
ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia del síndrome de piernas inquietas en 69,830 mujeres mexicanas

Martín Lajous,^{*,†,‡} Tobias Kurth,^{§,||} Andres Catzin-Kuhlmann,[¶] Isabelle Romieu,^{*,**} Ruy López-Ridaura^{*}

*Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

†Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health. Boston, USA.

‡Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP), U1018, Institut de Cancérologie Gustave-Roussy, Villejuif, France.

§Division of Preventive Medicine, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA.

||INSERM Unit 708-Neuroepidemiology, Bordeaux, France.

¶Dirección de Medicina, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Section of Nutrition and Metabolism, International Center for Research on Cancer, Lyon, France.

**Prevalence of restless legs syndrome
in 69,830 Mexican women**

RESUMEN

Objective. To determine the prevalence of restless legs syndrome (RLS) in a group of Mexican women. **Material and methods.** In 2011 a sample 69,830 Mexican women participating in a longitudinal study answered a questionnaire addressing the minimal diagnostic criteria for RLS. **Results.** RLS prevalence was 15.6% and mean age 44.4 years (\pm 7.4). The prevalence among women < 30 years was 7.7% and among those \geq 60 years 17.9%. Despite 54.5% of cases reporting high frequency of symptoms only 18.1% received treatment. **Conclusions.** RLS may affect a large, previously unrecognized proportion of the Mexican population.

Key words. Restless leg syndrome. Prevalence. Cross-sectional. México. Epidemiology.

Objetivo. Determinar la prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) en un grupo de mujeres mexicanas. **Material y métodos.** En 2011, una muestra de 69,830 mujeres mexicanas que participaron en un estudio longitudinal respondió un cuestionario de autollenado de criterios mínimos de diagnóstico para SPI. **Resultados.** La prevalencia de SPI fue de 15.6% a una edad promedio de 44.4 años (\pm 7.4); en mujeres menores de 30 años fue de 7.7% y en \geq 60 años de 17.9%. Aunque 54.5% reportó una alta frecuencia de síntomas, sólo 18.1% refirieron recibir tratamiento. **Conclusión.** El SPI puede afectar a un grupo importante de la población mexicana hasta ahora no reconocido.

Palabras clave. Síndrome de piernas inquietas. Prevalencia. Transversal. México. Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es una alteración sensitiva-motora y del sueño que afecta alrededor de 15% de los adultos y cuya prevalencia aumenta con la edad y parece ser dos veces mayor en mujeres que en hombres.¹ El SPI se caracteriza por una necesidad inquietante e irresistible de mover las piernas, acompañada generalmente por sensaciones desagradables en las extremidades inferiores.

Los síntomas empeoran en inactividad y durante la noche y se ven mitigados por el movimiento. Su aparición parece estar ligada a una disfunción dopamínérgica y a alteraciones en el metabolismo del hierro.² El SPI se asocia con importantes alteraciones del sueño y reducción de la calidad de vida³ y parece tener un impacto considerable en la productividad.⁴ Se ha asociado con distintas enfermedades como obesidad,⁵ hipertensión⁶ y depresión,⁷ y se ha sugerido un vínculo entre SPI y desregula-

ción metabólica y diabetes.⁸ Su alta prevalencia en la población general, el envejecimiento de la misma y la presencia de importantes comorbilidades hacen del SPI un importante y urgente problema de salud pública. A la fecha no existen reportes sobre su prevalencia en la población mexicana, por lo que se buscó determinarla en un grupo de mujeres mexicanas relativamente jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Estudio de Seguimiento la Salud de las Maestras (ESMaestras) inició en 2006 cuando 27,992 mujeres mexicanas del sistema de educación pública de Jalisco y Veracruz respondieron un cuestionario de autollenado sobre estilo de vida, factores reproductivos y enfermedades. En 2008 el estudio se expandió a 10 estados más para tener 115,846 participantes. En 2011, 69,830 participantes respondieron un cuestionario detallado de criterios mínimos de diagnóstico para SPI, el cual requiere la presencia de síntomas específicos-criterios diagnósticos establecidos por el International Restless Legs Study Group (IRLSG).⁹ Las participantes respondieron las siguientes preguntas que contemplan los cuatro criterios mínimos:

- En el último año, ¿ha tenido sensaciones desagradables en las piernas (por ejemplo, molestia, hormigueo, entumecimiento o dolor) y al mismo tiempo un impulso o necesidad de moverlas?
- ¿Estos síntomas suceden únicamente cuando está sentada o descansando?

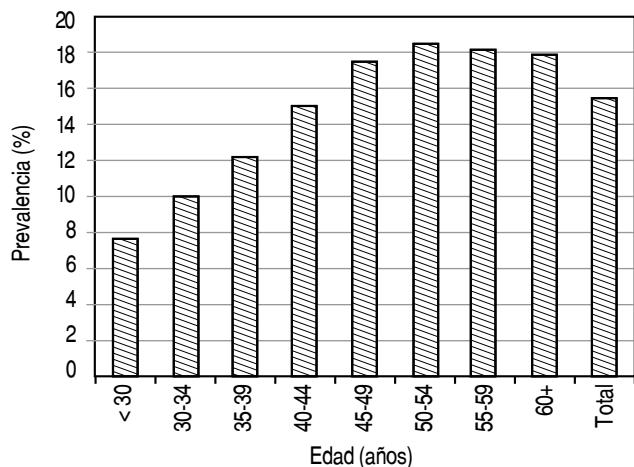


Figura 1. Prevalencia de síndrome de piernas inquietas por edad en 69,830 mujeres que participaron en el estudio de cohorte ESMaestras (2011).

- ¿Si se mueve disminuyen estos síntomas?
- ¿Estos síntomas empeoran en la tarde o en la noche?

Aquellas participantes que respondieron “sí” a las cuatro preguntas se definieron como casos de SPI. Este cuestionario se ha usado en distintos contextos¹⁰⁻¹³ y demostró tener buena validez¹⁴ en comparación con exploración clínica. Este instrumento no ha sido validado en población mexicana, pero demostró consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.84). Las participantes también respondieron preguntas sobre la frecuencia de síntomas (menos de una vez al mes, una vez al mes, dos a tres veces al mes, una vez a la semana, dos a cuatro veces por semana, cinco o más veces por semana) y tratamiento.

RESULTADOS

La prevalencia de SPI fue de 15.6% (10,864 casos) en una población femenina con una edad promedio de 44.4 años (± 7.4). La figura 1 muestra la prevalencia de SPI por grupos de edad; se observa un claro aumento en la prevalencia de SPI con la edad, en menores de 30 años fue de 7.7% y en mujeres de 60 años o más de 17.9%. La frecuencia de estos síntomas demostró ser alta (Figura 2), 54.5% del participantes con SPI reportó tener estos síntomas al menos una vez por semana. La prevalencia del SPI con síntomas al menos una vez a la semana fue de 8.3%. Únicamente 18.1% de los casos de SPI recibió tratamiento y esta proporción es mayor en participantes con mayor frecuencia de síntomas (11.6%

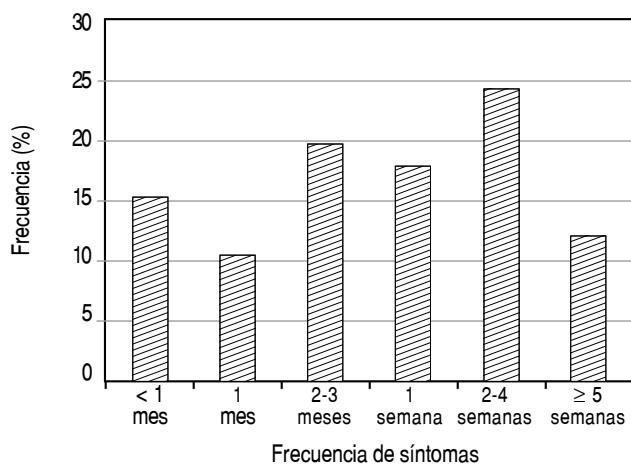


Figura 2. Frecuencia de síntomas en 10,864 mujeres con síndrome de piernas inquietas que participaron en el estudio de cohorte ESMaestras (2011).

con síntomas menos de una vez al mes vs. 27.5% con síntomas ≥ 5 veces por semana).

DISCUSIÓN

En un estudio de 69,830 mujeres mexicanas relativamente jóvenes se observó una alta prevalencia de SPI que aumenta con la edad, con una elevada frecuencia de síntomas en su mayoría sin tratamiento. Con base en estudios que usaron los criterios mínimos del IRLSG, se estima que la prevalencia de SPI en mujeres en países occidentales es de 4-11% a los 35 años y de 4-28% a los 65. En contraste, en países asiáticos la prevalencia parece ser consistentemente de 4%.¹⁵ En la población se observó una prevalencia de 12% en mujeres de entre 35 y 39 años y de 18% en mujeres de 60 años y mayores, similar a lo observado en países occidentales. La prevalencia de la enfermedad se redujo de manera importante si se considera la presencia de síntomas al menos una vez a la semana; esta reducción de poco más de 50% es consistente con lo observado en otras poblaciones.¹⁵ El SPI frecuentemente se subdiagnosticó y su tratamiento es poco común¹⁶ en esta población, únicamente 18% de las mujeres con SPI recibía tratamiento. En un estudio en población geriátrica en un contexto clínico se observó una prevalencia de 11.1%; sin embargo, ningún paciente fue diagnosticado o en tratamiento.¹⁷ En nuestra población no se evaluó directamente si las participantes tenían diagnóstico previo de SPI; sin embargo, la baja proporción de mujeres en tratamiento sugiere que este diagnóstico es poco frecuente.

El presente estudio está limitado por sesgo de selección y por la inclusión de mujeres jóvenes con un nivel educativo mayor al promedio nacional. La población de análisis representa 60% de las participantes en la cohorte ESMaestras; sin embargo, no se observó diferencia sustancial en la distribución de edad entre las mujeres que respondieron a la fecha el cuestionario (2011) y las que no. Es posible que la prevalencia nacional sea mayor a la observada, ya que las mujeres mayores están subrepresentadas en nuestra población, y que el porcentaje de tratamiento del SPI sea menor en grupos con acceso más restringido a servicios de salud.

Por primera vez, en una muestra grande de mujeres mexicanas relativamente jóvenes se observó una alta prevalencia del incapacitante SPI, por lo que entender la relación con distintas comorbilidades es prioritario para permitir el establecimiento de políticas de prevención.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a todas las maestras participantes por su tiempo y compromiso, a la Coordinación Nacional de Carrera Magisterial por su apoyo en la realización de este proyecto y en especial a Víctor Sastre, Director de Normatividad. Este trabajo se realizó con el apoyo financiero de la Comisión Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CONACyT, American Institute for Cancer Research y Avon. Agradecemos también a todas las autoridades educativas, de salud y a las coordinaciones estatales de Carrera Magisterial. Estamos en deuda con todo el equipo operativo de ESMaestras y con el Estudio de Salud de las Enfermeras (NHS) y la cohorte de maestras E3N en Francia por su trabajo y su orientación intelectual.

REFERENCIAS

1. Innes KE, Selfe TK, Agarwal P. Prevalence of restless legs syndrome in North American and Western European populations: A systematic review. *Sleep medicine* 2011; 12: 623-34.
2. Jones R, Cavanna AE. The neurobiology and treatment of restless legs syndrome. *Behavioural neurology* 2013; 26: 283-92.
3. Happe S, Reese JP, Stiasny-Kolster K, Peglau I, Mayer G, Klotsche J, Giani G, et al. Assessing health-related quality of life in patients with restless legs syndrome. *Sleep medicine* 2009; 10: 295-305.
4. Allen RP, Bharmal M, Calloway M. Prevalence and disease burden of primary restless legs syndrome: Results of a general population survey in the united states. *Mov Disord* 2011; 26: 114-20.
5. Gao X, Schwarzschild MA, Wang H, Ascherio A. Obesity and restless legs syndrome in men and women. *Neurology* 2009; 72: 1255-61.
6. Batool-Anwar S, Malhotra A, Forman J, Winkelman J, Li Y, Gao X. Restless legs syndrome and hypertension in middle-aged women. *Hypertension* 2011; 58: 791-6.
7. Li Y, Mirzaei F, O'Reilly EJ, Winkelman J, Malhotra A, Okeke OI, Ascherio A, et al. Prospective study of restless legs syndrome and risk of depression in women. *Am J Epidemiol* 2012; 176(4): 279-88.
8. Benediktsdottir B, Janson C, Lindberg E, Arnardottir ES, Olafsson I, Cook E, Thorarinsson EH, et al. Prevalence of restless legs syndrome among adults in Iceland and Sweden: Lung function, comorbidity, ferritin, biomarkers and quality of life. *Sleep medicine* 2010; 11: 1043-8.
9. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J. Restless Legs Syndrome D. Epidemiology workshop at the National Institutes of H, International Restless Legs Syndrome Study G. 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 medicine* 2003; 4: 101-19.
10. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Archives of internal medicine* 2004; 164: 196-202.
11. Winter AC, Schurks M, Glynn RJ, Buring JE, Gaziano JM, Berger K, Kurth T. Restless legs syndrome and risk of incident car-

- diovascular disease in women and men: Prospective cohort study. *BMJ open* 2012; 2: e000866.
12. Hogl B, Kiechl S, Willeit J, Saletu M, Frauscher B, Seppi K, Muller J, et al. Restless legs syndrome: A community-based study of prevalence, severity, and risk factors. *Neurology* 2005; 64: 1920-4.
13. Rothdach AJ, Trenkwalder C, Haberstock J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of rls in an elderly population: The memo study. Memory and morbidity in augsburg elderly. *Neurology* 2000; 54: 1064-8.
14. Berger K, von Eckardstein A, Trenkwalder C, Rothdach A, Junker R, Weiland SK. Iron metabolism and the risk of restless legs syndrome in an elderly general population—the memo-study. *J Neurology* 2002; 249: 1195-9.
15. Ohayon MM, O'Hara R, Vitiello MV. Epidemiology of restless legs syndrome: A synthesis of the literature. *Sleep medicine reviews* 2012; 16: 283-95.
16. Salas RE, Gamaldo CE, Allen RP. Update in restless legs syndrome. *Curr Opinion Neurol* 2010; 23: 401-6.
17. Aguera-Ortiz L, Perez MI, Osorio RS, Sacks H, Palomo T. Prevalence and clinical correlates of restless legs syndrome among psychogeriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 1252-9.

Reimpresos:

Ruy López-Ridaura

Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad, Núm. 655
Col. Santa María Ahuacatitlán
62100, Cuernavaca, Mor.
Tel.: 52-777-101-2938
Correo electrónico: rlridaura@insp.mx

Recibido el 30 de octubre 2013.

Aceptado el 25 de abril 2014.