

bina ($p=0,022$), hematócrito ($p=0,035$) y tasa de filtrado glomerular ($p=0,004$).

Al realizar asociaciones tetracóricas entre cada una de las variables cualitativas vs buena calidad de vida encontramos una OR de 6,88 (IC 95% = 1,8-28,5, $p < 0,01$) para los estadios tempranos de la enfermedad renal (1-2); una OR de 9,83 (IC 95% = 3,3-29,96, $p < 0,01$) para buena funcionalidad familiar según Apgar; y una OR de 5,23 (IC 95% 1,28-21,30, $p=0,01$) para apoyo afectivo adecuado según MOS.

Se identificaron nuevas variables asociadas de forma significativa con la calidad de vida, como la valoración Apgar de funcionalidad familiar y el instrumento Medical Outcomes Study de apoyo social, en su componente afectivo. A su vez, en este estudio no se demostró asociación estadísticamente significativa con variables como la edad, el peso, la estatura, el IMC, el consumo de tabaco o alcohol y las otras variables familiares analizadas. Este análisis nos permite identificar variables sociales y psicológicas de potencial terapéutico que pudieran generar un impacto significativo sobre la CVRS. Por lo tanto, los autores consideramos que este tipo de pacientes pudiera beneficiarse de un estudio de salud familiar como parte de su manejo integral en atención primaria.

Bibliografía

- Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118:622-9.
- Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis.* 2005;45:658-66.
- influence of age and dialysis modality. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4:711-8.
- Kusek JW, Greene P, Wang SR, Beck G, West D, Jamerson K, et al. Cross-sectional study of health-related quality of life in african americans with chronic renal insufficiency: the african american study of kidney disease and hypertension trial. *Am J Kidney Dis.* 2002;39:513-24.
- Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN. Quality of life in end stage renal disease: a multicentre comparative study. *West Indian Med J.* 2009;58:235-42.
- Sprangers MA, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol.* 1992;45:743-60.

Eric Oropeza-Guzmán^{a,*}, Adriana Lorena Santana-Cano^b, Mario Alberto García-Cárdenas^c y Mónica Araceli Sandoval-Magaña^{b,d}

^a Servicio Social, Unidad de Medicina Familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

^b Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

^c Nefrología, Hospital General de Zona No. 89, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

^d Profesora Titular de la especialidad en Medicina Familiar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ericoropeza@hotmail.com

(E. Oropeza-Guzmán).

doi:10.1016/j.aprim.2010.12.010

Conocer la prevalencia del síndrome de piernas inquietas en la población adulta de Burgos[☆]

Determination of the prevalence of restless legs syndrome in the adult population of Burgos

Sr. Director:

La prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) oscila entre un 2,5 y 10%¹. El diagnóstico es clínico.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia del SPI y sus características asociadas en la población adulta de Burgos. Estudio descriptivo, transversal, realizado en centros de salud de atención primaria del área urbana de Burgos entre octubre de 2007 y julio de 2008.

Se incluyeron adultos ≥ 18 años de ambos sexos, excluyendo individuos con deterioro cognitivo severo según criterios DSM-IV². Para la muestra aleatoria estratificada por edad, seleccionada a partir de la base de datos de

tarjeta sanitaria, se usaron los supuestos: prevalencia esperada 10%, alfa = 5%, precisión 3% y pérdidas 70%. El nivel de significación fue de 0,05 y los intervalos de confianza se calcularon al 95%. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Burgos, firmando el consentimiento antes de participar.

Se realizaron las mediciones e intervenciones siguientes. Primera fase: cribado realizado por 2 enfermeras entrenadas mediante encuesta telefónica validada, basada en los criterios del grupo de trabajo internacional de SPI (2003): 1) necesidad de mover extremidades, sobre todo piernas, acompañado de parestesias; 2) comienzo o exacerbación de síntomas en reposo; 3) se alivia con movimiento, y 4) empeora o aparece por la noche³. Se definió caso SPI: sujetos con ≥ 3 respuestas afirmativas. Se eligieron los no casos entre los que no cumplían los criterios, pareados por edad y sexo a los casos. Segunda fase: se realizó certificación diagnóstica, prueba de referencia, por personal médico entrenado.

Se incluyeron 1.275 personas, edad media 48,4 años (DE 18,6), 49,4% mujeres. Se localizaron 981 personas (76,9%) y respondieron 869 (68,2%). La edad media fue de 48,2 años (DE 17,9), el 54,9% mujeres. El nivel de estudios fue bachiller superior, tenían diagnóstico previo de SPI el 0,6% y antecedentes familiares el 0,9%.

[☆] Este estudio ha sido presentado en las XIII Jornadas Nacionales de Residentes de SEMFYC en mayo de 2009.

Tabla 1 Síndrome de piernas inquietas según método diagnóstico

	Entrevista (prueba de referencia)		Total
	No SPI	SPI	
<i>Cribado telefónico</i>			
No SPI	108	8	116
SPI	30	95	125
Total	138	103	241

Sensibilidad: 95/103: 92,2% (IC 95%: 86,6-97,9%).
 Especificidad: 108/138: 78,26% (IC 95%: 71-85,5%).
 Valor predictivo positivo: 95/125: 76% (IC 95%: 68,1-83,9%).
 Valor predictivo negativo: 108/116: 93,1% (IC 95%: 88,1-98,1%).
 Prevalencia: 103/241: 42,7% (IC 95%: 36,3-49,2%).

Con el cribado telefónico se identificaron 169 casos, 19,5% (IC 95%: 16,8-22,1); edad media 49,5 años (DE 15,8), 78,7% mujeres ($p < 0,001$).

Se realizó la certificación diagnóstica entrevistando a 241 personas (28%), resultaron: 103 casos, 8 falsos negativos y 138 no casos, 30 falsos positivos. De los que tenían antecedente familiar de SPI el 37,5% correspondía a los no casos y el 62,5% a casos SPI ($p = 0,009$).

La sensibilidad de la encuesta telefónica fue del 92,2% (IC 95%: 86,5 - 97,8) y la especificidad del 78,3% (IC 95%: 71 - 85,5) ($p < 0,001$) (tabla 1). La prevalencia de SPI, mediante cribado telefónico, corregida por sensibilidad y especificidad fue 5,6% (IC 95%: 2,5-8,7).

La prevalencia de SPI en la población adulta de Burgos es similar a la de otros países occidentales, frecuente en mujeres y adultos jóvenes^{1,4,5}. Para el cribado del SPI el cuestionario telefónico es breve y fácil de contestar con elevada sensibilidad y moderada especificidad⁶ por lo que se puede aplicar fácilmente en la consulta.

El SPI está escasamente diagnosticado en atención primaria. Su importancia viene determinada por la asociación del SPI con la alteración del sueño y afectar a la calidad de vida (siguiente objetivo del estudio), además del coste económico de medicación y pérdida de horas de trabajo. Una limitación del estudio es un posible sesgo de selección por no incluir sujetos institucionalizados y tener menor representación de varones.

Financiación

Beca de ayuda a la investigación del Fondo Caja de Burgos de Investigación Clínica.

Agradecimientos

A la Gerencia de Atención Primaria, Unidad Docente y Centros de Salud de Burgos.

Bibliografía

- García-Borreguero D, Egatz R, Winkelman J, Berger K. Epidemiology of restless leg syndrome: The current status. *Sleep Med Rev.* 2006;10:153-67.
- López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. *DSM-IV-TR. Breviario, criterios diagnósticos.* Barcelona: Masson; 2005.
- Allen RP, Picchiatti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J, Restless Legs Syndrome Diagnosis and Epidemiology workshop at the National Institutes of Health; International Restless Legs Syndrome Study Group. 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 Med.* 2003;4:101-19.
- Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med.* 2005;165:1286-92.
- Merlino G, Valente M, Serafini A, Gigli G. Restless legs syndrome: diagnosis, epidemiology, classification and consequences. *Neurol Sci.* 2007;28 Suppl 1:S37-46.
- Hening WA, Allen RP, Thanner S, Washburn T, Heckler D, Walters AS, et al. The Johns Hopkins telephone diagnostic interview for the restless legs syndrome: preliminary investigation for validation in a multi-center patient and control population. *Sleep Med.* 2003;4:137-41.

María Teresa Barroso-Pérez^{a,*}, José Cordero-Guevara^b, Esther Cubo-Delgado^c, Lorena Checa-Díez^d y Estefanía Poza-Maure^e

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Cristóbal Acosta, Burgos, España*

^b *Técnico de Salud, Gerencia de Atención Primaria de Burgos, Burgos, España*

^c *FEA de Neurología, Hospital General Yagüe, Burgos, España*

^d *DUE, Hospital Divino Valles, Burgos, España*

^e *DUE, Hospital General Yagüe, Burgos, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresabarrosoperez@hotmail.com (M.T. Barroso-Pérez).

doi:10.1016/j.aprim.2011.01.003