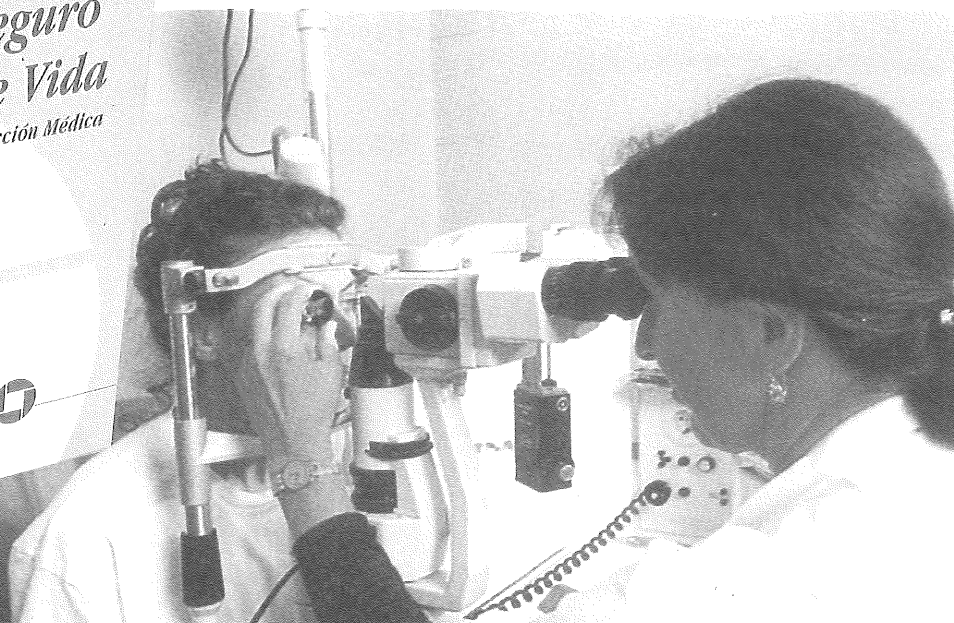
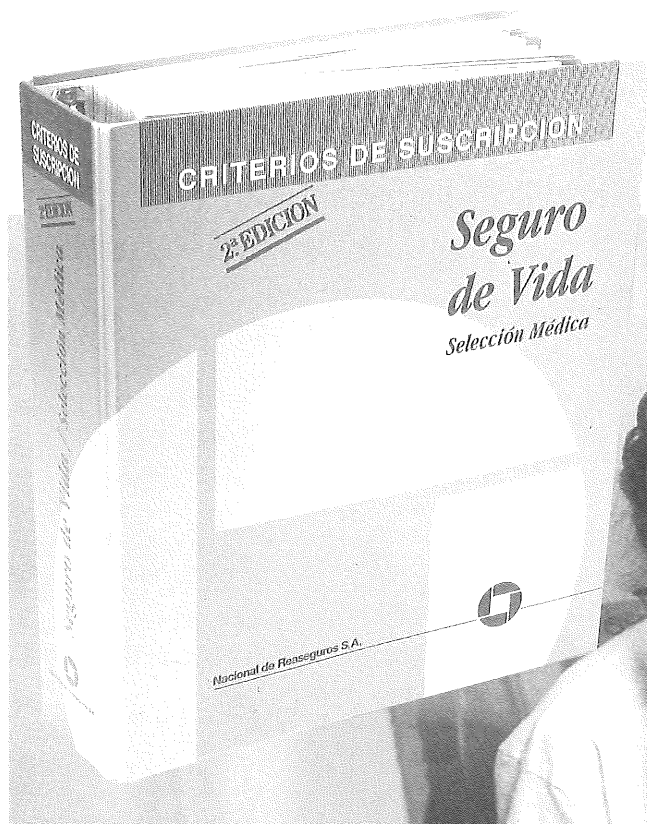


SELECCIÓN

Número 14. Año III. Junio 1999

VIDA

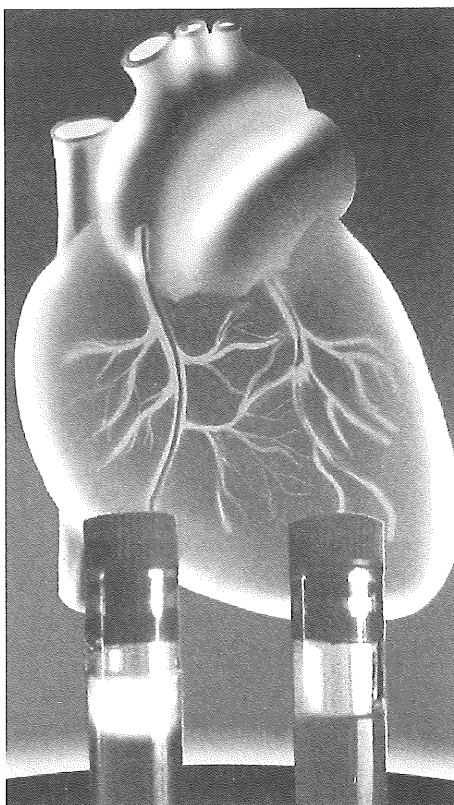
SEGURO DE VIDA: Criterios de Suscripción



Nueva publicación

NACIONAL DE REASEGUROS ha publicado recientemente la segunda edición del manual de consulta titulado "CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN en la SELECCIÓN MÉDICA del SEGURO DE VIDA".

Su divulgación responde al compromiso adquirido en enero de 1.995, cuando vio la luz el anterior documento elaborado bajo el mismo título. La presentación de aquel trabajo terminaba comunicando la intención de los Servicios Técnicos y de Selección y Tarificación de nuestra entidad de prolongar en el futuro el proyecto que entonces iniciábamos, de tal forma que el contenido de los "CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN" se completara, revisara y ampliara atendiendo a la evo-



lución de la salud, de la medicina y de la propia técnica aseguradora.

En esta línea, las principales aportaciones de la presente edición se han basado en la experiencia propia de nuestra entidad en el mercado español. Además, se han tenido en cuenta las novedades e investigaciones internacionales fruto del trabajo de reconocidos expertos internacionales y expuestas en los foros más representativos, en las que el jefe de nuestros Servicios de Selección, D. Manuel Cid, viene participando activamente.

Además de la lógica revisión de todo el contenido en función de la evolución de la medicina del Seguro de Vida en estos últimos años, respecto a la primera edición, el documento recoge:

- Una profunda revisión y una ampliación detallada de la casuísti-



Nacional de Reaseguros S.A.

ANIVERSARIO

ca y de los procedimientos de tarificación del aparato cardiovascular.

- Un desarrollo amplio y estructurado del apartado dedicado a la oftalmología.
- Un cuerpo de cuestionarios con los que se pretende aportar modelos que favorezcan la normalización y la agilidad en la recogida de datos para la valoración de determinados riesgos complejos.

Distribución

Como parte del servicio que como reaseguradores profesionales queremos prestar a nuestras cedentes, NACIONAL DE REASEGUROS ha hecho llegar los "CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN" a las entidades que trabajan el Ramo de Vida y a todas aquellas que realizan actividades en el ámbito de los Seguros Personales, incluyendo también a un buen número de aseguradoras extranjeras.

Con el objetivo de transmitir con más detalle las características de la publicación, así como para tratar aspectos concretos que puedan tener un interés especial por su novedad o relevancia, se han mantenido reuniones de trabajo con responsables de selección y tarificación de diversas aseguradoras.

Acogida

Aunque todavía es pronto para poder evaluar de forma definitiva el impacto de un trabajo de estas características en la labor cotidiana de selección y tarificación, sí podemos establecer una primera valoración de los profesionales del sector respecto a la opinión que les merece el trabajo y sus posibilidades como instrumento de consulta y de formación dentro de los departamentos de suscripción de las aseguradoras directas.

Algunos servicios técnicos han resaltado la validez de los "CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN" como base de la suscripción médica y su orientación como soporte en la práctica diaria de la selección de riesgos en la actividad aseguradora.

A pesar de los inevitables tecnicismos, que podrían suponer un áspero obstáculo para su consulta, en general se aprecia muy positivamente la claridad expositiva, que permite su utilización incluso a los no profesionales de la medicina. En este sentido, parece que los usuarios consideran acertada la idea de incluir sinónimos y abreviaturas, así como la agrupación mediante índices alfabéticos y por especialidades y patologías.

Lo pormenorizado de los requerimientos mínimos para la adecuada valoración de los riesgos y lo ajustado y razonable de las tarificaciones

se han recalcado como aspectos muy apropiados a las necesidades que se plantean en la realidad del sector.

También hemos recibido ya algunas sugerencias respecto a mejoras y adiciones que podrían enriquecer el documento, consideraciones que agradecemos y que, sin duda, tomaremos en cuenta en próximas ediciones.

Futuro

Creemos que en un trabajo de este tipo es básica la colaboración con las entidades cedentes de seguro directo, por lo que esperamos poder aprovechar en futuros proyectos las valiosas apreciaciones aportadas por todos aquellos que han estimado oportuno compartir con nosotros sus impresiones acerca de esta segunda edición.

Coincidimos con lo señalado por algunos colegas y pensamos que los "CRITERIOS DE SUSCRIPCIÓN" nunca podrán ser definitivos; mantener este manual al día siempre nos demandará importantes esfuerzos de actualización, por lo que asumimos el carácter evolutivo y dinámico del proyecto, siendo nuestro propósito el continuar incorporando los futuros avances de la medicina del Seguro de Vida y los matices de la idiosincrasia propia del mercado español.



Análisis de orina en la medicina del Seguro de Vida



El análisis de orina es un método de valoración pronóstica muy antiguo. Se empezó a usar a finales del siglo pasado, al observar cómo los pacientes con proteinuria aumentada tenían un pronóstico pobre. Sin embargo, no deja de estar de actualidad y opinamos que conviene realizar un repaso para situarlo en la perspectiva de las necesidades de valoración de los tiempos actuales. Además, hay nuevas técnicas que hacen del análisis de orina un método sencillo para valorar, con limitaciones, el uso de tabaco, drogas o uso de medicaciones que por razones diversas pueden no haberse declarado en los cuestionarios que elaboran las compañías.

En primer lugar, queremos insistir en que el método de "TIRA REACTIVA -tirita que se sumerge en la orina" sigue siendo clave y principio del análisis de orina en la medición de riesgos, pero hay que valorarlo de forma integrada con:

- 1º.- El conjunto de datos que suministra el análisis de tira reactiva.
- 2º.- Un análisis de orina más completo que comprenda la cuantificación de albúmina y el estudio de sedimento.
- 3º.- La clínica del cliente-paciente.

En relación con el primer punto, debemos señalar que es importante tener en cuenta la densidad de la orina. Una orina muy densa o concentrada va a producir lecturas de albúmina muy superiores a las de una orina diluida, aunque el paciente con orinas diluidas al cabo de las 24 horas pueda eliminar unas cantidades de albú-

mina muy superiores. La explicación simple es que también elimina un volumen urinario superior.

En capitales medios o elevados, conviene realizar un estudio del sedimento, puesto que la prueba de tira reactiva no resulta muy exacta y, de hecho, en muchas ocasiones debemos considerarla como una prueba cualitativa y simple, que cuando "APUNTA HACIA UNA NORMALIDAD" se debe siempre valorar de forma más exhaustiva.

Es muy común que una hematuria que en la tira parece moderada o importante no se confirme en el estudio de sedimento y, si ello es así para los glóbulos rojos que son visibles con el microscopio, podemos imaginar que lo mismo ocurrirá con otras sustancias.

Por último, el análisis de orina se debe poner en contexto con la historia y examen del cliente y, a este respecto, conviene destacar si existe historia familiar de alteración renal, historia personal de cálculos renales y fecha del último episodio, historia de hipertensión arterial o historia de diabetes. Debemos recordar desde este momento que una microalbuminuria en un diabético (especialmente si tiene HTA, es fumador o se puede demostrar una retinopatía en el fondo de ojo), tiene un significado muy importante y es común que nos lleve a rehusar la suscripción. Por el contrario, el mismo grado de albuminuria en una persona no diabética carece de relevancia.

Proteinuria

Es un hallazgo relativamente frecuente.

El ideal es poder estudiar una muestra de orina de 24 horas, aunque por razones prácticas se toma una muestra única y se valora la cantidad de albúmina por decilitro.

Hablamos de:

Normoalbuminuria, si la cantidad de albúmina en 24 horas es inferior 30 mg.

Microalbuminuria, si la cantidad es superior a 30 e inferior a 300 mg/24 horas.

Macroalbuminuria, si la cantidad es superior a 300 mg/24 horas.

Cuando observamos una albuminuria en torno o por encima de los 30 mg/decilitro, se deben solicitar nuevas muestras de orina.

Por razones prácticas, cuando se detecta albuminuria en nuestra consulta, solicitamos que el paciente nos aporte la primera muestra de la mañana y que, al entregarla en la consulta de forma personal, nos deje una muestra adicional, con lo que en conjunto podemos contar con 3 muestras y realizar una mucho mejor valoración de la albuminuria producida.

En el "Estudio Médico de incapacidades de 1983" se observó que los varones con más de 30 mg/decilitro en 2 o más muestras tenían una mortalidad del 194%.

Recordamos que en el sujeto normal el 60% de las proteínas excretadas provienen del filtrado en el glomérulo y, de éstas, la mayor parte es la albúmina producida por el epitelio de la pelvis renal o de los túbulos, siendo la más abundante la denominada mucoproteína de TAMM-HORSFALL.

Cuando se produce daño en el ámbito del glomérulo, se obtiene una orina con una mayor proporción de albúmina debido a un exceso de filtrado de esta molécula grande y ello es debido a la lesión del epitelio o de las capas del glomérulo. En cambio, cuando la enfermedad está en los túbulos ("enfermedad tubular intersticial") hay un aumento de moléculas de pequeño tamaño con una albúmina que difícilmente sobrepasa los 500 mg/24 horas.

Hablamos de Proteinuria Ortostática cuando la proteinuria se produce si el individuo está en posición erecta, pero no cuando está en decúbito o acostado. El significado es dudoso y, según varios

estudios, se observan anomalías en los glomérulos o en los túbulos por lo menos en un porcentaje del 50%. Sin embargo, en estudios con evolución de más de 20 años no se observa aumento de mortalidad. Ésta es una de las razones por las que solicitamos una muestra nada más levantarse por la mañana y otra al dejar personalmente la muestra en la consulta.

Aunque no se pueda determinar una causa precisa, si se observa una albuminuria constante, debemos asumir la presencia de una enfermedad renal intrínseca y, cuanto mayor sea el nivel de proteinuria, más alta es la tasa de mortalidad.

Los diabéticos con microalbuminuria tienen una tasa de sobremortalidad claramente elevada, siendo las complicaciones habituales el infarto de miocardio, el fallo renal y la retinopatía diabética con su triste final en ceguera (causa más frecuente de ceguera por debajo de los 60 años).

Hoy está claro que el tratamiento con los "ECA" (Enzima Convertidora de la Angiotensina) reduce o desacelera los cambios que provocan albuminuria y retinopatía.

PROTEINURIA	SOBRETASA
Intermitente (en una de 3 muestras)	+0%
Constante (en 2 o más muestras)	
1-35 mg/dl	+0%
36-75 mg/dl	+50%
76-100 mg/dl	+100%
> 100 mg/dl	A estudiar/declinar

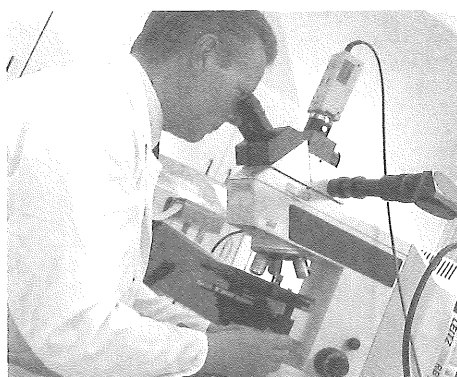
Rebajar 25% si la densidad supera 1030 y aumentar si la densidad es inferior a 1005.

Si se asocia a una diabetes importante o no bien controlada: rehusar.

Si se asocia a HTA, realizar la adición de sobremortalidades (por HTA y por la proteinuria) y añadir un 25% de la sobremortalidad resultante.

Si se observa incremento de 10 cilindros granulares añadir +50%.

Si se observan cilindros/hematíes: tificar como GLOMERULONEFRITIS.



Hematurias

La presencia de hematuria microscópica (aquella que detecta el microscopio pero que no se aprecia a ojo desnudo) es frecuente y causa a menudo aprensión e inconvenientes en el ámbito de la medicina de los seguros de vida.

Para la valoración de una hematuria debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

La prueba de tirita no es muy fiable con respecto a la cantidad de hematíes realmente excretados, con falsas posibilidades si los tubos de muestra contienen lejías o restos yodados.

Hay falsas negatividades en casos de alta concentración de proteínas o nitratos o si el paciente viene ingiriendo vitamina C.

Una orina que se estudia más allá de las 24 horas presenta una negativización por destrucción de las moléculas de hemoglobina.

Hoy en día la Ecografía se considera la prueba más rentable por su capacidad de detectar lesiones (hidronefrosis, quistes, cálculos...) y por entrar dentro de las posibilidades de la medicina del seguro de vida.

En mujeres jóvenes es frecuente la contaminación con el flujo menstrual, pero a este respecto no podemos olvidar que las mujeres jóvenes pueden tener glomerulonefritis.

Cuando la fuente de producción de hematíes es el glomérulo renal, es común que por el paso por los túbulos se produzcan cambios de forma o dismorfias que apuntan precisamente hacia un origen en un glomérulo dañado.

Los quistes simples y la enfermedad multiquistica pueden provocar hematuria microscópica, y de aquí la importancia de realizar Ecografía como método inicial

después de confirmar la hematuria en el sedimento.

El origen de la hematuria es muy variado y nuestra misión es descartar las enfermedades genéticas (Síndrome de Alport...) y glomerulares con mala evolución y, por supuesto, descartar las enfermedades malignas.

Es fundamental, para establecer la tasa mínima de hematíes a tener en cuenta, considerar la presencia de otras alteraciones urinarias o clínicas, de forma que en pacientes por lo demás sanos y asintomáticos no consideramos necesario realizar pruebas adicionales o aplicar sobremortalidades por debajo de los 15 hematíes por campo.

En caso de hematurias confirmadas, es muy útil, a ser ello posible, que el clínico manifieste su interés al analista y trate de observar directamente el sedimento al microscopio (cilindros, hematíes dismórficos...).

La Hematuria Familiar Benigna se descubre por la presencia de hematuria en varios miembros de la familia y tiene como base estructural un adelgazamiento importante de la membrana basal del glomérulo. En general es benigna, aunque en ciertos casos avanza hacia el fallo renal. Se debe diferenciar de la enfermedad de Alport, que comienza de forma insidiosa con hematurias, frecuentemente con sordera, y acaba en fallo renal en la mayoría de los casos en la segunda-tercera década de la vida.

HEMATURIA	SOBRETASA
Pacientes asintomáticos	
1-10 hematíes por campo	Desconsiderar
10-25 hematíes por campo	+25 a +50%
> 25 hematíes por campo	Solicitar ecografía aparato urinario
Pacientes con DIABETES o HTA	
1-5 hematíes por campo	Desconsiderar
6-15 hematíes por campo	+50%
16-25 hematíes por campo	+100%
Pacientes con HEMATURIA BENIGNA FAMILIAR	
Si tienen proteinuria < 25 mg/dl	+50%
Si tienen proteinuria 25-75 mg/dl	+100%
Si tienen proteinuria > 75 mg/dl	Rehusar