



1819 - EL PESO DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

José M Comerma¹, Verónica Ceban¹, Imán Yazbeck¹, Ana Lozano¹, Rosario Salas¹ y Núria Parra^{1,2}

¹Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España. ²ABS L'Escala-Fundació Salut Empordà, L'Escala, España.

Resumen

Objetivos: Se sabe que la percepción de soledad se asocia con mayor riesgo de enfermedades coronarias, ictus, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2. Cuantificamos el peso de soledad no deseada en el desarrollo de este tipo de enfermedades.

Métodos: Estudio transversal sobre 64 pacientes ingresados en la Unidad de Fragilidad de un hospital universitario urbano durante 2022-2023. El cribaje de soledad se realizó mediante la escala de UCLA. Se recogieron variables de valoración geriátrica integral así como clínicas en relación al riesgo cardiovascular. Se realizaron análisis de asociación entre soledad no deseada, resistencia a la insulina (RI), diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), accidente cerebrovascular (ACV), cardiopatía isquémica (CI) y arteriopatía periférica (AP), con posterior regresión logística de variables significativas ($p < 0,05$).

Resultados: De los 64 pacientes (53,1% hombre, 34,4% vivía solo, edad media [DE] 81,7 [7,5] años, índice de Charlson medio [DE] 1,6 [1,4]), el 75% (48 pacientes) declaró soledad no deseada mediante UCLA, 46,9% RI, 25,0% DM, 28,1% HTA, 50% CI, 12,5% AVC, 6,3% AP. En presencia de soledad no deseada, la *odds ratio* -OR- (IC95%) de la asociación con las condiciones de riesgo cardiovascular en las que se pudo calcular la *odds ratio* fue: RI 2,0 (1,3-3,2) $p = 0,09$; DM 9,0 (3,4-24,0) $p < 0,01$; CI 1,8 (1,2 - 2,8) $p = 0,02$; AVC 3,0 (0,8-10,6) $p = 0,190$. La asociación entre HTA y soledad fue significativa al nivel $p = 0,01$, mientras que no así para AP ($p = 0,441$), ambas medidas por corrección de Yates por continuidad en chi-cuadrado. Al incluir las variables significativas en un análisis logístico de predicción inversa (factores de riesgo cardiovascular como determinantes de soledad), ningún valor de Exp(B) (IC95%) fue significativo para el nivel de $p < 0,05$.

Discusión: En nuestra serie de pacientes los resultados sugieren que la soledad no deseada se asocia con un aumento del riesgo dos veces superior para presentar resistencia a la insulina respecto a quienes no manifiestan este sentimiento, de nueve veces en el caso de la diabetes mellitus o casi del doble para cardiopatía isquémica, de manera significativa. La asociación con hipertensión arterial también resulta significativa. Estos hallazgos son coherentes a nivel fisiopatológico con las hipótesis ya conocidas que vinculan la soledad no deseada a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, elevando la producción de cortisol. Este aumento sostenido de cortisol puede provocar inflamación crónica, hipertensión y disfunción endotelial, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y resistencia a la insulina, todos ellos factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Y aunque se pueda pensar que una vez establecidas estas enfermedades, son estas mismas condiciones orgánicas las que conllevan a manifestar mayor grado de soledad no deseada, no podemos afirmarlo en nuestro análisis, ya que ninguna de ellas se ha postulado como

factor predictor independiente de soledad en la regresión logística. Más bien parecería que es la soledad la que puede predecir una situación de mayor riesgo cardiovascular.

Conclusiones: La soledad debe ser considerada un factor de riesgo modificable en la prevención cardiovascular, con implicaciones relevantes para la salud pública y la práctica clínica.