

CLINICO

Sobre factores de riesgo cardiovascular.

Félix Miguel García ¹

1. Médico de Familia, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Citar com : Miguel García F. Sobre factores de riesgo cardiovascular. fml. 2019; 24(3):5p

Palabras clave (MeSH): Enfermedades cardiovasculares, Metodología

Resumen

El concepto de factor de riesgo, que se ha desarrollado muy principalmente en el área cardiovascular, vehicula una gran parte de las intervenciones clínicas y farmacológicas contemporáneas. Este concepto presenta una calculada ambigüedad que permite el salto casi automático de la asociación estadística a la intervención. En su ayuda, método epidemiológico, técnica estadística y la institución MBE-medicina basada en la evidencia, se alían para, operativamente, fijar criterios de intervención y objetivos del tratamiento no siempre justificados por evidencias. No es objetivo del texto actualizar ni valorar las recomendaciones existentes; se intenta ofrecer algunas pautas interpretativas a partir de la paradoja de la prevención de Rose, la aporía de Maderuelo y el concurso de citas.

“Ya se han puesto la luna/y las pléyades; mediada/está la noche; pasan las horas, /y yo duermo sola”-Safo. Los ‘Mayos del 68’, que se dieron de una manera u otra de México a París, o de Praga a Tokio, pasan por ser los epítomes y cantos del cisne de las aspiraciones de cambio contemporáneas. Su fracaso parece ser el último, pues no se percibe en los tiempos recientes que este deseo de cambio se pueda manifestar sin la mediación de un dominio sutil y apenas perceptible en las formas, pero definitivo en el fondo. De hecho, lo que podemos ver o percibir como queja no es más que un sucedáneo domesticado. Advirtió Debord en 1967 que “el espectáculo es el autorretrato del poder en la época de su gestión totalitaria de las condiciones de existencia, (...) es una fabricación concreta de la alineación.”

También trató vanamente Agustín García Calvo de señalar por dónde no ir, cuál era la vía equivocada, cual diosa de Parménides, cuando creyó notar en la réplica atenuadísima que fue el 15M algo parecido, más en el latido

que en la realidad, a lo él estaba esperando, pero que se perdía irremediamente en un barullo imitativo y desencaminado. Decía en Sol: “lo primero que hay que hacer es no aprenderse el lenguaje del poder, no intentar usar contra el poder las formas que el poder tiene establecidas; lo más urgente que se puede hacer es tratar de deshacer, desvirtuar, desmentir la fe que capital y estado necesitan para sostenerse.”

Este es el marco que quizá conviene a la reflexión sobre los factores de riesgo, no solo por surgir, en este caso, de una exposición previa celebrada en fecha de efeméride (La Cabecera, abril 2018) sino porque este asunto de los factores de riesgo refleja el desarrollo y la persistencia de un modelo conceptual y práctico que se ha impuesto sin apenas falla para justificar muchas de las intervenciones preventivas, modelo, además, solo contestable dentro del mismo modelo, creándose una escolástica tela de araña que atrapa a las mejores mentes e intenciones. La función de las citas es tratar de escapar del círculo.

"Y sin duda nuestro tiempo prefiere la imagen a la cosa, la copia al original, la representación a la realidad"-Feuerbach. Cuatro rasgos relevantes pueden identificarse en el concepto de 'factor de riesgo': no es ni una causa necesaria (pues el efecto puede aparecer sin él), ni suficiente (pues su presencia no obliga a la aparición del efecto); incluye bajo su égida situaciones a todas luces dispares desde el punto de vista productivo (piénsese cuál puede ser el nexo común a la ceguera, la densidad mineral ósea, la hipertensión arterial o la familia desestructurada); la herramienta matemática de asociación, el riesgo relativo, es el instrumento que a la postre lo define, sin que los mecanismos tengan un papel definitorio -la caja negra de Peto; y la intervención clínico-preventiva se desprende de forma cuasiautomática de la aparición de significación estadística. En la concreta epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular quizá lo que convenga destacar sean algunos rasgos problemáticos, como la clásica referencia del Seven Countries Study que muestra los diferentes riesgos asociados a mismos niveles de un factor de riesgo (colesterol, presión arterial) según los países, o la asociación, o falta de ella, no esperada en determinadas edades, que hacen exclamar a los autores en las conclusiones "somos incapaces de explicar nuestros resultados".

Posiblemente sea aquel esquema que sirvió a Geoffrey Rose en 1981 para exponer la célebre 'paradoja de la prevención' el que proporcione la clave racional que permita entender la situación: la distribución (una curva de Gauss) de los valores de un factor de riesgo en la población sana y en la población con la enfermedad casi se solapan, puesto que los riesgos relativos se sitúan en el rango 1,5 a 3. La citada paradoja la formula Rose como sigue: "una intervención que proporciona beneficios amplios a la población ofrece poco beneficio a cada participante individual". Ya está aquí enunciada 'la paradoja del NNT o aporía de Maderuelo' que se describirá un poco más adelante. "La serie de las causas se encuentra (...) completa ante nosotros, y así inferimos: esto y lo otro tiene que ir primero, para que le siga aquello -pero con esto no hemos *comprendido* nada"-Nietzsche

Operativamente, se pueden destacar dos procedimientos principales para la implementación de intervenciones preventivas: la determinación de los criterios

de intervención y la fijación de objetivos del tratamiento.

Se ha impuesto como criterio de intervención en asuntos preventivos cardiovasculares, y desde aquí en otros territorios de la medicina, la utilización de tablas de riesgo. "Definitivamente estás cansado de este mundo antiguo"-Apollinaire. Todo el debate que ha existido durante la última década acerca de las ventajas comparativas de cada tabla riesgo se resume en que en función de cuál sea la tabla escogida la cantidad de población a tratar es mayor o menor. Score favorece más la posición intervencionista que Regicor, y, en ciertas poblaciones, más que la vieja Framingham, paradigma de la sobrestimación del riesgo en población española. "Con qué blanca violencia cae/hasta abrirse tu espalda y son/dos flores de cobre tus nalgas/que abiertas derraman dulzura"-Gimferrer. La cuestión fundamental acerca de las tablas de riesgo está directamente relacionada con la ya comentada perspectiva de Rose. Cualquier corte de riesgo que se seleccione deja a su derecha, junto a los verdaderos positivos -los que desarrollarán la enfermedad-, una no despreciable cantidad de falsos positivos, personas sanas que han sido clasificadas de alto riesgo (y tratadas como tal) que no van a desarrollar la enfermedad. Del otro lado quedan los verdaderos negativos, y también un amplio número de personas con 'falso negativo', es decir, clasificadas de riesgo bajo y que desarrollan la enfermedad, numéricamente importante, pues hay más personas y más casos en las zonas de riesgo moderado y bajo. La tentación de correr la línea de corte a la izquierda para captar a estas personas olvida que, a la vez, se hace crecer la pléyade de falsos positivos: esta es la aporía de Maderuelo, que se impone inclemente sobre un instrumento, el factor de riesgo, marcado por su insuficiencia productiva original. No es otra la causa de la sorprendente recepción acrítica del NNT-número de personas que es necesario tratar para evitar un nuevo episodio. En términos prácticos significa que el grueso de las intervenciones farmacológicas sobre factores de riesgo cardiovascular (y, derivadamente, en otros territorios, como se ha dicho) no tienen eficacia individual, sino, en su caso, poblacional. Si ha de tratarse durante 5 años a 70-200 personas para evitar la aparición de un nuevo episodio cardiovascular, significa que 69-199 personas van a tomar un fármaco que a ellas no les va a beneficiar. Ser

conscientes de esta situación es la base para poder discutir acerca de los beneficios, poblacionales en todo caso, de las intervenciones preventivas en general. Como afirma el epidemiólogo cardiovascular Krumholz, "no podemos asumir que modificar un factor de riesgo implique modificar el riesgo, nos hemos confundido muchas veces en la pasada década con esta asunción"

La discusión sobre hasta dónde reducir los niveles numéricos de los factores de riesgo, los denominados 'objetivos' del tratamiento, ha sido una constante durante buena parte de los últimos años, pues no en vano está determinando la intensidad de las intervenciones. La falta de justificación evidencial para, por ejemplo, situar la presión arterial en los diabéticos por debajo de 130/80 mmHg, o para fijar objetivos del tratamiento hipolipemiante en términos de LDL-colesterol, ha sido y es objeto de páginas y contrapáginas. "Una cosa he de concederle: para mí es completamente oscura la estructura del pensamiento platónico"-Heidegger. Por incomprensible que parezca, conclusiones obtenidas a partir de artefactos teóricos, interpretaciones entusiastas, o análisis de subgrupos, son la base y fundamento general de los objetivos terapéuticos en términos de reducción de presión arterial, LDL-colesterol o hemoglobina glicosilada.

En paralelo, las herramientas y conceptos relacionados con la aplicación del método epidemiológico y de la técnica estadística, contribuyen a favorecer las intervenciones preventivas. "La conciencia de sí está en sí y para sí cuando y porque está en sí y para sí para otra conciencia de sí; es decir, que no existe sino como ser reconocido"-Hegel. A las célebres distorsiones del método epidemiológico, tan frecuentes en los estudios cardiovasculares (los citados análisis de subgrupo, las variables compuestas e intermedias, los comparadores utilizados) se suman dos rasgos de los estudios cardiovasculares (con frecuencia megaensayos multicéntricos) y que generalmente no se destacan: el potencial sesgo de ejecución y la imposibilidad práctica de replicación ligada a ellos. "Todo método es una ficción, y bueno para la demostración"-Mallarmé. "No hace falta dar la vuelta al mundo para comprender que el cielo es azul en todas partes."-Goethe

"Por extrañeza, se sustrae al conocimiento"-Heráclito. No en vano, dos de los principales

creadores de la estadística contemporánea decían el uno del otro: "Los métodos de Fisher eran peores que inútiles" y "Neyman bien podría haber seleccionado un tema acerca del cual pudiera disertar con alguna autoridad".

Cabe traer a colación dos elementos relevantes de la técnica estadística tal como se aplica en medicina. Uno de ellos se refiere a un equívoco, y es la comparación o asimilación del procedimiento de contraste de hipótesis estadísticas con el contraste de hipótesis científicas. Tal como teorizó Popper, lo característico de la ciencia no es su capacidad de verificación, sino la de contener enunciados que puedan ser desmentidos (falsados) por la experiencia. De una hipótesis se deducen consecuencias que se contrastan con la experiencia. Si el resultado de este contraste experimental es incompatible con las consecuencias deducidas de la hipótesis, esta queda falsada, mientras que si el resultado del contraste es compatible con la existencia de la hipótesis, no la verifica, se la acepta solo provisionalmente, a la espera de ulteriores esfuerzos de falsación. En efecto, hay un parecido estructural con el contraste de hipótesis estadísticas, donde de la hipótesis (la nula generalmente) se deduce una distribución de probabilidad que permite contrastar la probabilidad del resultado experimental dada la hipótesis: si la probabilidad del resultado experimental es baja, se rechaza la hipótesis (nula), pero si es alta, no se puede aceptar como cierta. La trampa está en que las hipótesis científicas son, aparte de amplias, positivas, pero la hipótesis que se testa convencionalmente en el contraste hipótesis es la nula, y cuando se rechaza, lo que se hace de refilón es aceptar la alternativa (la existencia de efecto); y cuando se está en condiciones de 'aceptar' la nula siempre queda la reticencia de que 'no se puede aceptar', porque, a poco que uno se esfuerce, la nulidad de la hipótesis quedará desmentida. Con mucha facilidad. Y aquí aparece el segundo hecho relevante: "Cuando se sabe de antemano que la hipótesis nula es falsa, el rechazo o la aceptación, simplemente es el reflejo del tamaño de la muestra, y las pruebas no hacen por tanto contribución ninguna a la ciencia"-Savage. Los tamaños de los ensayos clínicos, y, si no es suficiente, los meta-análisis -la alquimia meta-analítica que decía Feinstein- demuestran que solo es cuestión de tiempo y paciencia el encontrar diferencias estadísticamente significativas de efectos absolutos en torno al

1%. Todo esto lo sabemos. Lo que no es fácil de entender es cuán profundo ("lo profundo es el aire"-Guillén) sigue calando la significación estadística, que es la que, en la práctica, da el visto bueno a la intervención, cuando en sentido estricto debería ser una condición necesaria, o preliminar, pero no suficiente, para avalar una intervención.

El aval institucional contemporáneo es la denominada medicina basada en la evidencia, un entramado institucional que añade a los problemas del método epidemiológico y de la técnica estadística, nuevos problemas derivados de un procedimiento de interpretación y difusión de las evidencias cuya problemática no resulta principalmente de lo que se ha venido a denominar 'corrupción de la evidencia', sino que procede de su origen conceptual e industrial. "Oh, caballeros, la vida es corta.../si vivimos, vivimos para marchar/sobre la cabeza de los reyes"-Shakespeare. Pues la definición inaugural de Sackett (la utilización de la "mejor evidencia disponible"), contiene ya en su origen las ficciones que la sustentan: pues ni existe algo que pueda denominarse 'mejor' (basta con cotejar la selección diversa de los estudios en distintos meta-análisis, cuya explicitud no implica similitud, ni las evidencias seleccionadas por los diversos consensos), ni la 'evidencia' se libra del enfoque restrictivo de lo que es evidente como señaló tempranamente Feinstein, ni la disponibilidad o no de las evidencias es un asunto neutro o independiente de quien tiene en sus manos la decisión y gestión de lo que se estudia. El lenguaje y la retórica marca de la casa MBE oculta que en realidad el proceso interpretativo es de carácter experto, con infinidad de momentos subjetivos, incluso expresamente insertos en el procedimiento, y con un lenguaje de aspecto aséptico, pero engorrosamente falso en su pretensión de exactitud.

Esta es la clave: "la mercancía no puede ser comprendida en su esencia auténtica sino como categoría universal del ser social"-Benjamin. Pues no se trata fundamental o únicamente de constatar la importancia decisiva, en todos los niveles -diseño, interpretación, difusión-, que los intereses económicos de parte tienen en las recomendaciones y en la práctica clínica contemporánea. No es solo que, como apunta Debord, "no existe ya nada, ni en la cultura ni en la naturaleza, que no haya sido

transformado y contaminado conforme a los medios y los intereses de la industria moderna" ni que "el pensamiento científico ha decidido ponerse al servicio de la dominación espectacular, renegando de buena parte de su pasado antiesclavista", ni que "no se pide ya a la ciencia que comprenda al mundo ni que lo mejore en algo; se le pide que justifique al instante todo lo que se está haciendo". Conviene vislumbrar que el asunto es de mayor alcance, antes de que los humanos seamos ya incapaces de tener, siquiera en el deseo o en la intelección, otro marco de referencia distinto del actualmente vivimos: "El espectáculo es una visión del mundo que se ha objetivado, (...) es a la vez resultado y proyecto del modo de producción existente. (...) El espectáculo somete a los hombres en la medida en que la economía les ha sometido totalmente. (...) No es más que la economía desarrollándose por sí misma. (...) El espectáculo señala el momento en que la mercancía ha alcanzado la ocupación total de la vida social. (...) La relación con la mercancía no solo es visible, sino que es lo único visible: el mundo que se ve es su mundo". "El espectáculo (...) es el dominio autocrático de la economía mercantil (...) y el conjunto de nuevas técnicas de gobierno que acompañan ese dominio"

Cómo no terminar entonces con el mismo Debord, el activista y agitador clandestino, cuando expresa la doble melancolía de comprobar que no hay solución y que todo ha pasado: "entre la Rue du Four y la Rue de Buci, donde nuestra juventud se echó completamente a perder, bebiendo unos vasos, se podía sentir con certeza que nunca haríamos nada mejor".

Conclusiones

- Es común a otras vivencias contemporáneas el hecho de que la aplicación clínica cotidiana de las recomendaciones conviva con la conciencia general de que éstas presentan importantes limitaciones evidenciales, y de que en una importante medida se alimentan de intereses económicos.
- También es común la percepción de que no es fácil estar al día, ni es sencillo destejer la red escolástica y de interés que envuelve a consensos y guías,

incluidas fuentes tradicionalmente fiables.

- En términos generales, las evidencias disponibles apoyan, más que una recomendación exacta, un espectro de actuaciones posibles. Este hecho, poco o nada reconocido, es la base para las dos siguientes recomendaciones: (1) utilizar como regla metodológica fundamental el paréntesis escéptico, es decir, mantener la sospecha, sin llegar a la paranoia; en otros términos, desterrar la fe como principio metodológico. (2) Escoger, entre las recomendaciones vigentes en cada momento, las menos intervencionistas, e incluso matizarlas y adaptarlas. Pues hemos constatado que la valoración crítica siempre llega después, si no tarde.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas seleccionadas lo son porque recogen las fuentes de la mayor parte de las afirmaciones aquí realizadas.

Miguel F, Montero MJ, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2009;17:49-63.

https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+17/BIT+17+4.htm

Miguel F, Merino A, Montero MJ. Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con fármacos. AMF 2009;5(7):375-385.

Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria. 1998;22:585-95. https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/friesgo_fm.pdf

Miguel F, Merino A, Sanz R, García A, Montero MJ, Maderuelo JA. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. Aten Primaria. 2009;41:657-716. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001954>

Miguel F. Popper, el contraste de hipótesis y el método crítico. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(1):52-60.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100008&lng=es&nrm=iso&tling=es-Weber, M. \(1978\). Economy and society: An outline of interpretive sociology \(Vol. 1\). Univ of California Press.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100008&lng=es&nrm=iso&tling=es-Weber, M. (1978). Economy and society: An outline of interpretive sociology (Vol. 1). Univ of California Press.)