



EDITORIAL

Insuficiencia cardíaca e insomnio: una relación bidireccional

Heart failure and insomnia: A bidirectional relationship

Francesc Formiga^{a,*} y Nicolás Martínez-Velilla^b^a Sección de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Bellvitge. IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España^b Servicio de Geriátría, Navarrabiomed, Hospital Universitario de Navarra (HUN), Universidad Pública de Navarra (UPNA), Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, España

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad con una elevada prevalencia, siendo actualmente la causa más frecuente de hospitalización en las personas mayores¹. Es en este grupo de edad donde la presencia de múltiples comorbilidades y síndromes geriátricos influye de manera muy significativa en la evolución clínica y funcional de la IC. Consecuentemente es básico insistir en la necesidad de una valoración geriátrica integral en este sector poblacional, que a nuestro entender debe incluir de forma específica los hábitos del sueño^{1,2} tradicionalmente excluidos de los resultados de la mayor parte de estudios en IC.

Los trastornos del sueño son frecuentes en los pacientes con IC, así entre el 60–75% de los pacientes con IC se quejan de mala calidad del sueño, más del 50% de insomnio³ y el 35% utiliza regularmente hipnóticos^{3,4}. La depresión, la fatiga, la somnolencia diurna, una peor capacidad física autoinformada, la disminución de la capacidad de ejercicio, los eventos cardíacos y la mala calidad de vida relacionada con la salud son importantes síntomas asociados al insomnio que refieren las personas con IC⁵. Además, las alteraciones del sueño entre los pacientes con IC influyen negativamente en la calidad de vida, pueden interferir en las prácticas de autocuidado y aumentar el riesgo de hospitalización no planeada⁶.

Según las guías de la Sociedad Española del Sueño, en las personas mayores se recomienda una duración de sueño diaria similar a la del adulto, de entre 7–8 horas⁷, ya que una buena calidad de sueño se ha asociado a un mejor rendimiento físico y cognitivo^{7,8}. Con el envejecimiento aparecen cambios en la estructura del sueño, con una disminución en el tiempo total del sueño y en su capacidad reparadora, así como en la capacidad de conseguir un sueño continuado⁷. El insomnio es el trastorno más común en el espectro de esta entidad, pudiendo describirse dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo o para ambas^{9,10}. Por otra parte, consideraremos que existe un diagnóstico de insomnio cuando persista como mínimo 3 noches por semana, por un periodo de por lo menos 3 meses, y asociándose con angustia o con deterioro del rendimiento diurno^{9,10}.

Se ha descrito también la existencia específica de una interacción bidireccional entre el insomnio y la IC. Así en un artículo relevante se analizaron 12.761 personas incluidas en el *Health and Retirement Study*, con un seguimiento de 16 años, donde se evaluaba la aparición de nuevos casos de IC. En la evaluación inicial, un 38,4% de los encuestados refirieron haber tenido algún síntoma de insomnio y durante el periodo de seguimiento de la cohorte inicial 1.730 personas desarrollaron IC. Tanto la dificultad de iniciar el sueño como la dificultad de mantenerlo, el despertar temprano por la mañana o la sensación de sueño no reparador se asociaron con un riesgo significativamente mayor (1,2 veces) de desarrollar IC en comparación con los pacientes sin insomnio, con un incremento paralelo según la intensidad de los síntomas¹¹. Se ha hipotetizado como posibles causas la asociación del insomnio con hábitos de vida no saludables, la disregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el aumento del tono simpático, entre otras. No obstante, debido al diseño de los estudios epidemiológicos es difícil atribuir una clara causalidad.

Por otro lado, en los pacientes con IC puede existir más insomnio debido a la nicturia, por los diuréticos y por la reabsorción de líquidos con el decúbito, o debido a la disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, o a las frecuentes quejas somáticas de dolor. Los trastornos respiratorios del sueño (apnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño y respiración de Cheyne-Stokes) son frecuentes en los pacientes con IC y provocan numerosos efectos fisiológicos desadaptativos, como el aumento de la activación simpática, el aumento de las arritmias auriculares, el empeoramiento de la hipertensión diurna, y un remodelado cardíaco negativo que incluye hipertrofia ventricular izquierda y disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo¹².

Es importante recordar que el tratamiento de elección del insomnio en los pacientes con IC es la psicoterapia cognitiva conductual con ayuda de herramientas eficaces como la educación en la higiene del sueño, o las técnicas del control de estímulos, técnicas de restricción del sueño o del tiempo de permanencia en cama, o ejercicios de relajación¹³. Si a pesar de ello los síntomas persisten es preciso valorar el manejo farmacológico, pero debemos intentar evitar la cronicidad y dependencia hacia los mismos⁵ haciendo una reevaluación programada de la indicación y valorando la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

posibilidad de deprescripción evolutiva. Es además básico y necesario el abordaje de las comorbilidades habitualmente asociadas. Así por ejemplo cabe recordar que existe mucha evidencia de la relación entre el insomnio y la depresión¹⁴, y de esta con la IC¹⁵.

En definitiva, el insomnio es frecuente en los pacientes mayores con IC, y su asociación se vincula a una mayor morbimortalidad, por lo que es básico que incorporem a nuestro día a día su valoración y tratamiento.

Bibliografía

1. Chivite D, Franco J, Formiga F. Chronic heart failure in the elderly patient. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:237–46.
2. Hayes D Jr, Anstead MI, Ho J, Phillips BA. Insomnia and chronic heart failure. *Heart Fail Rev*. 2009;14:171–82.
3. Gharzeddine R, McCarthy MM, Yu G, Dickson VV. Insomnia and insomnia symptoms in persons with heart failure: an integrative review. *J Cardiovasc Nurs*. 2020;36:374–84.
4. Kanno Y, Yoshihisa A, Watanabe S, Takiguchi M, Yokokawa T, Sato A, et al. Prognostic significance of insomnia in heart failure. *Circ J*. 2016;80:1571–7.
5. Sato Y, Yoshihisa A, Hotsuki Y, Watanabe K, Kimishima Y, Kiko T, et al. Associations of benzodiazepine with adverse prognosis in heart failure patients with insomnia. *J Am Heart Assoc*. 2020;9:e013982.
6. Redeker NS, Jeon S, Muench U, Campbell D, Walsleben J, Rapoport DM. Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep*. 2010;33:1210–6.
7. Merino-Andreu M, Alvarez-Ruiz de Larrinaga A, Madrid-Perez JA, Martínez-Martínez MA, Puertas-Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al. Healthy sleep: evidence and guidelines for action. Official document of the Spanish Sleep Society. *Rev Neurol*. 2016;63 Supl. 2:1.
8. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*. 2015;1:233–43.
9. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379:1129–41.
10. Duffy JF, Zitting KM, Chinoy ED. Aging and circadian rhythms. *Sleep Med Clin*. 2015;10:423–34.
11. Mahmood A, Ray M, Dobalian A, Ward KD, Ahn S. Insomnia symptoms and incident heart failure: a population-based cohort study. *Eur Heart J*. 2021;42:4169–76.
12. Coniglio AC, Mentz RJ. Sleep breathing disorders in heart failure. *Heart Fail Clin*. 2020;16:45–51.
13. Harris KM, Schiele SE, Emery CF. Pilot randomized trial of brief behavioral treatment for insomnia in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2019;48:373–80.
14. Sadler P, McLaren S, Klein B, Jenkins M. Advancing cognitive behaviour therapy for older adults with comorbid insomnia and depression. *Cogn Behav Ther*. 2018;47:139–54.
15. Formiga F, Losada A. Heart failure and depression in older adults. Relevance of comorbidity and integrated treatment. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56:65–6.