

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE POBLACIÓN ADULTA EN BURGOS

RESEARCH PROJECT. RESTLESS LEGS SYNDROME: FOLLOW-UP OF AN ADULT POPULATION COHORT IN BURGOS



Carla Collazo*

PhD estudiante. Terapeuta ocupacional. Máster en investigación y sociedades inclusivas. Departamento de salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos. España.
<https://orcid.org/0000-0002-4365-3138>

e-mail de contacto: ccollazo@ubu.es

*autora para la correspondencia



Esther Cubo

PhD. Neuróloga, Hospital Universitario de Burgos. Departamento de salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos. España.

Miren Elizari-Roncal

PhD. Médico de familia. Centro de Salud José Luis Santamaría, Burgos. España.

Cesar Gallego-Nieto

PHD. Médico de familia. Centro de Salud José Luis Santamaría, Burgos. España.

Teresa Barroso-Pérez

PHD. Médico de familia. Centro de Salud López Sáiz, Burgos. España.

Álvaro García-Bustillo

Terapeuta ocupacional. Unidad de investigación. Hospital Universitario de Burgos. España.
<https://orcid.org/0000-0003-2561-1003>



DeCS Síndrome de Piernas Inquietas; Calidad de Vida; Terapia Ocupacional **MeSH** Restless Legs Syndrome; Quality Of Life; Occupational Therapy

Objetivos: estudiar la evolución de la cohorte a la largo de 11 años (2007-2018). Mientras que, los objetivos específicos han sido: analizar las diferencias entre casos y controles; conocer la tasa de mortalidad de la cohorte y su relación con el síndrome de piernas inquietas; estimar el impacto del síndrome de piernas inquietas en la calidad de vida relacionada con la salud y el sueño. **Método:** el estudio ha seguido una metodología observacional, retrospectiva y longitudinal de una cohorte de casos y controles, formada por 232 pacientes. En ambas evaluaciones se recogieron datos sociodemográficos, clínicos (se administraron las siguientes escalas: EuroQol, Índice de Comorbilidad de Charlson, escala de ansiedad y depresión de Goldberg, escala de somnolencia de Epworth y el cuestionario de Calidad de Vida del síndrome de piernas inquietas) y analíticos, y en la segunda evaluación también se recolectaron datos de actigrafía (actividad física y sueño).

Objective: to study the evolution of the cohort over 11 years (2007-2018). Considering that the specific objectives have been: to analyze the differences between cases and controls; know the mortality rate of the cohort and its relationship with restless legs syndrome; estimate the impact of restless legs syndrome on health and sleep-related quality of life. **Methods:** the study has followed an observational, retrospective and longitudinal methodology of a cohort of cases and controls, made up of 232 patients. Sociodemographic and clinical data were collected in both evaluations (the following scales were administered: EuroQol, Charlson's Comorbidity Index, Goldberg's anxiety and depression scale, Epworth's sleepiness scale and the Quality-of-Life questionnaire for restless legs syndrome) and analytical, and in the second evaluation actigraphy data (physical activity and sleep) were also collected.

Texto recibido: 22/03/2022

Texto aceptado: 03/01/2022

Texto publicado: 31/05/2022

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno sensitivo-motor, caracterizado por inquietud y disestesia en las piernas⁽¹⁾. Suele aparecer por la tarde-noche, o en periodos de inmovilidad⁽¹⁻²⁾. Presenta una prevalencia estimada entre 5-10% de la población adulta, afectando principalmente a mujeres mayores de 35 años⁽³⁾. El diagnóstico se realiza en base al cumplimiento de unos criterios clínicos establecidos internacionalmente⁽¹⁾. Actualmente, la base fisiopatológica del SPI idiopático es poco conocida⁽⁴⁾, y sólo en casos graves se requiere tratamiento farmacológico, fundamentalmente suplementos de hierro o agonistas dopaminérgicos⁽⁵⁾.

El SPI afecta a la calidad de vida y mantenimiento del sueño debido a la necesidad de mover las piernas⁽⁶⁾. El trastorno del sueño es en gran parte el responsable del deterioro de la calidad de vida⁽⁷⁾, que también se ve

afectado entre otros, por la hipertensión y la diabetes⁽⁸⁾.

Este estudio fue diseñado para conocer la prevalencia y supervivencia de una cohorte prospectiva de pacientes con SPI durante 11 años. La principal relevancia de este estudio es el largo seguimiento de esta cohorte y, la ausencia de estudios que valoren la eficacia de la terapia ocupacional en la mejora de la calidad de vida de personas con SPI.

Ensalzar la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en esta patología es muy necesario. Este, puede establecer programas para trabajar el área de ocupación "descanso y sueño"; vitales para que no se afecten otras funciones ocupacionales. Así como programas para ralentizar o evitar el deterioro de la calidad de vida. De ahí la necesidad de que tanto terapeutas, como otros profesionales, conozcan el papel que pueden desarrollar en esta patología.

Hipótesis

Las hipótesis planteadas son: 1) la supervivencia en personas afectadas por el SPI es similar a aquellas personas no afectadas, 2) el SPI impacta en la calidad de vida debido al alto impacto en el descanso nocturno de los afectados.

Objetivos

Generales

El objetivo principal de este estudio fue conocer la evolución de la cohorte a lo largo de 11 años.

Específicos

Los objetivos específicos: analizar las diferencias entre casos y controles; conocer la tasa de mortalidad de la cohorte y su relación con SPI; estimar el impacto del SPI en la calidad de vida relacionada con la salud y el sueño.

MÉTODOS

Diseño

Estudio poblacional, de casos y controles, longitudinal, retrospectivo y observacional de una cohorte de pacientes seguidos durante 11 años. Aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario de Burgos.

Criterios de selección

Criterios 1ª fase (casos y controles):

- Inclusión: población mayor de 18 años de las 9 Zonas Básicas de salud de Burgos capital.
- Exclusión: individuos con deterioro cognitivo severo según DSM-V, con repercusión en las AVD.

Criterios 2ª fase (casos y controles):

- Inclusión: haber sido parte de la muestra en la primera evaluación.
- Exclusión: individuos con deterioro cognitivo severo según DSM-IV, con repercusión en las AVD; individuos que no tenían SPI y ahora si cumplen los criterios.

Para considerar caso a un participante, debía cumplir 3 o más criterios del Grupo de Estudio Internacional del SPI⁽¹⁾.

Procedimiento

Se realizaron dos evaluaciones presenciales: inicio (2007-2008) y seguimiento (enero-agosto 2019). Pero, en medio, no se realizó seguimiento presencial ni telefónico.

En ambos se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos. Se administraron las escalas: EuroQol⁽⁹⁾, Epworth⁽¹⁰⁾, Golberg⁽¹¹⁾, Restless Legs Syndrome Quality of Life Quesitonnaire⁽¹²⁾, Índice de Comorbilidad de Charlson⁽¹³⁾; y a mayores, en la segunda fase se añadió la recogida de datos con actígrafos (durante 7 días consecutivos). Se incluyeron 232 pacientes (78% mujeres), 96 con SPI (41,4%) en la primera fase y 60 participantes (25,2%), 38 con SPI (63,2%) en la segunda

Todos los datos fueron tratados según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección



de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante distribuciones de frecuencias y de las cuantitativas mediante medias, desviación estándar, medianas, rangos e intervalos de confianza. Así como pruebas comparativas (chi cuadrado y t de Student) y análisis de supervivencia. Todo ello con el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows.

DISCUSIÓN

Por primera vez, que se conozca, se confirma el importante impacto que tiene el SPI en la calidad de vida en una cohorte española. Además de señalar la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en esta patología; que puede trabajar tanto en la mejora o mantenimiento de calidad de vida, así como en el sueño (área de ocupación, definido por la AOTA, como "actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación").

Aplicabilidad práctica

Gracias a los datos recogidos, se evidencia la necesidad de establecer programas coadyuvantes de tratamiento no farmacológico (imprescindible la figura del terapeuta ocupacional) para mejorar los síntomas del SPI. Es decir, este trabajo sirve de precedente para conocer puntos de partida de las terapias no farmacológicas, desde las que el terapeuta ocupacional puede trabajar.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene un largo seguimiento y una amplia colección de datos, que permiten medir la gravedad de los síntomas, repercusión funcional y calidad de vida. Pero hemos evidenciado la necesidad de mejorar la capacidad de retención de los participantes en estudios poblacionales longitudinales, diseñando medidas innovadoras que motiven tanto al grupo control, como al experimental a permanecer en el estudio. Esta es una de las limitaciones (pérdida de muestra), otra de ellas es el sesgo de selección, ya que el estudio se realizó en un solo centro.

Futuras líneas de investigación

Resultaría interesante investigar la viabilidad y resultados de implementar un tratamiento no farmacológico desde terapia ocupacional, que tenga como objetivo mejorar la calidad de vida, mediante técnicas de relajación e higiene del sueño que permitan mejorar el descanso nocturno de los afectados.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar sus más sinceros agradecimientos y gratitud hacia los participantes del estudio. No existe ningún tipo de conflicto de intereses. El proyecto fue financiado con una beca del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), GRS 1764/A/18.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

EC, MER, CGN y TBP diseñaron, organizaron este estudio. CC organizó las visitas de los pacientes, y con MER, CGN y TBP realizaron las evaluaciones. EC y AGB realizaron la estadística del estudio. Y finalmente CC redactó el manuscrito. Todos los autores han dado su aprobación final a la versión enviada a la revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spiegelhalter K, Hornyak M. Restless legs syndrome in older adults. Clin Geriatr Med. 2008;24:167-80.
2. Zhang R, Brandt M, Schrempf W, Beste C, Stock A. Neurophysiological mechanisms of circadian cognitive control in RLS patients - an EEG source localization study. Neuroimage Clin. 2017;15:644-52.
3. Rizek P, Kumar N. Restless legs syndrome. CMAJ. 2017;189(6):E245.



4. Cubo E, Gallego-Nieto C, Elizari-Roncal M, Barroso-Pérez T, Collazo C, Calvo S. Is Restless Legs Syndrome Associated with an Increased Risk of Mortality? A Meta-Analysis of Cohort Studies. Tremor Other Hyperkinetic Mov. 2019;9.
5. Comella CL. Treatment of Restless Legs Syndrome. Neurotherapeutics. 2014;11(1):177–87.
6. Yellow V, Günay E, Famous M. The relationship between the frequency of restless leg syndrome, depression, anxiety and sleep quality among medical students. Tuberk Thorax. 2018;66(3):217–23.
7. Abetz L, Allen R, Follet A, Washburn T, Earley C, Kirsch J, et al. Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. Clin Ther. 2004;26(6):925–35.
8. Modarresnia L, Golgiri F, Hashemi Madani N, Emami Z, Tanha K. Restless Legs Syndrome in Iranian People With Type 2 Diabetes Mellitus: The Role in Quality of Life and Quality of Sleep. J Clin Sleep Med. 2018;14(2):223–8.
9. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28: 425-9.
10. Ferrer M, Vilagut G, Monasterio C, Montserrat JM, Mayos M, Alonso J. Media del impacto de los trastornos del sueño: las versiones españolas del cuestionario del impacto funcional del sueño y de la escala de somnolencia de Epworth. Med Clin (Barc) 1999; 113: 250-5.
11. Montón C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, García-Campayo J, Lobo A. Anxiety scales and Goldberg’s depression: an efficient interview guide for the detection of psychologic distress. Aten Primaria 1993; 12: 345-9.
12. Abetz L, Vallow S, Kirsch J, Allen R, Washburn T, Earley C. Validation of the Restless Legs Syndrome Quality of Life Questionnaire. Value Health 2005; 8: 157-67.
13. Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Vázquez-Valdez OE, Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM, García-Mayo EJ. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 153-162.

Anexos I. Flujograma de participación de sujetos con y sin Síndrome de Piernas Inquietas de 2007 a 2019.

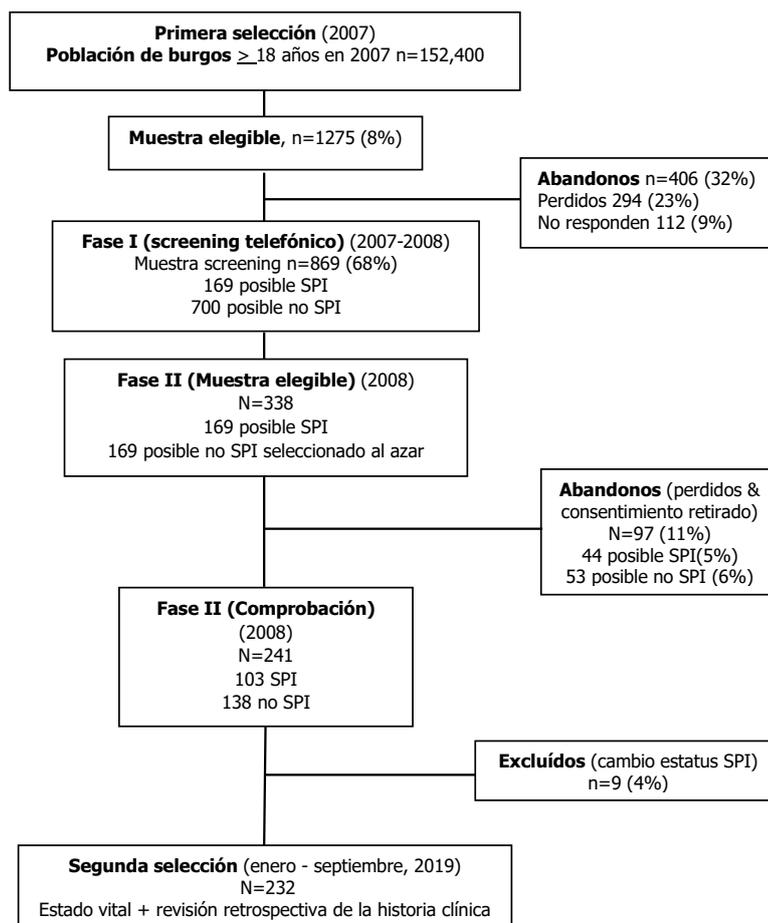


Figura I: Flujograma de participación de sujetos con y sin Síndrome de Piernas Inquietas de 2007 a 2019.

Elaboración propia 2021.

ANEXOS II. Tabla de exposición no exposición casos controles (diferencia del 2019-2009).

Tabla 1. Exposición y no exposición casos controles (diferencia del 2019-2009).

DIFERENCIA 2019 – 2009

	CASO			CONTROL		
	n total	Mediana/ Coef.-correl	p-valor	n total	Mediana/ Coef.-correl	p-valor
Ansiedad	27	-0.214	0.285	14	-0.404	0.152
Depresión	20	-0.523	0.018	9	-0.619	0.075
Calidad de sueño nocturno	36	-0.431	0.009	18	0.175	0.488
Calidad de vida	36	0.345	0.039	21	0.247	0.281

Elaboración propia 2021

ANEXOS III. Descriptivos 2019.

Tabla II. Descriptivos 2019.

2019	CASO		CONTROL	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Acude a consulta*	Si	9 (47.4%)	1 (4%)	20 (19.6%)
	No	10 (52.6%)	24(96%)	82 (80.4%)
Consumo de alcohol*	Si	8 (61.5%)	3 (30%)	10 (23.3%)
	No	5 (38.5)	7 (70%)	33 (76.7%)
Consumo de tabaco*	Si	7 (53.8%)	4(33.3%)	7 (16.3%)
	No	6 (46.2%)	8(66.7%)	36 (83.7%)
Deterioro cognitivo leve*	Si	1 (16.7%)	0	0
	No	5 (83.3%)	1(100%)	20(100%)
Total de kcals/día**	N = 6	N = 15	N = 0	N = 5
	3134,51 (700,21;5550.97)	2192,44 (1755,08;3052,87)		3135,84 (2740,38;4942.73)
Total de pasos/día***	N = 6	N = 15	N = 0	N = 5
	28665,83 (14983,72)	2518,8 (7806.47)		38507,8 (6855,38)

*Frecuencia (porcentaje)

**Mediana (percentil 25; percentil75)

***Media (DE)

Elaboración propia 2021

Derechos de autor

