y mejoría de la calidad de vida.

# Clasificación de SPI con objetivos terapéuticos

SPI leve	Sintomatología leve e intermitente Sintomatología preocupante en ocasiones Sintomatología a menudo predecible y relacionada con la situación Puntuación IRLSSG de 1-10
SPI moderado	Los síntomas aparecen al menos dos veces por semana y reducen la calidad de vida Puntuación IRLSSG de 11-20
SPI moderadamente intenso	Igual sintomatología del SPI moderado Puntuación IRLSSG de 21-30
SPI intenso	Sintomatología significativa e intensa que aparece diariamente y que altera la función diurna y la calidad de vida Puntuación IRLSSG de 31-40
SPI refractario o sin respuesta al tratamiento	Sintomatología diurna intensa a pesar de dosis adecuada de tratamiento dopaminérgico Alteraciones importante del sueño Alteración de la calidad de vida y alteración de la función diurna Puntuación IRLSSG de 40



# Tratamiento no farmacológico del SPI

- Aplicar medidas de higiene del sueño
- Considerar la interrupción o la disminución de la dosis de medicamentos que pueden empeorar el SPI
- Evitar las sustancias que pueden desencadenar SPI
- Realizar ejercicio de forma regular y con intensidad moderada (evitar el ejercicio vigoroso)
- Llevar a cabo actividades que incrementan el grado mental de alerta
- Aplicar medidas de contra estimulación (duchas calientes o frías, masaje, levantarse y caminar)
- Participar en grupos de apoyo a los pacientes.

# Estrategias terapéuticas

SPI leve

Medidas no farmacológicas más gabapentina.  
Si no se obtiene respuesta, pramipexol o ropinirol

SPI moderado o moderadamente intenso

Si fuera necesario añadir clonazepam, opiáceos de potencia baja o moderada

SPI intenso

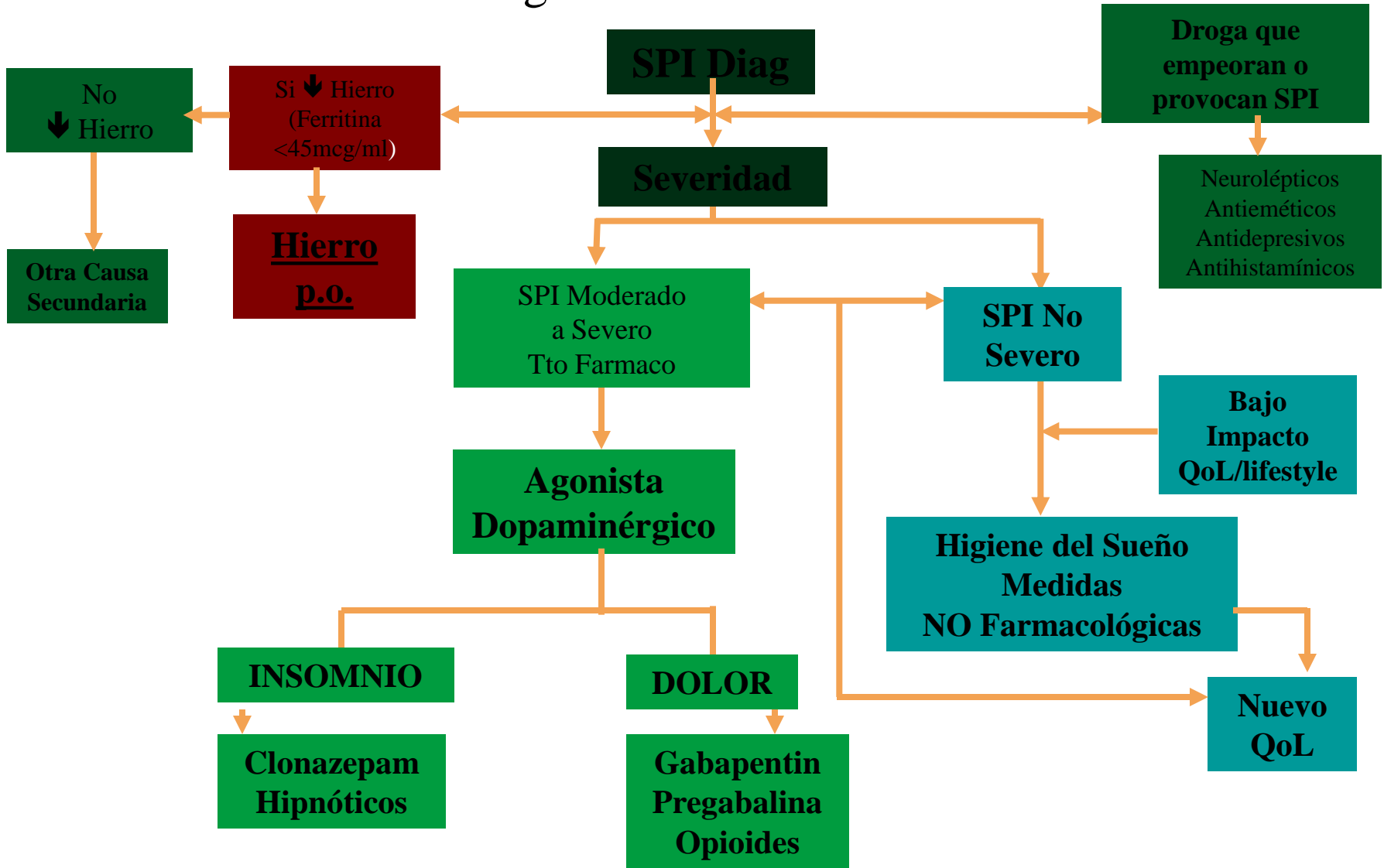
Medidas no farmacológicas más pramipexol o ropinirol  
aumento de la dosis  
Añadir gabapentina u opiáceos de potencia media a clonazepam  
Se pueden dar dosis múltiples incluyendo diurnas

SPI refractario o sin respuesta al tratamiento



Dosis múltiples vespertina, a la hora de acostarse, a la noche y si fuera necesario de día.  
Politerapia combinación de dos tres o cuatro medicamentos  
Opiáceos de potencia elevada  
Vacaciones medicamentosas o rotación de medicamentos con dos o tres fármacos  
Considerar fenómenos de potenciación y tolerancia  
trastornos comórbidos como deficiencia de hierro

# SPI – Algoritmo de Tratamiento



GRACIAS Y FELICES SUEÑOS...

