

Síndrome de Piernas Inquietas (SPI): Guía de Abordaje Integral

Manejo y Tratamiento Escalonado

Diagnóstico: Los Criterios Esenciales



El Contexto del SPI

Trastorno neurológico infradiagnosticado (5-10% adultos).

Caracterizado por necesidad imperiosa de mover las piernas, impacta gravemente el sueño y la vida diaria.

El abordaje se centra en el diagnóstico clínico preciso y la optimización del hierro.

1. Necesidad imperiosa de movimiento

Sensación de inquietud o discomfort en las extremidades que obliga a moverlas.

2. El factor “Reposos y Alivio”

Los síntomas empeoran en reposo y se alivian parcial o totalmente con el movimiento.

3. Patrón Circadiano Nocturno

Empeoramiento claro durante la tarde o la noche, o presencia exclusiva en estas horas.

Pilar Fundamental: Optimización del Hierro (Ferritina)



>75-100 µg/L

Mantener **ferritina** >75-100 µg/L es el pilar fundamental del tratamiento inicial.

Medidas No Farmacológicas



Higiene del sueño



Estiramientos nocturnos



Retirada de fármacos agravantes



Antibistamínicos/Antidepresivos

Farmacoterapia de Primera Línea



Ligandos $\alpha 2\delta$ (pregabalina y gabapentina)



Dopaminérgicos

Los **ligandos $\alpha 2\delta$** son la opción preferida antes que los dopaminérgicos.

Clasificación de la gravedad del SPI (Escala IRLS)

Puntuación IRLS	Gravedad del SPI
0 - 10	Leve
11 - 20	Moderado
21 - 40	Grave / Muy Grave

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

MAGNITUD, DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN CLÍNICA

1. Exposición del Problema y Retraso Diagnóstico

El SPI es un trastorno neurológico sensitivo-motor que afecta a un **5-10% de la población adulta** y a un **1-4% de los niños**. A pesar de su prevalencia, existe un **retraso diagnóstico medio de 10 años**, debido a que los síntomas suelen ser vagos o se confunden con insomnio, ansiedad o nerviosismo. Su impacto es grave: se asocia a un mayor riesgo de depresión, ansiedad, fatiga crónica y problemas cardiovasculares en adultos, así como a dificultades atencionales en la infancia.

2. Criterios Diagnósticos Esenciales (IRLSSG 2014)

El diagnóstico es fundamentalmente **clínico** y se basa en una entrevista dirigida que debe confirmar cinco criterios:

1. **Urgencia por mover las piernas** (o brazos), generalmente acompañada de sensaciones desagradables o discomfort.
2. **Empeoramiento en reposo** o inactividad (sentado o acostado).
3. **Alivio con el movimiento** (caminar o estirar) mientras dura la actividad.
4. **Predominio vespertino o nocturno**.
5. **Exclusión de simuladores**: Los síntomas no deben explicarse por otras condiciones como varices, calambres, polineuropatías, artritis o acatisia.

Como criterios de apoyo, destaca la **historia familiar positiva** (presente en el 50-65% de los casos) y una respuesta positiva al tratamiento dopaminérgico.

3. Evaluación de la Gravedad y Pruebas Complementarias

Para cuantificar el impacto, se utiliza la **escala IRLS** (International Restless Legs Scale), un cuestionario de 10 preguntas (puntuación 0-40). Se considera **SPI Grave** si la puntuación supera los 20 puntos y **Muy Grave** si supera los 30.

En cuanto a la analítica, el factor sistémico clave es la **ferropenia**. En el SPI, el transporte de hierro a través de la barrera hematoencefálica está alterado, por lo que se requiere una ferritina sistémica más alta que en la población general. Se define ferropenia en SPI si la **ferritina es $\leq 75-100$ mcg/ml y/o el IST $< 20\%$** . Es vital solicitar una **PCR** para descartar que la ferritina esté elevada falsamente por inflamación.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y ABORDAJE PEDIÁTRICO

1. Cambio de Paradigma en el Tratamiento

El manejo moderno del SPI prioriza la corrección de factores exacerbantes, la optimización del hierro y el uso de ligandos como primera línea, desplazando a los agonistas dopaminérgicos debido al riesgo de **fenómeno de aumento** (empeoramiento de los síntomas causado por el propio fármaco).

- **Optimización del hierro:** Se recomienda reposición si la ferritina es $<100 \mu\text{g/L}$ o IST $<20\%$. El hierro oral (sulfato ferroso 65 mg) debe darse preferiblemente en días alternos con vitamina C. Si hay síntomas graves o intolerancia oral, la **carboximaltosa férrica intravenosa** (500-1000 mg) es la estrategia de elección en medio hospitalario.
- **Tratamiento Farmacológico (1ª Línea):** Los **ligandos** (Pregabalina 75-300 mg o Gabapentina 300-1800 mg) administrados 2 horas antes de los síntomas.
- **Segunda Línea y Refractarios:** Los opioides (oxicodona/naloxona, metadona) se reservan para casos graves refractarios o con fenómeno de aumento severo.

2. Protocolo de SPI en Pediatría

En niños, la clínica es sutil. Suelen usar términos como "*arañas o bichos caminando por dentro*" o directamente referir dolor. Es crucial el diagnóstico diferencial con los **dolores de crecimiento** (que no mejoran con el movimiento inmediato) y el **TDAH**.

- **Comorbilidades:** Entre el **11% y 43% de niños con TDAH** cumplen criterios de SPI. También se asocia a trastornos del espectro autista y ansiedad.
 - **Tratamiento Pediátrico:**
 1. Medidas higiénicas: Retirar cafeína, colas y chocolate.
 2. **Hierro Oral (1ª Elección):** 3-6 mg/kg/día si la ferritina es $< 50 \text{ ng/mL}$, buscando un objetivo de 50-75 ng/mL.
 3. **Segunda Línea:** Gabapentina es la opción preferida por seguridad. Se debe **evitar el uso de agonistas dopaminérgicos** en niños por el alto riesgo de potenciación yatrógena.
-

ROL DE ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y REFERENCIAS

1. Cuidados de Enfermería en Hospitalización y Cirugía

El paciente con SPI tiene un riesgo elevado de empeoramiento durante un ingreso debido a la inmovilidad y el estrés.

- **Conciliación Farmacológica:** Es imperativo **mantener el tratamiento habitual** para evitar crisis de agitación e insomnio grave.
- **Perioperatorio:** Se debe informar al anestesista para evitar fármacos exacerbantes y asegurar la reintroducción precoz del tratamiento tras la cirugía.
- **Medidas Físicas:** Fomentar la deambulaci3n supervisada, cambios posturales y masajes.

2. El Papel de la Matrona: SPI y Embarazo

El embarazo es un periodo de máxima vulnerabilidad, afectando a **una de cada tres gestantes** en el tercer trimestre.

- **Cribado:** Debe ser proactivo en las semanas 24-28 y 32-36.
- **Objetivos de Hierro:** En la gestante, se debe buscar una **ferritina > 30 ng/mL (ideal > 50 ng/mL)** y un IST > 20%.
- **Manejo del Parto:** Se recomienda el uso de telemetría para permitir la deambulaci3n y priorizar la **"Walking Epidural"** (analgesia de baja concentraci3n) para evitar la sensaci3n de "piernas atrapadas".
- **Postparto:** El 90% de los casos se resuelven en 48-72 horas tras el parto.

3. Criterios de Derivaci3n a Neurología

La derivaci3n se planteará si:

1. El SPI es **grave** (IRLS > 20).
2. Es **resistente al tratamiento inicial** o requiere dosis muy altas.
3. Hay sospecha de comorbilidades (Apnea del sueño, Parkinson o Polineuropatía).

REFERENCIAS:

- **Allen RP, et al.** Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria. *Sleep Med.* 2014;15(8):860-873.

- **Picchietti DL, et al.** Pediatric restless legs syndrome diagnostic criteria: an update by the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Sleep Med.* 2013;14(12):1253-1259.
- **Winkelman JW, et al.** Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2025;21(1):137–52.
- **Silber MH, et al.** The Management of Restless Legs Syndrome: An Updated Algorithm. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(7):1921–37.
- **SEMERGEN / SES.** Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) / Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas. Madrid; 2014.
- **Sharon D, et al.** Validation of the self-administered version of the international Restless Legs Syndrome study group severity rating scale – The sIRLS. *Sleep Med.* 2019;54:94–100.
- **Bueno Freire L, Martínez Vázquez S, Pastor Campo A.** Protocolos de enfermería y pediatría. 2024.

Este documento ha sido realizado gracias a la colaboración de:

- Dra. María Ángeles Martínez. Neurofisióloga. **SENFC**.
- Dra. Celia García Malo. Neuróloga. **SEN**.
- Dra. Laura Lillo. Neuróloga. **SES**
- Dra. Mar Torrecillas. **SEMG**.
- Dra. Miguel Pérez. **SEMERGEN**.
- Dr. Mario Iglesias. Neuropediatra **SENEP**.
- Dra. Virginia Soria. Psiquiatra **SEPSM**.
- D. Alejandro Pastor. Enfermero **CGE**.
- Dña. Leticia Bueno. Enfermera **CGE**.
- D. Sergio Martínez. Matrona. **Universidad de Jaén**.

SEMG, SEMERGEN (sociedades de médicos de familia)

- **SES**, Sociedad Española del Sueño
- **SEN**, Sociedad Española de Neurología
- **SENFC** Sociedad Española de Neurofisiología Clínica
- **SENEP**, Sociedad Española de Neuropediatría
- **CGE**, Consejo General de Enfermería

- **SEPSM**, Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental
- **CGE**, Consejo General de Enfermería
- **SEPSM**, Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental