

SELECCION

VIDA

Número 41
Año XIII
Noviembre 2009

**La enfermedad
coronaria
en el seguro
de Vida**

PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CORONARIA

La enfermedad coronaria es muy prevalente en las sociedades de tipo avanzado-industrial y por tanto va a ser muy común que el asegurador se encuentre con candidatos que declaren, por ejemplo: “hace dos años fui sometido a una cirugía de coronarias”, “estoy tomando aspirina para prevenir un infarto” o, “me han realizado una angioplastia (dilatación por medio de un catéter de una arteria coronaria por dolor anginoso)”.

Antes de entrar en los factores que el asegurador debe tener en cuenta para llegar a una conclusión acerca del riesgo de cada candidato, nos interesa situar la importancia de la enfermedad coronaria en el presente.

1.- Se trata de una enfermedad que causa una gran mortalidad y discapacidad.

- En España y en los países de nuestro entorno es la causa directa de muerte en uno de cada 5 hombres y en una de cada 6 mujeres.
- La incidencia anual de infarto miocárdico entre los 30 y los 69 años está en torno a los 600 hombres y 200 mujeres por cada 100.000 individuos.
- El predominio en varones deja de serlo hacia los 70 años, cuando la frecuencia de esta enfermedad se iguala en hombres y mujeres.
- Después de un episodio agudo o infarto miocárdico, el 23% de los pacientes muere antes de llegar al hospital, el 13% muere en el hospital y el 10% muere en el año que sigue al episodio agudo.



2.- Espectro continuo.

Se debe considerar que el infarto de miocardio es sólo la culminación de un largo proceso de obstrucción esclerótica con un posible componente de espasmo de la red coronaria. Antes de llegar al proceso agudo, sintomático y puntual que supone el desencadenamiento de un infarto, se puede pasar por un estado de angina, estable o inestable, y también se puede descubrir la presencia de infartos silentes o poco aparentes a través del EKG, que pasaron inadvertidos para el paciente. En cualquier caso, la evidencia de un compromiso de la circulación coronaria tiene un importante valor pronóstico que en ningún caso puede dejar de ser considerado por el asegurador.

Factores generales a considerar en la enfermedad coronaria

Para completar la ficha del candidato que haya presentado ya indicios o evidencia de alteración de la circulación coronaria, se deben tener en cuenta los siguientes elementos diferenciales:

- 1** **EDAD Y SEXO.** En general, con el aumento de edad se incrementa el riesgo, y por debajo de los 70 años el riesgo es mayor en varones.
- 2** **MENOPAUSIA PREMATURA.** Se debe investigar en mujeres la posible privación hormonal, dado el efecto protector de los estrógenos.
- 3** **HISTORIA FAMILIAR.** Muy importante cuando entre padres, abuelos y hermanos hay más de un caso documentado de enfermedad coronaria.
- 4** **GRUPO ÉTNICO:** Es curioso que la enfermedad coronaria no afecta por igual a los diferentes grupos, y así en USA la raza negra está más afectada, en UK se observa una mayor incidencia en indios y pakistaníes y en general en Europa en los procedentes de países escandinavos.
- 5** **ALTERACIONES METABÓLICAS:** Los candidatos con diabetes o intolerancia a los carbohidratos, o con dislipemia y, de una forma clara, cuando existe un aumento de colesterol LDL (“malo”) o disminución del HDL (“bueno”), tienen una tasa mayor de enfermedad y, de no solucionarse, una mayor frecuencia de reincidencias. Lo mismo se puede afirmar en los casos de importante sobrepeso.
- 6** **TABACO.** Este tiene un valor determinante dado que un paciente que, por ejemplo, ha tenido ya un infarto, si sigue fumando, tiene un riesgo tan elevado que básicamente no es asegurable.
- 7** **CONTROL DE LA TENSIÓN:** La hipertensión es un factor frecuentemente asociado a la enfermedad coronaria y, dependiendo del grado de conciencia y cumplimiento del paciente con respecto a las normas de control, se puede anticipar un pronóstico muy diferente en cada caso.

Tipo de episodio agudo sufrido

Clasificación Killip: Ocasionalmente, en los informes hospitalarios se da una descripción muy precisa del tipo de infarto sufrido y, a este respecto, tiene valor la clasificación Killip. Esta clasificación está fundamentalmente asociada al pronóstico a corto plazo, pero también tiene valor con respecto al largo plazo, que es lo que al asegurador más le interesa.

Killip I. Sin signos de fallo cardiaco en ningún momento

Killip II. Signos iniciales de fallo cardiaco (Galope S3, aumento de la presión yugular o crepitaciones en las bases pulmonares)

Killip III. Padecimiento a lo largo de la hospitalización de al menos una crisis de gran congestión pulmonar (Edema pulmonar)

Killip IV. Debido al fallo cardiaco o debilitamiento de la función cardiaca el paciente ha sufrido una caída de tensión lo suficientemente importante como para producir alteración en la conciencia (Shock cardiogénico)

Localización de las obstrucciones: Muy frecuentemente hoy podemos contar con un informe del cateterismo cardiaco realizado a raíz de un infarto, y a través de este informe podemos considerar el riesgo.

En la determinación de las obstrucciones se debe considerar como estenosis o estrechamiento significativo las obstrucciones del 50% o superiores del estrechamiento del flujo, y como críticas aquellas que superan el 70%. Si tenemos en cuenta la distribución del árbol coronario en una coronaria derecha y un tronco principal izquierdo con sus dos ramas, la descendente anterior y la circunfleja, y dejando de momento aparte las lesiones del tronco principal izquierdo, muy corto pero fundamental, en general se habla de “las 3 arterias coronarias, la derecha, la descendente anterior y la circunfleja”.

Pues bien, el que exista una obstrucción superior al 70% en una, dos o tres de estas coronarias conlleva un riesgo respectivo del 2, 8 y 11% de muerte en 5 años. Una primera conclusión es que cuando están afectadas las 3 coronarias de forma significativa, es muy preferible rehusar la suscripción. Lo mismo podemos decir cuando existe una obstrucción del tronco principal izquierdo.

En cualquier caso, el poder contar con el informe hospitalario de forma previa a la contratación es importante y, en casos de capitales elevados, se debería considerar como imprescindible dado que en la evolución de un enfermo coronario agudo pueden ocurrir múltiples complicaciones con valor pronóstico, que el cliente olvida en el momento de someterse a un cuestionario.

Cuando la atención al paciente con un episodio agudo de oclusión coronaria es temprana (menos de 12 horas desde el inicio) y se consigue, o bien por acción química (fibrinólisis o empleo de sustancias que disuelven el coágulo) o bien por dilatación con catéter, el pronóstico es mejor que cuando la oclusión de una arteria causante del infarto no es resuelta de forma precoz.

TERAPIA PREVENTIVA EMPLEADA

Se han escrito muchos artículos en relación con el efecto preventivo de la toma de aspirina, y no hay acuerdos definitivos sobre el valor de esta medicación. El asegurador que se encuentra con un cliente que toma aspirina de forma profiláctica para evitar un posible infarto, debe tener en cuenta las conclusiones que hoy por hoy se mantienen como comprobadas y que se resumen en que:

- No se ha demostrado que por debajo de los 50 años tenga una acción verdaderamente protectora.

- En el caso de hipertensión no se debe utilizar – por el riesgo de hemorragias severas – salvo que la tensión esté bien controlada.

- El grado de protección en cualquier caso es ligero o como mucho moderado, y se debe tener en cuenta la mayor incidencia de problemas hemorrágicos por lo que en personas con susceptibilidad para el sangrado, no compensa el uso de aspirina.

PATOLOGÍA ASOCIADA

Debemos considerar que en la industria del seguro cada vez se aseguran clientes mayores y que la patología en general se complica y se tiende a asociar con el resultado de una combinación de problemas que suman o multiplican riesgos. En sujetos por encima de los 60 años es común, especialmente en varones, observar la presencia de calcificaciones en la válvula aórtica, lo cual provoca con el paso del tiempo un estrechamiento o regurgitación en la salida de la sangre del corazón.

Curiosamente, antes de que la disfunción valvular haya alcanzado un grado importante, el riesgo de enfermedad coronaria con producción de infarto en estos pacientes con esclerosis y calcificación de la válvula aórtica se incrementa en un 50% aproximadamente.



ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA DEL CANDIDATO CON HISTORIA DE ENFERMEDAD VASCULAR CORONARIA

La importancia de este apartado nos debería llevar a considerar la elaboración de un cuestionario específico para este tipo de enfermos, dado lo complejo y variable en los riesgos según los síntomas y signos de enfermedad y su evolución.

Los puntos en que el médico reconocedor debe incidir son los siguientes:

- **¿Existe angina o dolor torácico opresivo?.** Este es un síntoma fundamental pero que a menudo se omite. Es importante incidir en el mismo y en el número de veces que se utiliza al mes la toma de los nitritos-dilatadores, para el control de este síntoma.
- **¿Se observan palpitaciones o se han producido Síncopes?.** Aunque las extrasístoles que se pueden describir como “vuelcos del corazón, golpes o sensación de parada o aceleración cardiaca” no suelen tener mayor importancia en un sujeto sano, nos deben poner en guardia cuando se originan en un candidato diagnosticado de enfermedad coronaria o que ya ha sufrido un infarto miocárdico.
- **¿Existe disnea o sensación de falta de aire con respiración rápida o laboriosa?.** La observación de disnea de forma directa en un candidato en reposo, o provocada con una ligera carga de ejercicio, se debe considerar como un equivalente de enfermedad coronaria. A menudo en los tiempos actuales se solicita una prueba de esfuerzo, y de ello hablaremos a continuación en relación con los enfermos coronarios, pero lo que debe quedar claro es que la aparición de disnea o “fatiga respiratoria” debe ser reseñada como síntoma muy probablemente relacionado con enfermedad de las arterias coronarias. También hay otros factores que provocan la disnea, tales como la obesidad, la falta de forma física o la enfermedad pulmonar por tabaquismo... pero a menudo es una clave importante para la detección de la enfermedad coronaria, como ya hemos comentado. Y es que la disnea es expresión de insuficiencia o fallo cardíaco en el enfermo coronario, una asociación que supone un alto riesgo vital.
- **Medicaciones que se vienen consumiendo.** A menudo los síntomas de enfermedad no son bien especificados y la clave de la presencia de angina, dislipemia o tensión elevada nos la da la medicación



que se consume, y por ello debemos insistir en todos los medicamentos actualmente tomados.

- **Historia del consumo de tabaco.** Este es un punto muy importante y en el que se siguen cometiendo omisiones. Y es que, como comentábamos previamente, un candidato que haya sufrido un episodio agudo a causa de enfermedad coronaria y que sigue consumiendo tabaco, no se debe asegurar. Es por esto por lo que debemos cerciorarnos del consumo previo y actual, y hacer la pregunta de forma directa sin depender únicamente de una contestación previa por medio de una cruz o un círculo. Y es que frecuentemente esa cruz indica un propósito o una temporada de abstinencia pero en la realidad el consumo se mantiene en mayor o menor grado, pese a todas las advertencias por parte de la familia o servicios médicos previamente utilizados.

Hay que considerar la elaboración de un cuestionario específico para este tipo de enfermos, dado lo complejo y variable en los riesgos según los síntomas y signos de enfermedad y su evolución.

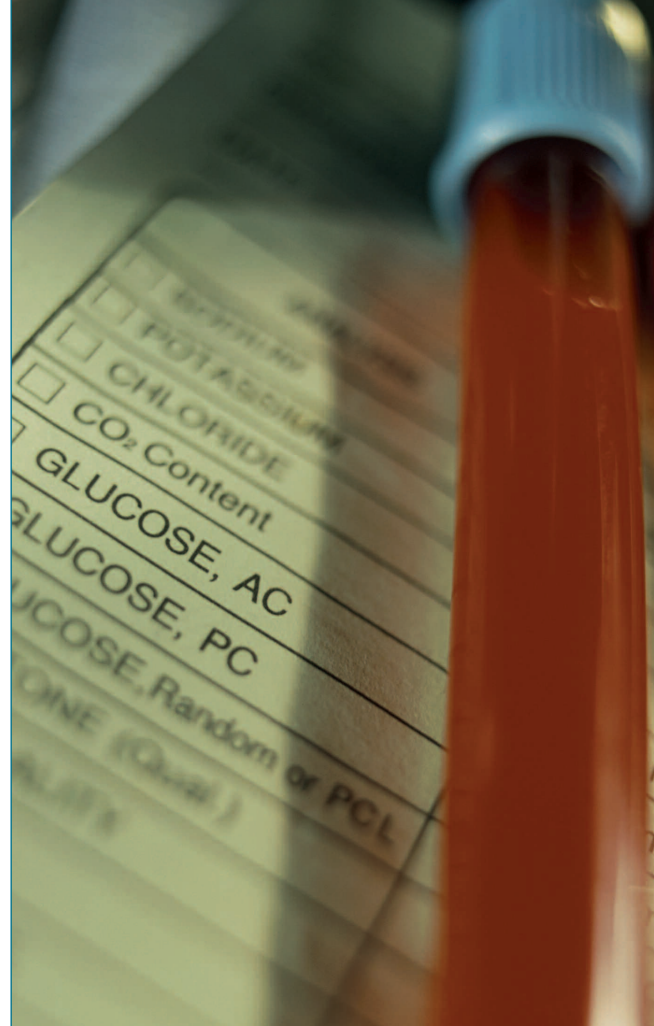
Pruebas complementarias

La suscripción de un seguro de vida y/o invalidez en un candidato con enfermedad coronaria requiere en nuestra opinión, de forma insoslayable y sea cual sea el capital asegurado, como mínimo, de una valoración analítica en sangre, un electrocardiograma en reposo, una ecografía cardiaca y un ventilograma. La prueba de esfuerzo, la radiografía de tórax y los nuevos estudios de imagen, hoy por hoy, son discutibles en su utilización, y se deben dejar, según el cuadro clínico conjunto, a las posibilidades de su obtención y al criterio del médico – cardiólogo.

1 ANÁLISIS DE SANGRE. Resulta indispensable la valoración de los lípidos en sangre (Colesterol total y sus fracciones HDL, LDL y Triglicéridos), pruebas simples de función hepática y metabolismo de carbohidratos mediante una glucemia en ayunas y a ser posible 2 horas después de un desayuno abundante o la ingesta de 50 gramos de glucosa y una hemoglobina glicosilada. Unos colesteroles elevados por falta de control con unos valores por encima de 300 mg/dcl, de colesterol total o con una fracción LDL > 150 desaconsejan la suscripción o al menos recomiendan el aplazamiento. La confirmación de una diabetes o una clara intolerancia a carbohidratos agrava de forma notable el pronóstico y, si además existen otros factores de riesgo asociados tales como el consumo de tabaco, aunque sea en poca cantidad, o hipertensión, es muy preferible rehusar.

2 ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO. Con el trazado electrocardiográfico vamos a poder observar la presencia de arritmias o de alteraciones en la repolarización que nos van a orientar acerca del pronóstico. La presencia de bloqueos de significación, fibrilación auricular o trastornos en la repolarización, cuya naturaleza no se pueda confirmar como crónica y estable, nos debe sugerir una cautela o aplazamiento.

3 ECOCARDIOGRAFÍA. Hoy en día este procedimiento se ha hecho indispensable en la valoración del paciente post-infartado o con un diagnóstico confirmado de enfermedad coronaria. Nos interesa conocer de forma especial si existe hipertrofia ventricular con una pared posterior y tabique claramente por encima de los 11-12 mm, la fracción de eyección, que de estar por debajo de 40-



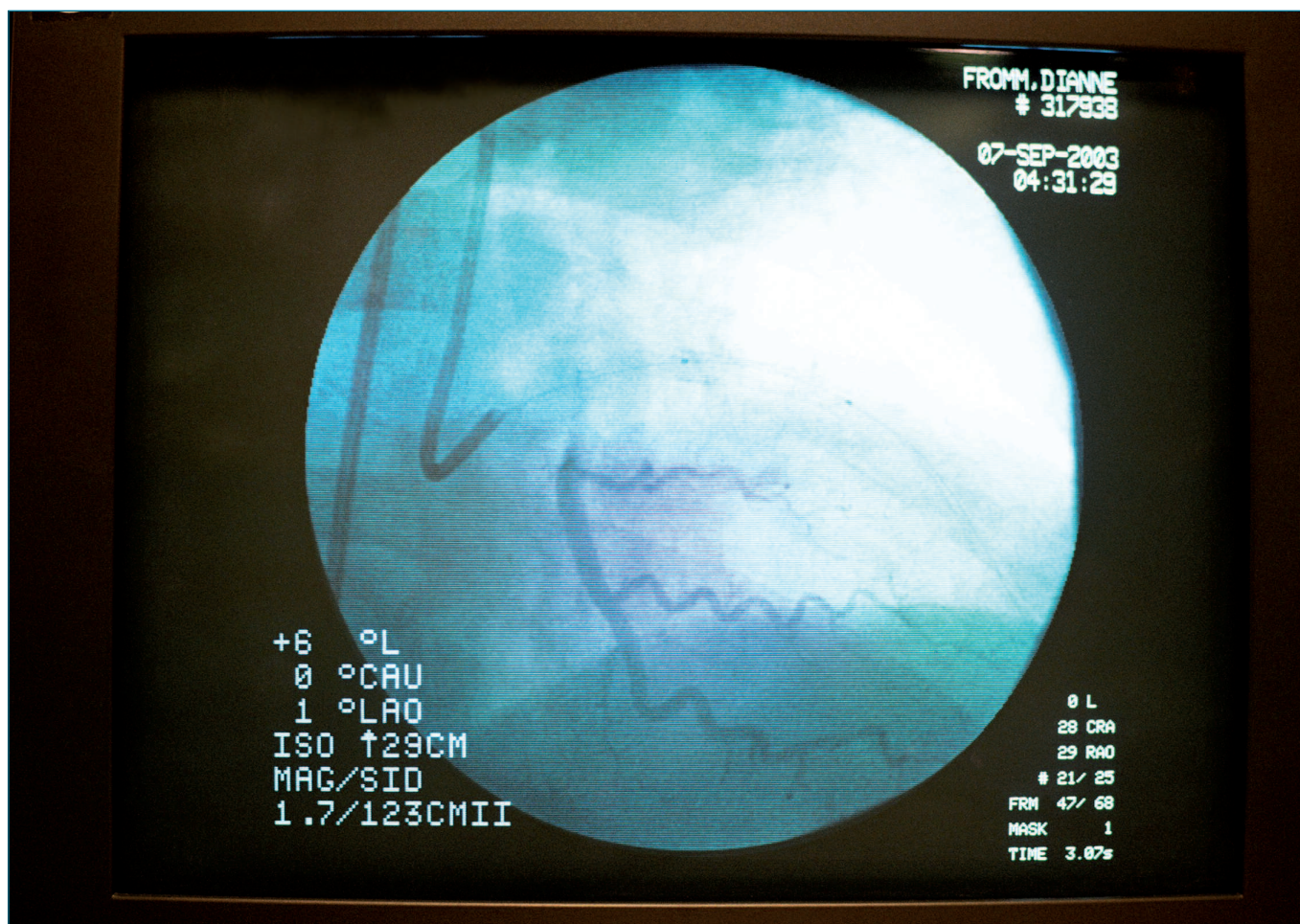
45% nos debe inclinar al rechazo, o la clara disfunción valvular con jets de regurgitación mitral o aórtico que son como indicadores o anunciadores de un probable episodio de fallo cardiaco a corto plazo.

4 VENTILOGRAMA. Esta es una prueba que no tiene ningún riesgo y resulta barata y fácil de obtener. Dada la coincidencia que existe en muchos casos de asociación de enfermedad cardiaca y pulmonar por inhalación de productos tóxicos, nuestro consejo es que se obtenga al menos una capacidad vital, una FEV1 y un “flujo pico” para determinar básicamente la función pulmonar. En el fumador previo, la consideramos como imprescindible.

5 OTRAS PRUEBAS. En el caso de que no se pueda realizar una ecografía y tengamos sospecha de fallo cardiaco incipiente o dilatación de la víscera cardiaca, debemos solicitar una radiografía de tórax. En relación con la prueba de esfuerzo, y aunque es bien sabido que esta prueba se realiza muy frecuentemente para valorar la reserva del paciente post-infartado a los pocos días o semanas tras el infarto, dado el escenario o situación real en el que se celebran las exploraciones para un seguro de vida, no se puede aconsejar su realización en ningún caso

en el primer año tras el infarto y, muy probablemente, tampoco entre el primer y segundo año. Además, en el caso de realizar la prueba, se debe asegurar la firma de un protocolo donde al candidato se le ha informado de los posibles riesgos, y se debe contar con un desfibrilador. En general, y en conjunto tras un infarto, se debe evitar esta prueba, pero sí se deben solicitar los informes hospitalarios que incluyan una prueba ya realizada. Las pruebas de imagen para determinar los depósitos de calcio, hoy por hoy, tienen un precio que no es compatible con la cobertura de la mayoría de los casos y, de nuevo, debemos estar atentos a las conclusiones de pruebas ya realizadas, pero, en general, no tenemos atribuciones para solicitarlas de forma directa. Además, el grado de utilidad real con relación a la valoración del riesgo no es determinante.

Las pruebas mínimas a valorar para la suscripción de un seguro de vida y/o invalidez en un candidato con enfermedad coronaria son: analítica en sangre, electrocardiograma en reposo, ecografía cardiaca y ventilograma



NACIONAL,

CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2008	Miles de Euros	Crecimiento
INGRESOS		
Primas de reaseguro aceptado	434.442	8,5%
Rendimientos financieros	18.459	0,1%
Total ingresos	452.901	8,1%
PROVISIONES TÉCNICAS	704.169	10,2%
RETENCIÓN		
Primas retenidas	317.047	8,0%
Provisiones técnicas a la retención	596.266	9,9%
% sobre primas retenidas	188,1%	
ACTIVOS RENTABLES	747.748	13,4%
PATRIMONIO NETO		
Capital social desembolsado	33.000	10,0%
Reservas (ex-dividendo)	69.112	24,9%
Ajustes por cambios de valor	4.008	-
Resultado neto del ejercicio	25.321	9,9%
Total patrimonio neto	131.441	21,3%

cuestión de afinidades



Nacional de Reaseguros S.A.



www.nacionalre.es

SELECCION
VIDA

Depósito legal:M-344-97

SELECCION VIDA es una publicación editada por el
Dpto. Técnico de NACIONAL DE REASEGUROS, S.A.
en colaboración con INTERCLINIC.
Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es