

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS



José Ciércoles Prado



*Colegio Oficial de
Diplomados en Enfermería de
Madrid*

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Título de la obra: Guía de cuidados de enfermería en el síndrome de piernas inquietas.

Edita: José Ciércoles Prado

ISBN: 978-84-694-1989-2

Depósito legal: M-14842-2011

Impreso en España - Printed in Spain

Imprime: SSAG, S.L.

C/. Lenguas, 14 - 3ª

28021 Madrid - 91 797 37 09

Diseño y Maquetación: www.cadsa.net

Todos los derechos reservados.

Bajo las sanciones establecidas en las leyes, queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del copyright, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

AGRACEDIMIENTOS

Lógicamente a Carmen, Laura y Marcos por haber sido mi motor principal en la creación de esta Guía.

A la Dra. M^a del Mar Fernández Fernández.

También a los Neurólogos Ambrosio Miralles Martínez, Francisco J. Rodríguez de la Rivera Garrido y Pedro Bermejo Velasco por su colaboración en el presente trabajo.

Y como no a las Supervisoras de los Centros de Especialidades de Fuencarral, Alcobendas y José Marva que me han apoyado, Fina, Marisa y Teresa.

ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción.	9
Epidemiología.	11
Diagnóstico.	15
Diagnóstico diferencial con otros trastornos del sueño.	21
Fisiopatología.	25
El Proceso Enfermero en Pacientes con SPI.	27
Valoración de las necesidades de pacientes con SPI.	31
Plan de cuidados.	35
Diagnósticos de enfermería.	37
• Trastorno del patrón del sueño.	37
• Riesgo de lesión.	43
• Disconfort.	51
• Riesgo de disfunción neurovascular periférica.	61
Tratamiento.	65
Tratamiento no farmacológico.	67
Tratamiento farmacológico.	73
Conclusiones.	77
Bibliografía.	79

INTRODUCCIÓN



Thomas Willis

En el siglo XVII, el médico inglés Thomas Willis describió el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) en “De Anima Brutorum”, sin embargo, la descripción de Willis quedó olvidada durante 300 años. En 1945 el médico sueco Karl-Axel Ekbom publico una serie de casos, que los describió con el término inglés “restless legs”

con el que se conoce este síndrome en la literatura internacional, lo que ha motivado que este trastorno reciba también el nombre de síndrome de Ekbom. Otro médico sueco, Nils Brage Nordlander, contemporáneo de Ekbom, apreció la relación entre síndrome de piernas inquietas y ferropenia, y demostró que algunos pacientes podían mejorar de sus síntomas con aportes de hierro. Pero nuevamente el síndrome cayó en el olvido hasta 1995 cuando se establecieron los criterios diagnósticos actuales y la posibilidad de tratamientos eficaces.

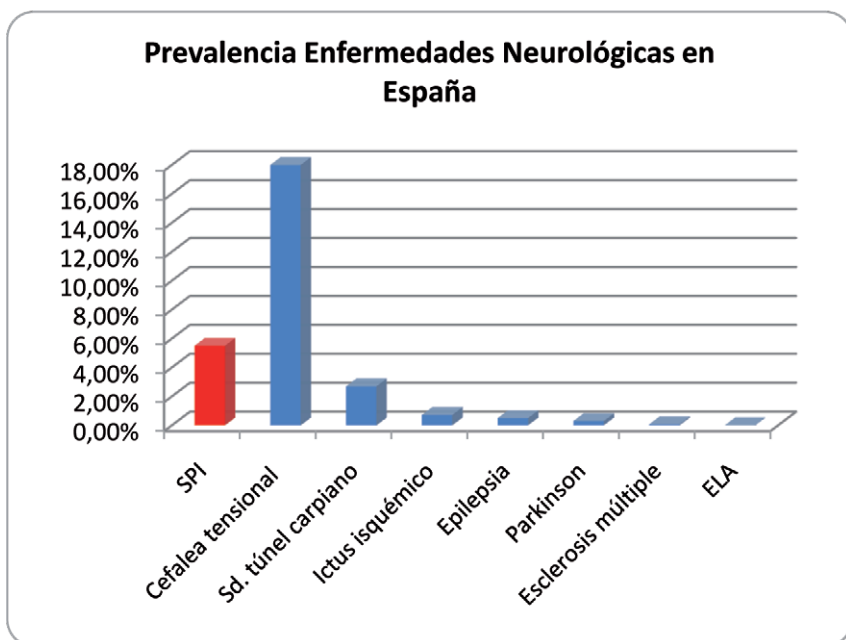


Karl-Axel Ekbom

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) es una patología neurológica caracterizada por la necesidad, que tienen los pacientes, de mover las piernas, suele ir acompañado de dolor o malestar, hay personas que describen las molestias: “dolor, quemazón, como coca-cola, como flujo de agua, etc.”. Los síntomas aparecen o empeoran con el reposo, y existe mejoría con el movimiento; al anochecer los síntomas se manifiestan o empeoran.

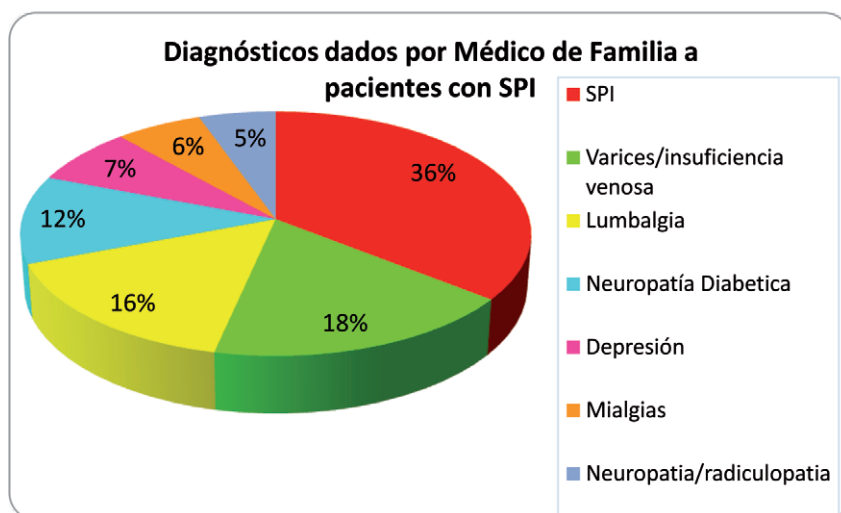
Epidemiología

La prevalencia del SPI en Europa y Estados Unidos está entre el 5% y el 10% de la población, si la comparamos con otras patologías neurológicas, veremos la importancia de esta patología.



A pesar de lo cual está infradiagnosticada, solo uno de cada cuatro pacientes que acuden con síntomas de piernas inquietas a la consulta de Atención Primaria son diagnosticados adecuadamente, y suele ser frecuente que el paciente llegue al neurólogo después

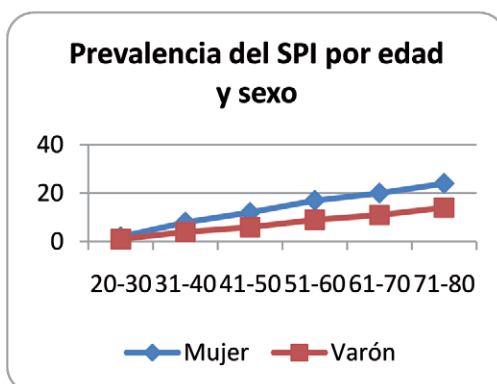
de haber pasado por consultas de diferentes especialistas, desde el cirujano vascular, al traumatólogo, psiquiatra, etc. Podemos ver los distintos diagnósticos dados por sus médicos de cabecera a pacientes con SPI (en una muestra de 209 pacientes).



Suele ser más frecuente en mujeres que en hombres, incluso en algunos estudios llegan a duplicar la prevalencia.

Los familiares de primer grado de pacientes con SPI es muy probable que este afectado por dicha patología, entre un 30 y un 63% tienen antecedentes familiares.

Existen cuatro genes que confieren un mayor riesgo de padecer SPI, con 10 alelos específicos asociados a los genes.

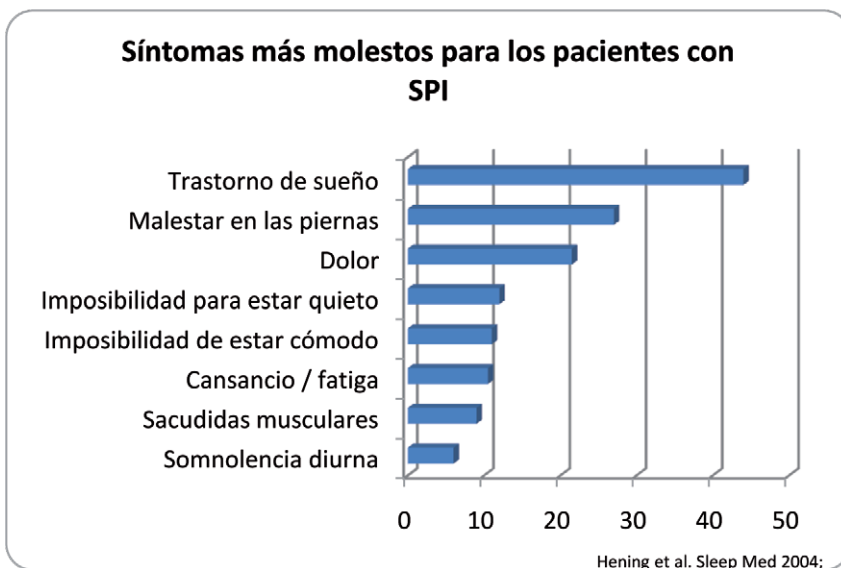


El SPI puede aparecer a cualquier edad, aunque suele aumentar con la edad, y en los niños es difícil de diagnosticar, y se suele confundir con el síndrome de hiperactividad.

El SPI es frecuente en el embarazo, sobre todo en el tercer trimestre (25%).

Asociada a déficit de hierro, artritis reumatoide e insuficiencia renal. Puede ser inducido por ingesta de ciertos fármacos.

El SPI afecta a la vida diaria de los pacientes, tanto familiar, social y laboral, llegando a la posibilidad de producirse accidentes, entre otros laborales, por falta de descanso, o por falta de atención y concentración. Según el Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y el sueño de la Sociedad Española de Neurología, conducir con somnolencia multiplica por siete el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.



Diagnóstico

El diagnóstico del SPI, lo realiza fundamentalmente el Neurólogo, aunque también lo podrá diagnosticar el Médico de Familia.

La Enfermera al hacer la Valoración pueden recoger datos sobre síntomas que pueden indicar que el paciente padece un SPI.

Criterios diagnósticos para el diagnóstico del síndrome de piernas inquietas idiopático (SPI), según el grupo de trabajo para el diagnóstico del SPI del National Institutes of Health.

Criterios diagnósticos esenciales:

1. Una urgencia para mover las piernas, generalmente acompañada o causada por sensaciones molestas o desagradables en las piernas. (En ocasiones la urgencia de moverlas está presente sin las sensaciones desagradables y en ocasiones, además de las piernas están afectados brazos y otras partes del cuerpo.
2. La urgencia de movimiento o las sensaciones desagradables empiezan o empeoran durante los periodos de reposo o inactividad, tales como estar acostado o sentado.
3. La urgencia de movimiento o la sensación desagradable son parcial o totalmente aliviados por el movimiento, como caminar o hacer estiramientos, al menos mientras continúa la actividad.
4. La urgencia de movimiento o la sensación desagradable empeora más por la tarde o la noche que por el día, u ocurre

solamente por la tarde o la noche. (Cuando los síntomas son muy severos, el empeoramiento nocturno puede pasar inadvertido, pero estaba presente anteriormente):

Apoyo del diagnóstico

1. Antecedentes familiares.
2. Respuesta a la terapia dopaminérgica.
3. Movimientos periódicos de las extremidades (durante la vigilia o el sueño).

Características asociadas

1. Curso clínico natural.
2. Alteraciones del sueño.
3. Evaluación médica / exploración física.

El diagnóstico del SPI es más complicado realizarlo en ancianos con deterioro cognitivo o niños, por lo que tendremos que tener en cuenta sus características con unos criterios esenciales.

Criterios esenciales para el diagnóstico de SPI probable en el anciano con deterioro cognitivo (son necesarios los cinco para el diagnóstico):

1. Signos de molestias en las piernas, como frotarse o masajearse las piernas y quejarse mientras se toca las extremidades inferiores.
2. Actividad motora excesiva en las extremidades inferiores, como caminar, agitarse, dar patadas de forma repetitiva, dar vueltas y vueltas en la cama, dar golpes con las piernas en el colchón, movimientos de pedaleo de las extremidades inferiores, golpearse repetidamente los pies, frotarse un pie con el otro e incapacidad para permanecer sentado.
3. Signos de molestias en las piernas que están presentes exclusivamente o que empeoran durante los periodos de reposo o inactividad.
4. Signos de molestias en las piernas que disminuyen con la actividad.

5. Los criterios 1 y 2 ocurren solamente por la tarde o la noche, o empeoran más en estas horas que durante el día.

Criterios esenciales para el diagnóstico de SPI definitivo en niños:

1. El niño cumple los cuatro criterios esenciales del SPI y.
2. El niño describe con sus propias palabras una situación consistente con malestar en las piernas (el niño puede usar términos como “querer correr”, “arañas”, “cosquillas”, “pataleos”, o “demasiada energía en mis piernas” para describir los síntomas).

Ó

1. El niño cumple los cuatro criterios esenciales del SPI y están presentes dos de los tres siguientes criterios de apoyo:
 - a. Alteración del sueño para su edad.
 - b. Un padre o hermano biológico que tiene SPI definitivo.
 - c. El niño tiene un índice de movimientos periódicos de las extremidades, documentado por polisomnografía, de 5 o más por hora de sueño.

Actualmente no existe una prueba que sea diagnóstica para el SPI. Esta patología se diagnostica clínicamente evaluando el historial del paciente y su sintomatología.

Historia clínica

El diagnóstico es clínico y se llega a él desde una cuidadosa anamnesis, tanto del paciente como del compañero. El compañero de cama acostumbra a informar que el paciente mueve las piernas durante el sueño.

Se debe preguntar sobre las características de la sintomatología, pues suelen aparecer sólo en reposo (cuando están sentados o tumbados) y no tienen relación con ninguna actividad ni situación previa. También son independientes de el número de horas que hayan estado de pie o trabajando durante el día y no aparecen hasta que se sientan a descansar. Cuanto menor es el nivel de la actividad que estén llevando a cabo, más intensos son los síntomas. Por

ejemplo, son más intensos mientras se ve la televisión que mientras se está jugando con una videoconsola.

En la anamnesis se debe interrogar sobre antecedentes familiares, y medicamentos actuales.

Aunque la mayoría de los casos de SPI son idiopáticos, es importante descartar las causas secundarias o los factores que las exacerbaban. Se debe tomar en consideración los fármacos potencialmente desencadenantes o agravantes del cuadro, como los antidepresivos, los antidopaminérgicos o el litio.

También se deberá valorar determinados hábitos que pueden interferir con el ritmo de sueño, como el consumo de alcohol, cafeína y reducirlos o suspenderlos si fuese necesario

Se puede preguntar sobre perturbación del sueño o su funcionamiento durante el día y se valorara si requieren un estudio de sueño nocturno para determinar otras posibles causas.

Exploración física

Hay que prestar especial atención a algunos datos o aspecto de la exploración dependiendo en parte de las pistas que proporcione la anamnesis.

En casi todos nuestros pacientes realizaremos una medida del peso, así como la presión arterial con el paciente echado e incorporado; también hay que explorar aparte del estado general del paciente los miembros inferiores. No debe omitir una exploración neurológica básica donde se valoren fuerza muscular, reflejos osteomusculares, pulsos periféricos y sensibilidad cutánea

Exploraciones complementarias

Es conveniente determinar los valores de ferritina, la función renal (creatinina) y la glucemia. En función de los resultados de la anam-

nesis, también puede ser útil determinar la tirotrópina y la concentración de magnesio o ácido fólico, así como hacer las pruebas diagnósticas necesarias para detectar las causas de neuropatía o enfermedades reumáticas del tipo artritis reumatoide.

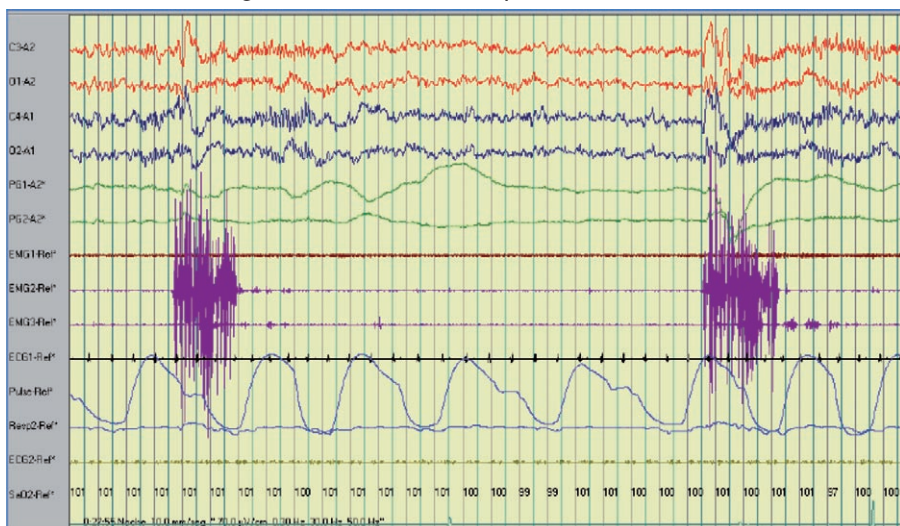
El estudio por polisomnografía

Cuando se realiza a estos pacientes un estudio del sueño se observa que a veces también sufren movimientos periódicos de las piernas durante la fase REM del sueño, que les provoca un aligeramiento de dicha fase.

El sueño pasa de una fase de sueño lento profundo a una fase de sueño más ligero e incluso, provoca que los pacientes se despierten, lo que hace que el sueño se interrumpa y al día siguiente estén cansados, ya que no han tenido un sueño reparador.

Actualmente, se discute si algunos fenómenos de alertamiento como los complejos K-alfa, registrados con más frecuencia en los pacientes con SPI, constituyen un fenómeno primario y no una consecuencia del fenómeno motor, ya que temporalmente lo preceden y persisten cuando la actividad.

Registro de sueño de un paciente con SPI



Diagnóstico diferencial con otros trastornos del sueño

Existen unas pocas enfermedades que pueden simular un SPI. Debe realizarse diagnóstico diferencial con los síndromes dolorosos de las piernas (por artropatía o neuropatía), pero la presencia del ritmo circadiano y el alivio inmediato de los síntomas al mover las piernas permiten distinguir el cuadro con facilidad. También hay que diferenciarlo de otros trastornos del sueño, en los que está presente la necesidad de mover las piernas continuamente.

Síndromes motores:

- *Calambres nocturnos de las piernas:* Se caracterizan por sensaciones dolorosas en las pantorrillas o en los pies que provocan sensación de alerta, incluso el despertar. Pueden relacionarse con el síndrome de las piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades
- *Acatisia:* es una alteración del sistema extrapiramidal que se manifiesta como movimientos anormales e incontrolados. Es una sensación subjetiva de tensión muscular e inquietud, asociada con imposibilidad de mantener el cuerpo quieto.
- *Síndrome de los pies ardientes/neuropatía de fibras pequeñas:* muchos pacientes con esta enfermedad sufren episodios severos del dolor, sensación de que apuñalamiento y de parestesias ardientes (sensación de cosquilleo o que pica) en las extremidades que se mueven, a menudo por los cambios en temperatura.

- *Distonía en pies o dedos:* se caracteriza por movimientos estereotipados violentos, raros, de carácter distónico, o coreoa-tetósico, que aparecen bruscamente en cualquier fase del sueño y que pueden acompañarse de vocalizaciones (llanto, grito, murmullo, etc.....).
- *Piernas dolorosas y movimientos de los dedos:* este síndrome se caracteriza por dolor en las piernas que puede ser en ocasiones muy agudo, y por singulares movimientos involuntarios, anómalos y rítmicos de los dedos de los pies, el insomnio asociado puede ser grave.
- *Mioclono del sueño:* se refiere a sacudidas repentinas e involuntarias de un músculo o grupo de músculos, ocurre durante las fases iniciales del sueño; especialmente al momento de quedarse dormido.
- *Síndrome de dolor / fasciculación muscular:* dolor muscular, fasciculaciones, calambres, rigidez muscular, ausencia de parálisis o de atrofia muscular.

Síndromes sensitivos:

- *Polineuropatía:* se caracteriza por síntomas y signos simétricos distales producidos sobre todo por el deterioro sensitivo y motor de los nervios periféricos, además de trastornos autonómicos. El adormecimiento, las parestesias, y la paresia leve en los pies son los síntomas más frecuentes.
- *Enfermedades vasculares de las piernas:* claudicación; estasis venosa: el dolor típico de la enfermedad arterial oclusiva es la claudicación intermitente. Es muy característico, se presenta al caminar una cierta distancia, produciendo una molestia que obliga al paciente a detenerse y que se alivia completamente con el reposo. Los pacientes lo describen como una fatiga o calambre durante el ejercicio, que cede con el reposo.
- *Síndrome causalgia-distonía:* que aparece tras traumatismos periféricos y se caracteriza por dolor urente, alodinia con hiperpatía y cambios disautonómicos en el miembro afecto asociado a posturas distónicas fijas desde el inicio que en un porcentaje significativo se extiende a otros segmentos corporales.

Otros (como consecuencia del SPI):

- *Insomnio*: La dificultad dormir, llamada insomnio, puede implicar problemas para conciliar el sueño al acostarse en la noche, despertarse muy temprano en la mañana y despertarse frecuentemente durante la noche.
- *Trastornos afectivos*: muchos trastornos mentales pueden producir insomnio o hipersomnia, convirtiéndose éstos en motivos principales de consulta. En el trastorno depresivo mayor los individuos suelen aquejar dificultad para conciliar o mantener el sueño, o despertar precoz sin poder volver a dormirse. La hipersomnia relacionada con trastornos del estado de ánimo se asocia a menudo a trastorno bipolar del estado de ánimo, con episodio más reciente depresivo, o a un episodio depresivo mayor con síntomas atípicos. En el trastorno de ansiedad generalizada los individuos suelen manifestar dificultades para conciliar el sueño y despertarse a medianoche con ideas recurrentes de ansiedad hasta presentar crisis de angustia nocturnas que pueden desembocar en insomnio.

Fisiopatología

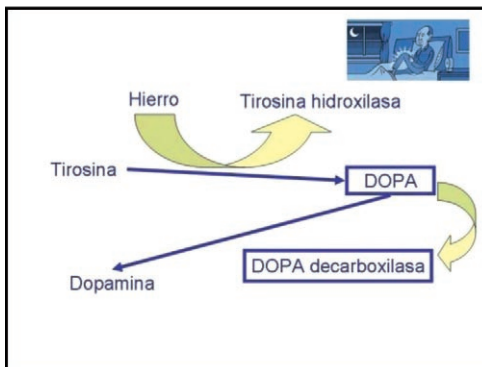
La fisiopatología del SPI sigue siendo desconocida. Al principio, la localización periférica de los síntomas sugirió un origen periférico del SPI, pero los resultados de la investigación en los últimos años apuntan hacia una disfunción del sistema nervioso central. Es probable que el SPI ocurra a partir de una interacción compleja de factores periféricos y del sistema nervioso central.

El 80% de los casos de SPI no se asocia a una causa clara (SPI primario o idiopático). Sólo un pequeño porcentaje es secundario a otros trastornos, entre los cuales, los que presentan una asociación consistente con el síndrome son: el déficit de hierro, embarazo, la artritis reumatoide (posiblemente porque se asocia a un trastorno en el metabolismo del hierro) y la insuficiencia renal crónica. También pueden inducir o agravar un SPI, fármacos antidepresivos (tricíclicos, ISRS), el litio o fármacos antidopaminérgicos.

Bases farmacológicas del SPI: La ingesta de dosis bajas de levodopa o de un opiáceo conduce al alivio de los síntomas del SPI. Los agonistas dopaminérgicos también mejoran los síntomas del síndrome.

Ritmo circadiano del SPI y sistemas metabólicos: El metabolismo también tiene un ritmo circadiano, con un nivel sérico de hierro elevado a mediodía y un nivel reducido a medianoche, y además que la anemia por déficit de hierro se asocia al SPI.

El hierro actúa como coenzima de la tirosina-hidroxilasa, que es el enzima limitante de la síntesis de dopamina. Además este enzima sigue un ritmo circadiano, siendo menos activa en las últimas horas del día, lo que explicaría el ritmo circadiano que sigue este síndrome. La consecuencia más relevante de la falta de hierro es una disminución de dopamina.



Mediante RMN se ha apreciado una disminución de hierro en sustancia negra y estriado, así como una baja expresión de los receptores de transferrina, lo que podría indicar, que un trastorno en el metabolismo de hierro en el sistema nervioso central, podría estar relacionado con la aparición del síndrome.

Genética: Entre un 30 y un 60% de las formas idiopáticas tienen antecedentes familiares. En muchos casos con un patrón de herencia autosómica dominante. Se han identificado tres regiones ligadas a este síndrome, situados en los cromosomas 12p, 14q y 9p, pero no se ha identificado ningún gen. Las formas familiares clínicamente son idénticas a las esporádicas, si bien la edad de inicio de los síntomas tiende a ser más precoz en las primeras.

También pueden aparecer síntomas transitorios de SPI tras una anestesia raquídea.

El Proceso Enfermero en Pacientes con SPI

Para realizar los cuidados en los pacientes con SPI, vamos a emplear el Proceso Enfermero, que es un método de identificación y resolución de problemas. Aunque derivado del método científico objetivo, según cabe suponer, el Proceso Enfermero no se aplica de una forma objetiva y libre de valores. Los valores humanos influyen tanto en la identificación del problema como en su resolución.

Los componentes para identificar los problemas que tienen los pacientes con SPI son:

Valoración:

Para analizar los posibles problemas del paciente, y/o su entorno vamos a realizar una valoración focalizada, usaremos los Patrones Funcionales de M. Gordon, y fundamentalmente el Patrón V Sueño – Descanso, aunque también valoraremos algunos conceptos de los Patrones I, II, IV, VI, VII y X.

La valoración la realizaremos tanto al paciente con SPI, como a su familia, principalmente a su pareja, sobre movimientos incontrolados de las piernas, mientras el paciente permanece en la cama.

Conviene que el paciente y su entorno estén implicados desde el principio hasta el final en los procesos de valoración y diagnóstico. Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras (NIC) hacia la consecución de objetivos (NOC) de los cuales la enfermera tiene la responsabilidad.

Las intervenciones enfermeras (NIC) las podemos definir como “negociación y acuerdo con una persona que refuerza un cambio de conducta específico”, para realizar estas intervenciones deberemos proponer una serie de actividades. En cuanto a la Taxonomía de las intervenciones de enfermería las podemos definir como la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual, la estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clase e intervenciones.

Mientras que los resultados enfermeros (NOC) se definen como “acciones personales para mantener o aumentar el bienestar”, con sus respectivos indicadores, que tendrán su correspondiente escala, por ejemplo:

Problema	Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente Comprometido	Levemente Comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5

La Taxonomía de los resultados de enfermería es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados, la estructura de codificación de la NOC incluye los dominios, clases, resultados, indicadores de cada resultado, escalas de medición y puntuaciones reales registradas por los usuarios.

Codificación de la estructura de la NOC

Dominio (1-9)	Clase (A-Z) o (a-z)	Resultado (4 números)	Indicador (01-99)	Escala (01-99)	Valor de la escala
#	A	####	##	##	###

He propuesto una serie de diagnósticos enfermeros con sus resultados y sus intervenciones para los pacientes con SPI, de ellos los profesionales de enfermería pueden escoger todos o algunos, dependiendo de las características de sus pacientes, niños/adultos, nivel de formación, etc. Es recomendable que las enfermeras decidan conjuntamente con los pacientes y la familia o entorno, sobre los diagnósticos que vamos a emplear.

- Trastorno del patrón del sueño – (00198).

- NOC { ☐ Sueño (0004).
☐ Descanso (0003).
☐ Concentración (0905).
- NIC { ☒ Fomentar el sueño (1850).
☒ Mejorar el sueño (1850).

- Riesgo de lesión – (00035).

- NOC { ☐ Conducta de seguridad: personal (1911).
☐ Detección del riesgo (1908).
☐ Control del riesgo (1902).
☐ Severidad de la lesión física (1913).
- NIC { ☒ Manejo ambiental: Seguridad del trabajador (6489).
☒ Fomentar la seguridad en el vehículo (9050).

- Disconfort (00214).

- NOC { ☐ Nivel de estrés (1212).
☐ Nivel de depresión (1208).
☐ Nivel de agitación (1214).
☐ Nivel de malestar (2109).

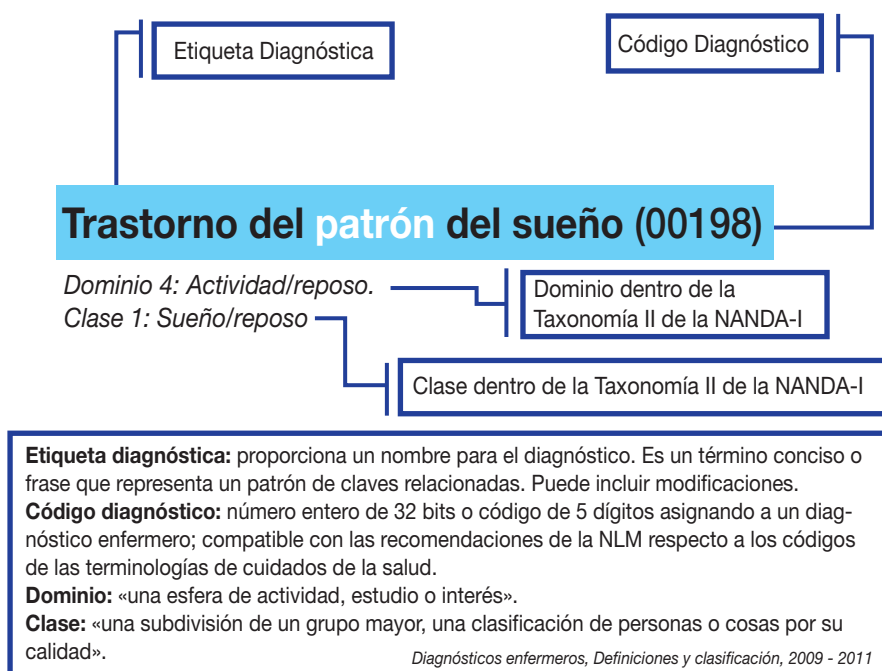
- NIC {
- Manejo ambiental: confort (6482).
 - Terapia de relajación simple (6040).
 - Terapia de entretenimiento (5360).
 - Distracción (5900).
 - Aromaterapia (1330).

- Riesgo de disfunción neurovascular periférica - (00086).

NOC □ Estado neurológico (0909).

NIC ■ Monitorización neurológica (2620).

Para interpretar un diagnóstico enfermero podemos ver el siguiente cuadro:



Valoración de las necesidades de pacientes con SPI

Comenzaremos por la Valoración por patrones funcionales, en nuestro caso Utilizaremos los de M. Gordon, y nos centraremos fundamentalmente en el Patrón V: Sueño - Descanso También tendremos en cuenta parte de los Patrones I, II, IV, VI, VII y X.

Realizaremos una organizada y sistemática recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Patrón V Sueño - Descanso:

- Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.
- Valorar modelo habitual de sueño / descanso.
- Factores que afectan al sueño:
- Internos: síntomas de la enfermedad, despertar por la noche debido al dolor, etc.
- Externos: cambios ambientales, estímulos sociales, etc.
- Antecedentes de trastorno del sueño.

Cuestionario:

Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir? Sí ☐ No ☐

¿Tiene problemas para conciliar el sueño? Sí ☐ No ☐

¿Ayudas? Sí ☐ No ☐ Tipo: _____

¿Sueños (pesadillas)? Sí ☐ No ☐

¿Despertar temprano? Sí ☐ No ☐

¿Períodos de descanso - relax? Sí ☐ No ☐

Patrón I: Percepción de salud – Manejo de salud:

- Valorar los antecedentes personales y familiares.

Cuestionario:

Antecedentes personales y familiares _____

Medicación _____

Patrón II: Nutricional -Metabólico:

- Valorar posibles carencias de hierro o aportes del mismo.

Cuestionario:

¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos? (describir): _____

Suplementos Sí ☐ No ☐ _____

Patrón IV: Actividad – Ejercicio:

- La valoración de la movilidad y el estilo de vida, ya que el sedentarismo favorece el SPI.

Cuestionario:

Patrón de ejercicio. Tipo. Regularidad _____

Patrón VII: Auto percepción – Auto concepto:

- La valoración del grado de ansiedad, movimientos inquietos, insomnio, somnolencia.

Cuestionario:

La mayor parte del tiempo, ¿se siente a gusto (o no tan a gusto) consigo mismo? Sí ☐ No ☐
¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente? Sí ☐ No ☐
¿Le hacen sentir miedo? Sí ☐ No ☐ Tipo:
¿Le producen ansiedad? Sí ☐ No ☐
¿Le deprimen? Sí ☐ No ☐

Patrón X: Tolerancia – Adaptación al estrés:

- Valorar el cansancio o alteración a nivel familiar, social o laboral.

Cuestionario:

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/ dos últimos años? Sí ☐ No ☐
¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo? Sí ☐ No ☐
¿Cuándo está tenso, qué le ayuda? Sí ☐ No ☐ Tipo:
¿Utiliza alguna medicina, droga o alcohol? Sí ☐ No ☐

Plan de Cuidados de Enfermería

Los Planes de Cuidados de Enfermería son una herramienta muy eficaz para nuestra profesión, facilitando una comunicación mejor con los pacientes, y entre los diferentes profesionales, ya que al unir criterios y taxonomías comunes, favorecemos la continuidad de los cuidados, fomentamos la formación, y facilitando la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y de su registro en la historia del paciente, tanto en formato papel, o informático.

Se realizara un Plan de Cuidados para los pacientes que presenten el SPI o tengamos indicios que puedan presentarlo, cada Plan tendrá que ser adecuado a cada persona que padezca el síndrome. He propuesto una serie de diagnósticos de enfermería (NANDA), para que elijamos los más adecuados a cada paciente, estos se enlazan con sus respectivas Intervenciones (NIC) y sus posibles actividades; y con los Resultados (NOC) y sus indicadores.

Los Resultados tendremos que evaluarlos al principio y al final del Proceso.

Diagnóstico de Enfermería

Etiqueta: Trastorno del patrón del sueño - (00198)

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/reposo

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos (SPI).

Características definitorias

- Cambio en el patrón normal de sueño.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Insatisfacción con el sueño.
- Disminución de la capacidad de funcionar.
- Informes de haberse despertado.
- Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

Resultados de Enfermería - NOC

- **Sueño (0004).** Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Dominio: salud funcional (I).

Clase: Mantenimiento de energía (a).

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Sueño		Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5
Indicadores						
000401	Horas de sueño	1	2	3	4	5
000402	Horas de sueño cumplidas	1	2	3	4	5
000403	Patrón del sueño	1	2	3	4	5
000404	Calidad del sueño	1	2	3	4	5
000405	Eficiencia de sueño	1	2	3	4	5
000407	Hábito de sueño	1	2	3	4	5
000408	Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño	1	2	3	4	5
000410	Despertar a horas apropiadas	1	2	3	4	5
000413	PSG* ERE*	1	2	3	4	5
000419	Cama confortable*	1	2	3	4	5
000420	Temperatura de la habitación confortable	1	2	3	4	5
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
000421	Dificultad para conciliar el sueño	1	2	3	4	5
000406	Sueño ininterrumpido	1	2	3	4	5
000409	Siesta apropiada para la edad	1	2	3	4	5
000417	Dependencia de las ayudas para dormir	1	2	3	4	5
000425	Dolor	1	2	3	4	5

- PSG (polisomnografía).

- **Descanso (0003).** Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

Dominio: salud funcional (I).

Clase: Mantenimiento de energía (a).

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Descanso		Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5
Indicadores						
000301	Tiempo del descanso	1	2	3	4	5
000302	Patrón del descanso	1	2	3	4	5
000303	Calidad del descanso	1	2	3	4	5
000304	Descansado físicamente	1	2	3	4	5
000305	Descansado mentalmente	1	2	3	4	5
000308	Descansado emocionalmente	1	2	3	4	5
000309	Energía recuperada después del descanso	1	2	3	4	5
000310	Aspecto de estar descansado	1	2	3	4	5

- **Concentración (0905).** Capacidad para centrarse en un estímulo periférico

Dominio: salud fisiológica (II).

Clase: Neurocognitiva (J).

Escala: Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Descanso		Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5
Indicadores						
090501	Se mantiene atento	1	2	3	4	5
090502	Se mantiene centrado	1	2	3	4	5

Intervenciones de Enfermería – NIC

- **Fomentar el sueño (1850):** Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.

Actividades:

- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
 - Ayudar al trabajador a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
 - Enseñar a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
 - Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
 - Dar a conocer medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios del estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.
- **Mejorar el sueño (1850):** Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (SPI) que interrumpen el sueño.
- Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia, para evitar el cansancio en exceso.

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama, para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta / juguete favorito, etc.; para los adultos leer un libro, etc.), si procede.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama, para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Disponer “siestecillas” durante el día, si se indica, para cumplir las necesidades de sueño.
- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día / noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

Diagnóstico de Enfermería

Etiqueta: Riesgo de lesión - (00035)

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores de riesgo

Externos

- Humanos (p. ej., factores cognitivos).
- Sistema de transporte.
- Nutricionales (p. ej., déficit de ingesta de hierro).
- Físicos (p. ej., equipamientos).

Internos

- Perfil sanguíneo anormal (p. ej., anemia ferropénica, déficit de Vit. B12 y de magnesio).
- Déficit de sueño.
- Déficit de atención y concentración.

Resultados de Enfermería - NOC

- **Conducta de seguridad: personal (1911).** Esfuerzos individuales o del Servicio de Prevención para controlar conductas que podrían causar lesión física.

Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV).

Clase: control del riesgo y seguridad (T).

Escala: no adecuado a completamente adecuado (f).

Conducta de seguridad personal		No Adecuado	Ligeramente Adecuado	Moderadamente Adecuado	Sustancialmente Adecuado	Completamente Adecuado
		1	2	3	4	5
Indicadores						
191101	Equilibrio entre sueño y descanso con actividad	1	2	3	4	5
191102	Uso de cascos si es necesario	1	2	3	4	5
191103	Uso de cinturones de seguridad	1	2	3	4	5
191104	Uso de equipos de protección individual	1	2	3	4	5
191105	Uso correcto de herramientas	1	2	3	4	5
191106	Uso correcto de maquinaria	1	2	3	4	5
191107	Uso de precauciones cuando se consumen fármacos que alteran el nivel de conciencia	1	2	3	4	5
191108	Provisión de un ambiente de vida seguro	1	2	3	4	5
191109	Evitar los productos / subproductos del tabaco	1	2	3	4	5
191110	Evitar el abuso del alcohol	1	2	3	4	5
191111	Evitar conductas de alto riesgo	1	2	3	4	5
191112	Cumplimiento de los límites de velocidad	1	2	3	4	5
191113	Otros _____ (Especificar)	1	2	3	4	5

- **Detección del riesgo (1908).** Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.

Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV).

Clase: control del riesgo y seguridad (T).

Escala: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m).

Conducta de seguridad personal		Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
		1	2	3	4	5
Indicadores						
190801	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo	1	2	3	4	5
190802	Identifica los posibles riesgos para la salud	1	2	3	4	5
190803	Coteja los riesgos percibidos	1	2	3	4	5
190804	Realiza autoevaluaciones en los descansos recomendados	1	2	3	4	5
190806	Adquiere conocimiento sobre sus antecedentes familiares	1	2	3	4	5
190809	Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales	1	2	3	4	5
190812	Obtiene información actualizada sobre cambios en recomendaciones sanitarias	1	2	3	4	5

- **Control del riesgo (1902).** Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV).

Clase: control del riesgo y seguridad (T).

Escala: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m).

Conducta de seguridad personal		Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
		1	2	3	4	5
Indicadores						
190201	Reconoce factores de riesgo	1	2	3	4	5
190203	Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal	1	2	3	4	5
190204	Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	1	2	3	4	5
190205	Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario	1	2	3	4	5
190206	Se compromete con estrategias de control de riesgo	1	2	3	4	5
190207	Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas	1	2	3	4	5
190208	Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	1	2	3	4	5
190210	Participa en la identificación sistemática de problemas relacionados con la salud	1	2	3	4	5
190211	Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados	1	2	3	4	5
190213	Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita	1	2	3	4	5
190214	Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo	1	2	3	4	5
190215	Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo	1	2	3	4	5
190216	Reconoce cambios en el estado de salud	1	2	3	4	5
190217	Supervisa los cambios en el estado de salud	1	2	3	4	5

- **Severidad de la lesión física (1913).** Gravedad de las lesiones secundarias a accidentes y traumatismos.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV).

Clase: control del riesgo y seguridad (T).

Escala: Grave hasta Ninguno (n).

Conducta de seguridad personal		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
		1	2	3	4	5
Indicadores						
191301	Abrasiones cutáneas	1	2	3	4	5
191302	Hematomas	1	2	3	4	5
191303	Laceraciones	1	2	3	4	5
191304	Quemaduras	1	2	3	4	5
191305	Esguince de extremidad	1	2	3	4	5
191306	Esguince de espalda	1	2	3	4	5
191307	Fracturas de extremidades	1	2	3	4	5
191308	Fracturas pélvicas	1	2	3	4	5
191309	Fracturas de cadera	1	2	3	4	5
191310	Fracturas de columna	1	2	3	4	5
191311	Fracturas craneales	1	2	3	4	5
191312	Fracturas faciales	1	2	3	4	5
191313	Lesiones dentarias	1	2	3	4	5
191314	Traumatismo craneales abiertos	1	2	3	4	5
191315	Traumatismo craneales cerrados	1	2	3	4	5
191316	Alteración de la movilidad	1	2	3	4	5
191319	Deterioro cognitivo	1	2	3	4	5
191320	Nivel de conciencia disminuido	1	2	3	4	5

Intervenciones de Enfermería – NIC

- **Manejo ambiental: Seguridad del trabajador (6489):** Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Actividades:

- Determinar el estado físico del empleado para trabajar.
- Identificar los peligros y factores de estrés existentes en el ambiente laboral.
- Iniciar la modificación ambiental para eliminar o minimizar riesgos.
- Poner en marcha programas de fomento de la salud en los sitios de trabajo en función de las valoraciones de los riesgos sanitarios.
- Poner en marcha programas de investigación para la detección precoz de lesiones y enfermedades no profesionales pero relacionadas con el trabajo (Síndrome de Piernas Inquietas).

- **Fomentar la seguridad en el vehículo (9050):** Ayudar a los individuos, familias y comunidades a aumentar la concienciación de las medidas que hay que tomar para reducir las lesiones involuntarias en vehículos con y sin motor.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del público a quien va dirigido (pacientes con SPI).
- Identificar individuos y grupos con alto riesgo de lesiones en vehículos.
- Identificar los peligros para la seguridad del entorno (cansancio del conductor por falta de sueño).
- Eliminar los peligros para la seguridad en el entorno, siempre que sea posible.
- Enseñar a las poblaciones de alto riesgo (SPI) los peligros y los riesgos en los vehículos.

- Proporcionar información impresa sobre la importancia y los métodos para aumentar la seguridad en los vehículos.
- Enseñar la importancia del uso correcto y sistemático de mecanismos protectores para disminuir el riesgo de lesiones.
- Enfatizar la importancia de ponerse siempre el cinturón de seguridad.

Diagnóstico de Enfermería.

Etiqueta: Discomfort (00214).

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

Clase 2: Confort ambiental.

Clase 3: Confort social.

Definición Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

Características definitorias

- Ansiedad.
- Deterioro del patrón de sueño.
- Síntomas relacionados con el SPI.
- Incapacidad para relajarse.
- Irritabilidad.
- Falta de control ambiental.
- Falta de control de la situación.
- Informes de sentirse incómodo.
- Informes de síntomas de distrés.
- Informes de falta de satisfacción con la situación.
- Informes de falta de tranquilidad en la situación.
- Inquietud.
- Efectos colaterales del tratamiento.

Resultados de Enfermería - NOC

- **Nivel de estrés (1212):** Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Bienestar psicosocial (M).

Escala: Grave hasta Ninguno (n).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Nivel de estrés		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
		1	2	3	4	5
Indicadores						
121201	Aumento de la presión sanguínea	1	2	3	4	5
121202	Aumento de la frecuencia del pulso	1	2	3	4	5
121203	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5
121204	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5
121205	Aumento de la tensión muscular en el	1	2	3	4	5
121206	Cefalea tensional	1	2	3	4	5
121207	Palmas de las manos sudorosas	1	2	3	4	5
121208	Boca y garganta secas	1	2	3	4	5
121212	Trastornos estomacales	1	2	3	4	5
121213	Inquietud	1	2	3	4	5
121214	Trastornos del sueño	1	2	3	4	5
121235	Interrupción del proceso de pensamiento	1	2	3	4	5
121215	Falta de memoria	1	2	3	4	5
121216	Errores cognitivos frecuentes	1	2	3	4	5
121217	Disminución de la atención de detalles	1	2	3	4	5
121218	Incapacidad para concentrarse en las tareas	1	2	3	4	5
121221	Depresión	1	2	3	4	5
121222	Ansiedad	1	2	3	4	5
121229	Aumento del consumo de fármacos psicotrópicos	1	2	3	4	5
121231	Absentismo laboral	1	2	3	4	5
121232	Disminución de la productividad	1	2	3	4	5
121233	Aumento de la frecuencia de accidentes	1	2	3	4	5
121234	Cambios en la libido	1	2	3	4	5

- **Nivel de depresión (1208):** Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Bienestar psicosocial (M).

Escala: Grave hasta Ninguno (n).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Nivel de depresión		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
		1	2	3	4	5
Indicadores						
120801	Estado de ánimo deprimido	1	2	3	4	5
120802	Perdida de interés por actividades	1	2	3	4	5
120804	Concentración alterada	1	2	3	4	5
120806	Fatiga	1	2	3	4	5
120829	Agitación psicomotora	1	2	3	4	5
120809	Insomnio	1	2	3	4	5
120830	Hipersomnia	1	2	3	4	5
120813	Ausencia de indecisión	1	2	3	4	5
120814	Tristeza	1	2	3	4	5
120816	Enfado	1	2	3	4	5
120817	Desesperación	1	2	3	4	5
120818	Soledad	1	2	3	4	5
120820	Perdida de la libido	1	2	3	4	5
120821	Nivel de actividad alterado	1	2	3	4	5
120823	Irritabilidad	1	2	3	4	5

- **Nivel de agitación (1214):** Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos.

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Bienestar psicosocial (M).

Escala: Grave hasta Ninguno (n).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Nivel de agitación		Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
Indicadores						
121401	Dificultad para procesar la información	1	2	3	4	5
121402	Inquietud	1	2	3	4	5
121403	Frustración	1	2	3	4	5
121404	Irritabilidad	1	2	3	4	5
121405	Camina de un lado para otro	1	2	3	4	5
121406	Movimientos repetitivos	1	2	3	4	5
121407	Incapacidad para estar sentado	1	2	3	4	5
121408	Dificultad para continuar las tareas	1	2	3	4	5
121411	Se revuelca en la cama	1	2	3	4	5
121417	Patalea	1	2	3	4	5
121421	Labilidad emocional	1	2	3	4	5
121426	Sueño interrumpido	1	2	3	4	5
121427	Pérdida de peso	1	2	3	4	5
121429	Aumento de la presión arterial	1	2	3	4	5
121430	Aumento de la frecuencia del pulso radial	1	2	3	4	5
121430	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5

- **Nivel de malestar (2109):** Gravedad del malestar físico o mental observado o descrito.

Dominio: Salud percibida (V).

Clase: Bienestar psicosocial (V).

Escala: Grave hasta Ninguno (n).

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a ____ Aumentar a ____

Nivel de malestar		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
		1	2	3	4	5
Indicadores						
210901	Dolor	1	2	3	4	5
210902	Ansiedad	1	2	3	4	5
210904	Sufrimiento	1	2	3	4	5
210906	Estrés	1	2	3	4	5
210908	Depresión	1	2	3	4	5
210914	Inquietud	1	2	3	4	5
210915	Síndrome de piernas inquietas	1	2	3	4	5
210916	Picor	1	2	3	4	5
210917	Mialgias	1	2	3	4	5
210919	Tensión facial	1	2	3	4	5
210921	Movimientos bruscos	1	2	3	4	5
210925	Pérdida de apetito	1	2	3	4	5
121430	Aumento de la frecuencia del pulso radial	1	2	3	4	5
121430	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5

Intervenciones de Enfermería – NIC

- **Manejo ambiental: confort (6482):** Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
 - Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de descanso.
 - Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
 - Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
 - Determinar fuentes de incomodidad.
 - Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
 - Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calor o frío.
 - Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
 - Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo del SPI a los pacientes y sus familias, si procede.
-
- **Terapia de relajación simple (6040):** Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.
-
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
 - Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.

- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.
- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Dejarle un tiempo sin molestarle, ya que el paciente puede quedarse dormido.
- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
- Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede.

- Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas, según cada caso.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.
- **Terapia de entretenimiento (5360):** Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
- Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido.
- Proporcionar un equipo recreativo seguro.
- Tomar en cuenta las medidas de seguridad.
- Supervisar las sesiones recreativas, según cada caso.
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad del paciente.
- Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzles).
- Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

- **Distracción (5900):** Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

Actividades:

- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, etc.
 - Considerar las técnicas de distracción tales como juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas para su aplicación en niños que sean nuevas, impliquen más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.
 - Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.
 - Aconsejar al paciente que practique la técnica de la distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
 - Fomentar la participación de la familia y los seres queridos, y enseñarles, si resulta oportuno.
 - Utilizar la distracción sola o junto con otras medidas o distracciones, si resulta oportuno.
 - Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.
- **Aromaterapia (1330):** Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y el confort.

Actividades:

- Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado.
- Antes de utilizar un aroma, determinar la respuesta del individuo al aroma elegido (p. ej., le gusta o le disgusta).
- Empleo de la enseñanza y entrenamiento en el fundamento y la filosofía en el uso de aceites esenciales, modo de acción y cualquiera contraindicación.

- Observar si el individuo presenta incomodidad y náuseas antes y después de la administración.
 - Antes de su uso tópico, diluir los aceites esenciales con los aceites portadores adecuados.
 - Observar si hay dermatitis de contacto asociada con una posible alergia a aceites esenciales.
 - Controlar si con el uso de aceites esenciales hay una exacerbación del asma, si procede.
 - Enseñar al individuo los propósitos y la aplicación de la aromaterapia, si procede.
 - Observar si el individuo explica el nivel de estrés, humor y ansiedad, antes y después de la administración, si procede.
 - Documentar las respuestas fisiológicas a la aromaterapia, si procede.
 - Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.
- **Musicoterapia (4400):** Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.

Actividades:

- Definir el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, concentración, disminución de la ansiedad, etc.).
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Identificar las preferencias musicales del individuo.
- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.
- Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
- Limitar estímulos extraños (luces, visitas, etc.) durante la experiencia de escucha.
- Proporcionar auriculares, si es conveniente.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.

Diagnóstico de Enfermería.

Etiqueta: Riesgo de disfunción neurovascular periférica - (00086).

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición: Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

Factores de riesgo

- Traumatismos.
- Síndrome de piernas inquietas.

Resultado de Enfermería - NOC

- **Estado neurológico (0909):** Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos.

Dominio: salud fisiológica (II).

Clase: neurocognitiva (J).

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido (a).

Nivel de malestar		Extremadamente Comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente Comprometido	Levemente Comprometido	No Comprometido
		1	2	3	4	5
Indicadores						
090901	Función neurológica: conciencia	1	2	3	4	5
090902	Función neurológica: control motor central	1	2	3	4	5
090903	Función neurológica función sensitiva/motora medular	1	2	3	4	5
090904	Función neurológica: autónoma	1	2	3	4	5
090905	Comunicación	1	2	3	4	5
090906	Patrón de sueño/descanso	1	2	3	4	5
090907	Ausencia de movimientos incontrolados de las extremidades	1	2	3	4	5
090908	Ausencia de cefaleas	1	2	3	4	5
090910	Otros _____ (Especificar)	1	2	3	4	5

Intervención de Enfermería – NIC

- **Monitorización neurológica (2620):** Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades

- Comprobar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.
- Observar la respuesta de los tratamientos no farmacológicos.
- Vigilar la respuesta a los medicamentos.

Tratamiento

Lógicamente el tratamiento farmacológico lo tiene que pautar en principio el Médico, bien el Neurólogo o el Médico de Familia, lo que si podemos intervenir es en el tratamiento no farmacológico.

Lo normal es que en el SPI de leve a moderado, que suele ser un 80% de la patología, se utilicen medidas no farmacológicas, mientras que en el SPI de moderado a grave, el 20% restante, se suele emplear tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

Conjuntamente con los cuidados de enfermería podemos dividir el tratamiento no farmacológico en dos partes, una serie de medidas encaminadas a actuar sobre el SPI directamente, y otra serie de medidas encaminadas a actuar sobre el insomnio y otros trastornos del sueño.

Podemos utilizar medidas preventivas y proponer cambios de estilo de vida, a los pacientes con síntomas de leves a moderados de SPI para aliviar e incluso eliminar los síntomas.

Conviene que los pacientes hablen sobre el SPI, tanto con la familia para informarles sobre los cambios que la patología va a producir en sus hábitos, y lógicamente consultar con un profesional sanitario para recibir información sobre el tema. También existen asociaciones de pacientes afectados por el SPI, en España está la Asociación Española de Síndrome de Piernas Inquietas (AESPI), que cuenta además con una página web: www.aespi.net/sindrome-piernas-inquietas, en la que además de información, los pacientes se pueden asociar, para contactar con personas con su misma patología.

En los casos que los pacientes sean fumadores, la disminución de la ingesta de tabaco puede proporcionar un alivio para los mismos, también mejoran los síntomas la disminución en el consumo de café.

Conviene mantener un patrón regular de sueño, y tener un registro, en forma de diario, de los medicamentos y estrategias que ayuden a reducir los síntomas, y así poder informar mejor a los profesionales sanitarios.

Mantener un patrón regular de sueño, puede lograr disminuir los síntomas. En algunos casos la realización de un ligero ejercicio físico los pacientes logran dormir mejor, aunque estos no se recomiendan hacerlos después de las 20:00 ó 21:00 horas.

Y si el ejercicio se combinan con terapias complementarias como yoga, tai chi, musicoterapia,..., se logran generalmente buenos resultados en la reducción de síntomas.

Hay pacientes que mejoran con baños de agua, preguntar los que les alivia más, pueden ser con agua fría o caliente, y en algunos casos también remiten los síntomas con un ligero masaje.

Recomendaremos que los pacientes con el síndrome no luchen contra el cuadro, si se intenta suprimir la necesidad de moverse, pueden empeorar los síntomas.

En los casos que el SPI esté relacionado con un déficit de hierro, magnesio, ácido fólico, o vitamina B12, conviene dar un aporte suplementario en la dieta.

Intentar reducir o eliminar la ingesta de fármacos que agraven los síntomas de SPI, como antidepresivos y las benzamidas.

El uso de técnicas de relajación progresiva son beneficiosas, por lo que se recomienda el aprendizaje por parte de los pacientes. Conviene ocupar la mente, sobre todo en viajes, pues la mente activa reduce los síntomas.

Como efecto secundario al SPI, los pacientes pueden desarrollar cuadros de insomnio, falta o mala calidad de sueño, que pueden

implicar una serie de respuestas condicionadas o comportamientos inadecuados, estas respuestas consisten en malestar a la hora de acostarse, pensamientos repetitivos, expectativas de sueño escaso y poco reparador, y en general malos hábitos que también deben ser objetivos terapéuticos. Por lo que conviene dar unas recomendaciones de higiene del sueño.

Restricción del tiempo de estancia en cama a las necesidades reales de sueño, no utilizar la cama para otras actividades: leer, comer, etc.

- Horarios de sueño regulares, incluidos fines de semana y vacaciones.
- Evitar la ingesta de bebidas excitantes después del mediodía.
- Evitar el consumo de alcohol por la noche.
- Evitar fumar, sobre todo por la tarde y la noche.
- Evitar acostarse con hambre o inmediatamente después de haber comido.
- Evitar cenas copiosas.
- Promover condiciones de temperatura, oscuridad y ruidos adecuados en el dormitorio.
- Realizar ejercicio regular de al menos 20 minutos diarios, pero no antes de irse a dormir, mínimo 4 – 5 horas antes de acostarse.
- Exposición diaria a la luz solar.
- Evitar realizar actividades que supongan estímulo o esfuerzo antes de acostarse (trabajar, estudiar, etc.)

Una variedad de la Terapia Cognitivo Conductual es el Control de Estímulos, que implica eliminar los condicionamientos erróneos, no beneficiosos, relacionados con el sueño que el paciente puede haber establecido. Las principales medidas de Control de Estímulos se han incorporado a las recomendaciones generales de higiene del sueño, y son las siguientes:

- Acostarse cuando se tenga sueño.
- No ver la televisión, escuchar la radio, leer o comer en la cama.

Mantener el dormitorio tranquilo y en penumbra, y a una temperatura confortable. Las temperaturas extremas pueden interferir en el sueño y evitar que el paciente se duerma. Asegurarse que tanto el colchón como la almohada son adecuadas, conviene dormir con ropa cómoda.

Desarrollar una rutina de relajación antes de irse a la cama. Puede incluir un baño tibio, un estiramiento ligero, escuchar música relajada, o hacer otras actividades relajantes.

Una rutina de relajación se puede iniciar con los ojos cerrados, hacer una inspiración profunda y lenta hasta llenar completamente los pulmones, contando mentalmente hasta 4, después ir soltando el aire, también muy lentamente por la boca, igualmente contando mentalmente hasta 4. La respiración conviene que sea diafragmática.

Salir de la cama y el dormitorio si no se concilia el sueño en unos quince minutos y permanecer en otra habitación en penumbra, sentado, cómodo y sin realizar ninguna actividad estimulante hasta que se note de nuevo somnolencia. Repetir esta medida las veces que sea necesario.

No intentar resolver problemas en la cama, conviene hacer una lista con los mismos, para resolverlos al día siguiente, y así poderlos eliminar de la mente.

En caso de tener que levantarse durante la noche, conviene no exponerse a una luz intensa. La luz brillante puede alterar el ritmo circadiano, y hacer más difícil volver a dormirse.

Despertarse a la misma hora todos los días incluso los fines de semana y durante las vacaciones:

- Evitar las siestas de más de 10 – 15 minutos.

La restricción del tiempo de permanencia en la cama es otra medida que mejora la eficiencia del sueño. El paciente reduce el tiempo

de estancia en cama, y luego lo incrementa progresivamente hasta unas siete horas.

A los pacientes que acuden a la consulta de enfermería y que presentan el SPI, es recomendable facilitarles una hoja con consejos.

- Buena higiene de sueño
- Retrasar el ritmo de sueño.
- Realización de Actividad física, pero no más tarde de las 20 ó 21 horas.
- En situaciones de inactividad prolongada (viajes), mantener una actividad mental.
- Los síntomas se pueden aliviar con baños de agua fría
- Eliminar excitantes: cafeína, alcohol y tabaco.
- Intentar retirar fármacos: antidepresivos y las benzamidas sustitutivas.
- En caso necesario, aumentar en la dieta las raciones de hierro, y su control analítico periódico.

En el caso de los niños, el tratamiento no farmacológico será:

- Evitar las actividades y juegos que puedan excitarles en las últimas horas de la tarde.
- Favorecer el confort (higiene, temperatura, iluminación, etc.).
- Establecer y respetar una rutina a la hora de acostarse, baño, cena, cepillado de dientes, lectura, etc.
- Si es necesario dejar una luz tenue durante la noche.
- Proporcionarle un muñeco u otro objeto (almohada, sabana,...), que le acompañe en la cama o cuna, y que solo use para dormir.
- No castigar al niño/a mandándole a la cama.

Consejos en el Síndrome de Piernas Inquietas



- Buena higiene de sueño
- Retrasar el ritmo de sueño.
- Realización de Actividad física, pero no más tarde de las 20 ó 21 horas.
- En situaciones de inactividad prolongada (viajes), mantener una actividad mental.
- Los síntomas se pueden aliviar con baños de agua fría
- Eliminar excitantes: caféina, alcohol y tabaco.
- Intentar retirar fármacos: antidepresivos y las benzamidas sustitutivas.
- En caso necesario, aumentar en la dieta las raciones de hierro, y su control analítico periódico.

José Ciercoles Prado



Tratamiento farmacológico

Como ya nos hemos referido antes el tratamiento lo va a pautar un médico, el personal de enfermería si debe conocer los posibles tratamientos y sus posibles efectos secundarios para poder informar a sus pacientes de las dosis y de los efectos adversos.

1. Agentes dopaminérgicos (*tratamiento de elección*).
2. Suplementos de hierro.
3. Benzodiacepinas.
4. Antiepilépticos.
5. Opiáceos.

Agentes dopaminérgicos: Levodopa y Agonistas dopaminérgicos.

- Levodopa:

Combinada con un inhibidor de la dopa decarboxilasa periférica (carbidopa o benserazida). Dosis de 50 a 600 mg/día en toma única por la noche o fraccionada. Es la más estudiada.

Complicaciones:

- Efecto de rebote de final de dosis (40-50%): recurrencia de los síntomas en la segunda mitad de la noche. Fraccionar las tomas o tomar formulaciones de liberación sostenida.
- Fenómeno de Aumento o Augmentation (40-80%): intensificación de los síntomas, afectación de otras extremidades o aparición del cuadro por la tarde. Se ha correlacionado con dosis >200mg/d, SPI grave o de aparición antes de las 6 de la tarde. Cambiar a agonistas dopaminérgicos.

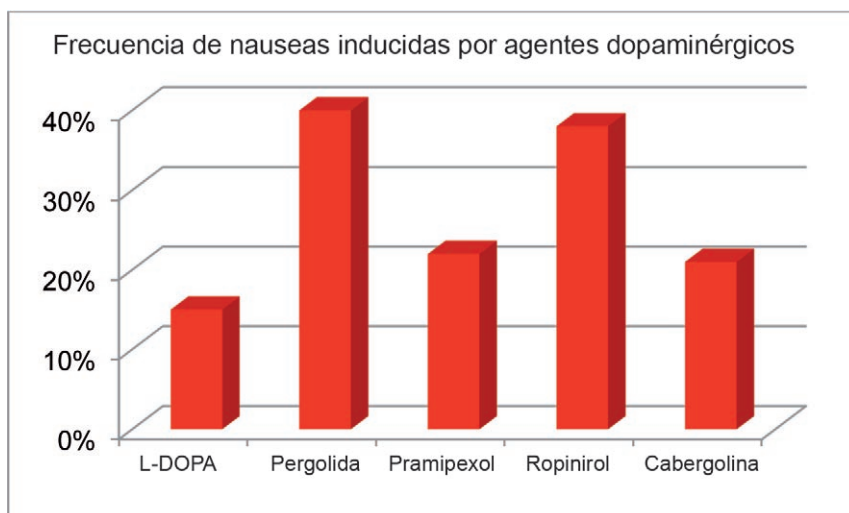
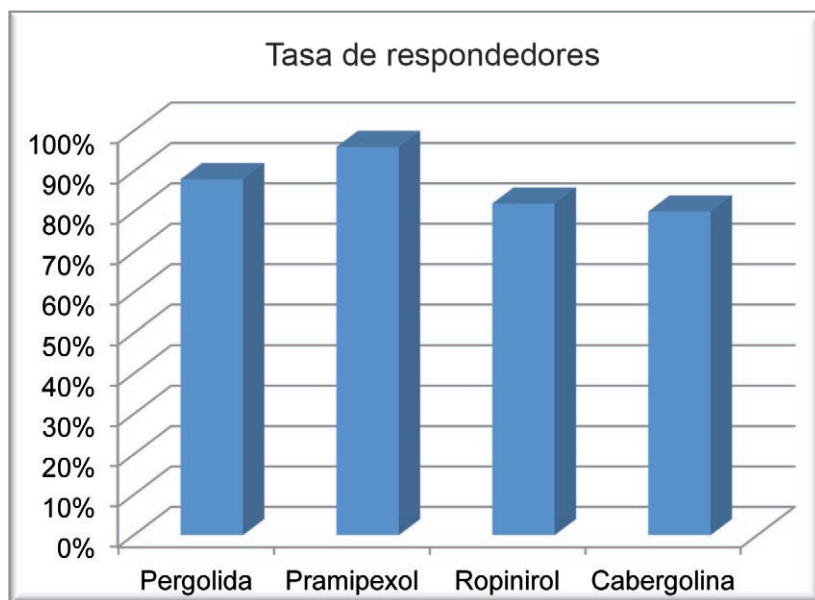
- Agonistas dopaminérgicos:
Son tan efectivos como la levodopa, presentando una menor frecuencia de complicaciones (augmentation).

Existen diferencias importantes entre ellos.

- Bromocriptina: Derivado ergótico. Poco uso en neurología. Efectos secundarios importantes. Fibrosis valvular.
- Pergolida: Derivado ergótico. Efectos secundarios importantes: Fibrosis valvular. Efectos psiquiátricos.
- Pramipexol: Aprobado para su uso en SPI. Mayor experiencia de uso. Efectos sobre los receptores D2 y D3 del cuerpo estriado. No ergótico. Menores efectos secundarios.
- Ropinirol: Aprobado para su uso en SPI. Efectos sobre los receptores D2 del estriado. No ergótico. Menor experiencia de uso.
- Cabergolina: Derivado ergótico. Amplia vida media (¿posible augmentation?). Poca experiencia de uso.
- Rotigotina: Uso en parche transdérmico. Pendiente de aprobación por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para el tratamiento del SPI.

Efectos secundarios dopaminérgicos:

- Náuseas.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Dolor abdominal.
- Somnolencia.
- Alucinaciones.
- Eritemas (vía tópica).
- Efectos ergolínicos:
 - Fibrosis pleuro pulmonar.
 - Fibrosis valvular cardíaca.



Conclusiones

Con el conocimiento del Síndrome de Piernas Inquietas, intentaremos disminuir los síntomas del mismo, y mejoraremos la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Mejoraran la calidad y cantidad de sueño.

Aumentara la capacidad de concentración de los pacientes.

Se reducirán o eliminaran los riesgos de accidentes, inducidos por el Síndrome de Piernas Inquietas.

Bibliografía

- Curso sobre el Conocimiento y manejo del SPI (Diario Médico).
- Elsevier, Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación 2009-2011, 2010, T. Heather Herdman, PhD, RN.
- Masson, Los Diagnósticos Enfermeros, Tercera Edición, 2005, M^a Teresa Luis Rodrigo.
- Elsevier Mosby, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, 2008, Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson.
- Elsevier Mosby, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, 2008, Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman.
- Mosby/Doyma Libros, Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación, Tercera Edición, 1996, Marjory Gordon.
- Archives of neurology, Vol. 67 n° 5, mayo 2010, Lan Xiong, MD et al.



Con el conocimiento del Síndrome de Piernas Inquietas por parte del personal de enfermería, intentaremos disminuir los síntomas del mismo, y mejoraremos la calidad de vida de las personas que lo padecen, y de su entorno.

Mejoraran la calidad y cantidad de sueño, porque la falta de sueño eleva el riesgo de muerte.

Aumentara la capacidad de concentración de los pacientes.

Se reducirán o eliminaran los riesgos de accidentes, inducidos por el Síndrome de Piernas Inquietas, de tráfico, laborales, etc.