

# INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN DE UN TRASTORNO DE SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

## AUTOR

Amanda López Picado<sup>1</sup>  
Natalia Burgos Alonso<sup>2</sup>  
Sofía Lopez Regueiro<sup>3</sup>

1. Unidad de Investigación de Álava, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.
2. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UPV/EHU.
3. Farmacéutica comunitaria de Erandio (Vizcaya).

## PALABRAS CLAVE

**PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL**  
Síndrome de piernas inquietas, indicación farmacéutica, trastorno del sueño.

**PALABRAS CLAVE EN INGLÉS**  
Restless legs syndrome, pharmaceutical care, sleeps disorder.

## RAZÓN DE CONSULTA

Paciente de 72 años diabética tipo 2 en tratamiento con insulina glargina e insulina glulisina y también con hipolipemiantes (ezetimiba y atorvastatina 10 mg).

Usuaría habitual de la oficina de farmacia nos comenta que en los últimos meses siente hormigueo en las piernas por las noches, que sólo cesan cuando se levanta y anda unos minutos por el pasillo de su casa. Este proceso llega a repetirlo hasta siete veces durante la misma noche, por lo que no consigue dormir más de dos horas seguidas y, durante el día, está somnolienta y se queda dormida fácilmente en cualquier lugar. Nos comenta que, tras consultar con el médico, le ha prescrito diazepam 10 mg media hora antes de dormir.

## EVALUACIÓN

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverse cuando se está descansando en un intento de aliviar esta sensación<sup>1,3</sup>. La sintomatología es de predominio vespertino y nocturno, por lo que muchos pacientes refieren problemas para conciliar y mantener el sueño de forma que llega a afectar de forma importante su calidad de vida<sup>2,4</sup>.

El diagnóstico de este síndrome se basa fundamentalmente en la sensación subjetiva del paciente, por lo que para establecerlo se requiere la presencia de cuatro elementos básicos (ver tabla 1). Respecto al tratamiento, existe tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico. Este último se basa en

una serie de medidas higiénico-sanitarias entre las cuales se encuentran una buena higiene del sueño, la realización de ejercicio aeróbico durante el día, técnicas de relajación y retirar, en la medida de lo posible, las sustancias inductoras del síndrome, como la cafeína, el alcohol y el tabaco<sup>1,6</sup>.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos de primera elección son los dopaminérgicos, sobre todo en casos leves e intermitentes principalmente levodopa combinada con carbidopa<sup>1</sup>. Los agonistas dopaminérgicos, tanto los ergóticos (bromocriptina, pergolida, carbegolina) como los no ergóticos (pramipexol, ropinirol)<sup>3,7</sup>, son los más utilizados en nuestro entorno siendo los segundo los más prescritos debido a los graves efectos secundarios que producen los ergóticos (fibrosis valvular cardíaca y trastornos circulatorios principalmente)<sup>7</sup>.

Pramipexol y ropinirol son agonistas de los receptores D2 y D3 con una semivida media aproximada de 10 y 6 horas respectivamente y un perfil de seguridad similar<sup>1,7</sup>. Pramipexol presenta una pauta de dosificación más rápida y sencilla, siendo las dosis más comunes las que oscilan entre 0,125 y 0,75 y entre 0,35 mg y 4 mg en el caso de ropinirol. Las dosis altas se recomiendan repartir en dos tomas, mediodía y noche<sup>1,6</sup>.

Se debe administrar con precaución en ancianos, pacientes con trastornos psiquiátricos, patología cardiovascular grave o insuficiencia hepática moderada. Posible somnolencia o episodios de sueño repentino e hipotensión postural. Puede observarse empeoramiento paradójico del síndrome de piernas inquietas. En este caso, ajustar dosis o suspender. Se han notificado juego patológico, aumento de la libido e hipersexualidad, alucinaciones, confusión, mareo, vértigo, síncope, discinesia, náuseas, dolor abdominal, vómitos, edema de piernas. Existen otros tratamientos para esta patología, como son las benzodiazepi-

## EXPOSICIÓN DEL CASO

**Sexo:** mujer.

**Edad:** 72 años.

**Patología:** diabetes tipo 2.

**Tratamiento:** insulina glargina e insulina glulisina y también con hipolipemiantes (ezetimiba y atorvastatina 10 mg).

TABLA 1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO<sup>6</sup>

Deseo de mover las extremidades a menudo asociado a parestesias y disestesias.
Síntomas que empeoran o sólo están presentes durante el reposo o que se alivian parcialmente o temporalmente con la actividad.
Inquietud motriz.
Empeoramiento nocturno de los síntomas.

nas, los antiepilépticos y los opioides, entre otros<sup>1,5</sup>. Respecto a las primeras, con esta indicación no se recomienda debido al riesgo de adicción y al efecto pasajero<sup>1</sup>.

## INTERVENCIÓN

### INTERVENCIÓN / RESULTADO

Tras repasar junto a la paciente los síntomas que ha tenido y los resultados insatisfactorios del tratamiento prescrito, decidimos remitirla al médico informándole de que tenemos la sospecha de encontrarnos ante un caso de SPI y le pedimos que vuelva a valorar a la paciente, teniendo en cuenta la información sobre los resultados del tratamiento actual.

## RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

La paciente vuelve a los dos días con una receta de ropinirol 0,25 mg con indicación de ir aumentando la dosis cada dos días hasta llegar 1 mg, tras lo cual deberá de volver a la consulta para evaluar la evolución del nuevo tratamiento. La paciente nos informa que ha mejorado, pero que aún sigue notando molestias nocturnas.

En la revisión del tratamiento el médico decide aumentar la dosis hasta 1,75 mg diarios para lograr eliminar totalmente los síntomas. Días después, la paciente regresa a la farmacia preocupada porque, a pesar de que constata

una ligera mejoría, empieza a notar la somnolencia diurna. Esto, unido a la aparición de náuseas, hace que decida dejar el tratamiento. Tras avisarla que nunca debe de dejar un tratamiento sin informar previamente a su médico, la remitimos urgentemente a su facultativo, el cual decidió disminuir la dosis de forma progresiva (0,25 mg al día) hasta 1,25 mg. Esto logró eliminar los efectos adversos y controlar la sintomatología.

En la actualidad, aunque el tratamiento no ha conseguido erradicar totalmente los síntomas, sí que ha logrado una importante mejora, consiguiendo que la paciente tenga un sueño reparador y pueda realizar su actividad cotidiana sin problemas. **FC**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez García M. Una revisión del síndrome de piernas inquietas. *Semergen*. 2008; 34: 80-86.
- Earley CJ. Restless legs syndrome. *New Eng J Med*. 2003; 348: 2103-2109.
- Baos Vicente V, Grandas Perez F, Kulisevsky Bojarski J, Lahuerta Dal-Ré J, Luquin Piudo R, por el Grupo de estudio DECODE RSL-España, Cummings Donadio P, et al. El síndrome de piernas inquietas: detección, diagnóstico, consecuencias sobre la salud y utilización de recursos sanitarios. *Rev Clin Esp* 2009; 209(8): 371-381.
- Manconi M, Govoni V, De Vito A, Economou NT, Cesnik E, Casetta I, et al. Restless legs syndrome and pregnancy. *Neurology* 2004; 63: 1065-1069.
- Sugrañes Ballbe G, Cruz Arnés M, Keim Palau O, Martínez Cabrera MD, Urosa Domingo C, Gayoso Martín S. Síndrome de piernas inquietas. *Salud Rural* 2006; 23(7): 19-28.
- Fraguas Herráez D, Terán Sedano S, Carazo Jiménez S, Rodríguez Solano JJ. Un caso de síndrome de piernas inquietas: importancia del diagnóstico. *Psiquiatría Biológica*. 2006; 13(4): 145-147.
- Kruszewski SP, Shane J, Winkelman JW, Sethi KD, Kushida CA, Becker PM, et al. Efficacy and safety of pramipexole in restless legs syndrome. *Neurology* 2007; 68: 1641-1642.