

# SELECCION

Número 48  
Año XVII  
MARZO 2013

VIDA

## Enfermedad de CROHN

 Nacional de Reaseguros S.A.

# ENFERMEDAD DE CROHN

Esta entidad clínica tiene importancia para la medicina del seguro por su frecuencia relativamente importante y por la tendencia a aumentar que se ha venido observando en los últimos lustros.

Se suele estudiar en conjunto con la colitis ulcerosa como enfermedad inflamatoria intestinal (EII), por coincidir en muchos aspectos anatomopatológicos y en el tratamiento, pero hay múltiples rasgos diferenciadores a la hora de hacer el diagnóstico definitivo y también en la evolución clínica.

Nos vamos a centrar en la enfermedad de Crohn, atendiendo fundamentalmente a la faceta riesgo, por ser esta visión la que más nos interesa.

Antes de repasar esta entidad queremos recordar algunos puntos del aparato digestivo por su importancia para la economía metabólica y la vida en general del ser humano.

La longitud del intestino es de aproximadamente 5 metros en la persona viva, pero puede llegar a los 30 metros cuando se produce una completa atonía tras la muerte. La superficie total se ha valorado como una extensión similar a la que ocupa un campo de fútbol y el tránsito completo varía normalmente entre las 24 y las 48 horas. El intestino delgado absorbe los principios energéticos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida, mientras que el intestino grueso tiene como misión principal la reabsorción de agua.

La Enfermedad de Crohn tiene un origen desconocido, pero se estima como causa más probable el desarrollo de reacción anómala a la flora intestinal habitual, lo cual la englobaría en el extenso grupo de enfermedades autoinmunes. Afecta por igual a mujeres y hombres, y su frecuencia se concentra en dos picos entre los 14 – 30 años y, secundariamente y con menor importancia, entre los 50 y 70 años.

Curiosamente, la historia familiar tiene importancia en el desarrollo de la enfermedad de Crohn, de tal manera que si en la familia próxima (padres-tíos-hermanos) hay algún miembro con esta enfermedad, la posibilidad de padecerla es entre 5 y 20 veces superior a la del sujeto sin ningún miembro familiar afectado. Además, el patrón de lesiones o



la localización de los rasgos inflamatorios más llamativos se tiende a observar como muy parecido o idéntico en las familias con enfermos múltiples.

***La Enfermedad de Crohn  
tiene un origen desconocido,  
pero se estima como causa más probable  
el desarrollo de reacción anómala  
a la flora intestinal habitual***

## DIFERENCIA ENTRE COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

Este es un capítulo o apartado clásico cuando se habla de EII. No es éste el lugar para hacer una diferenciación completa, pero baste decir que la enfermedad de Crohn tiene una tendencia a afectar el intestino “a trozos”, con particular preferencia a la zona del intestino delgado terminal, o cerca de la unión entre el intestino delgado y grueso. Por otro lado, la enfermedad de Crohn tiene tendencia a profundizar más en la pared del intestino, mientras que la colitis, siendo más extensa comúnmente, se suele quedar localizada en las zonas superficiales del recubrimiento interno.

## LOS FACTORES DE RIESGO

conocidos o estudiados son los siguientes:

- 1 El tabaco contribuye al desarrollo y al agravamiento del paciente ya diagnosticado.
- 2 La vivienda en la gran ciudad de los países industrializados.
- 3 No hay seguridad con respecto a ciertos alimentos que se podrían considerar como desencadenantes. La dieta rica en grasa, los azúcares purificados o la leche de vaca se han considerado en este sentido.
- 4 La ausencia de lactancia materna podría ser un factor desencadenante.



## COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES Y “EXTRADIGESTIVAS”

Curiosamente, una enfermedad digestiva típica como es la enfermedad de Crohn se puede complicar con uveítis y episcleritis (afectaciones oculares), alteraciones de la piel tal como la producción de eritema nodoso, artritis, inflamación y endurecimiento del árbol biliar (esclerocolangitis) y afectación pulmonar con disminución de la capacidad difusora del oxígeno y bronquiectasias (inflamación y dilatación de la trama bronquial).

*Cualquier tipo de cáncer sólido es más frecuente en el enfermo con esta afección (entre 1,5 y 2,5 veces la frecuencia de la población sana)*

## TRATAMIENTO

La medicación clásica es la 5-ASA o sulfasalazina, una combinación de un compuesto azufrado, la sulfapiridina y un compuesto similar a la aspirina, la mesalazina con efecto antiinflamatorio. También se emplean esteroides (prednisona y budesonida), inmunosupresores del tipo de la azatioprina y metotrexato, o terapias de tipo biológico tal como el infliximab. En algunos casos la asociación de antibióticos puede conseguir una mejoría. Consideramos importante mencionar estas medicaciones, porque dependiendo del uso de cada una de ellas o sus combinaciones, nos podemos hacer una idea del grado de gravedad de un paciente o candidato en concreto.

Se considera que un porcentaje elevado de enfermos con EII tipo Crohn, probablemente por encima del 50%, requieren cirugía para eliminar zonas intestinales con un alto grado de obstrucción-inflamación o el drenaje de abscesos.

## SÍNTOMAS

Los síntomas o manifestaciones más frecuentes son la diarrea, que suele acompañarse de sangre y mucosidad, y el dolor abdominal en forma de espasmos o retortijones mucho más prominentes en el momento de la defecación. Cuando la enfermedad avanza se suele observar fiebre, pérdida de peso, anemia y cansancio generalizado. Las complicaciones de la enfermedad de Crohn son las fisuras anales, las fístulas o secreción de material mucopurulento por un orificio o poro cerca de la zona ano-genital, la presencia de abscesos internos y, por último, la obstrucción intestinal.





## PRONÓSTICO

A pesar de todas las complicaciones mencionadas y las molestias, ocasionalmente muy severas, la supervivencia en términos vitales no es muy diferente a la de la población en general.

En un estudio publicado en la revista “Gut” (publicación internacional especializada en Gastroenterología), se observaba sólo una ligera disminución de la supervivencia, que se hacía algo mayor cuando la duración de la enfermedad era prolongada.

Para el seguro lo que más puede preocupar es la garantía de invalidez, debido a la atención médica que se requiere y la necesidad de medicación de forma crónica, medicación que a la larga tiene efectos secundarios.

En conjunto resulta importante tratar de separar los casos de enfermedad grave, o con mal pronóstico, de aquellos otros en los que las condiciones generales de vida no se han visto alteradas en mayor grado; y a este respecto sería de gran interés tener un cuestionario específico para la enfermedad de Crohn, para que el médico reconecedor no olvidase las preguntas clave y, posteriormente, el seleccionador pudiera basar la selección del riesgo sobre principios sólidos.

### Las preguntas imprescindibles son las siguientes:

- 1 ¿Pérdida importante de peso? (más de 5 kilos en los últimos 3 años).
- 2 Fecha de diagnóstico (para establecer los años de duración de la enfermedad).



- 3 Extensión de la enfermedad.
- 4 Enumeración de las complicaciones frecuentes y detalle o circunstancias de las mismas (megacolon tóxico, Colangitis, abscesos-peritonitis, fistulas).
- 5 Operaciones en el pasado y/o planteamiento de necesidad de cirugía en un futuro próximo.
- 6 Enumerar los regímenes terapéuticos a lo largo de la enfermedad, y mención de los posibles efectos secundarios y grado de respuesta o efectividad a los diferentes agentes empleados.
- 7 ¿Seguimiento periódico por especialista?; ¿periodos de baja en los últimos 5 años?

De forma aproximada podríamos establecer 3 grupos de enfermos según sus manifestaciones y riesgo:

Enfermedad de CROHN	Vida	Invalidez
<b>Casos leves</b> , sin necesidad de cirugía, bien controlados, sin pérdida de peso ni complicaciones	Pacientes < de 40 años ⇨ +25% a +50% Pacientes > 40 años ⇨ 0 a +25%	Pacientes < de 40 años ⇨ +50% a +100% Pacientes > 40 años ⇨ 0 a +50%
<b>Casos moderados</b> con necesidad de antiinflamatorios o esteroides de forma constante o con una única intervención quirúrgica o una pérdida de peso ligera	Pacientes < de 40 años ⇨ +50% a +100% Pacientes > 40 años ⇨ +25% a +50%	Pacientes < de 40 años ⇨ +100% a rehusar Pacientes > 40 años ⇨ +50% a rehusar
<b>Casos severos</b> con necesidad de inmunosupresores o medicación biológica, mala respuesta al tratamiento con más de una intervención quirúrgica en el pasado o pérdida significativa de peso	Aplazar un año y reevaluar	Aplazar un año y reevaluar

# TABLAS AMA PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL PERMANENTE

Desde los tiempos más remotos el ser humano se ha preocupado por tratar de encontrar una compensación para la persona que pierde la vida, o parte de su anatomía o función, por causas fortuitas.

En estos tiempos de globalización, con intercambio turístico o profesional y comercial muy intenso, la pérdida de una extremidad o de la función auditiva o visual de un ciudadano escandinavo en un viaje a USA debe ser, a igualdad de lesiones, similar a la de un alemán que viaja por la península itálica. El llegar a valorar de alguna manera que sea ecuánime y razonablemente comprensible las alteraciones funcionales o las lesiones de las diferentes partes del cuerpo, constituye un desafío a la inteligencia de gran envergadura.

Se han hecho muchas clasificaciones o baremos en las diferentes partes del mundo para compensar a los individuos, por ejemplo, tras los accidentes de tráfico. Pero en los últimos años se han ido imponiendo a nivel internacional las llamadas tablas AMA, o de la “American Medical Association”, por su solidez intelectual y sus bases objetivas de clasificación de las diferentes situaciones que se presentan tras sufrir un accidente o enfermedad.

Haciendo una breve historia de estas tablas, podemos establecer su origen en el año 1958 a partir de la guía que se editó para valorar las lesiones de las extremidades con alteraciones de tipo permanente. En el año 1971 se hizo un compendio de 13 capítulos que constituyó la primera edición. En el año 1988 se publica la tercera edición, caracterizada por los gráficos en forma de tarta para establecer los defectos en el rango de movimientos de las diferentes articulaciones. En el año 1993, la cuarta edición enfoca la necesidad de establecer diagnósticos precisos e introduce por vez primera un capítulo dedicado al dolor crónico. La sexta y última edición se publicó en el año 2008, con un cambio sustancial sobre las



ediciones previas en su enfoque de combinar diferentes elementos de juicio en el mismo lesionado. Esta última edición se viene usando en varios países europeos, en América del Norte, en Australia, Sudáfrica y, de forma no reconocida o modificada, en China ...



Esta última edición adopta la terminología y los conceptos académicos promulgados por la “ICF” (International Classification of Functioning). Según esto, se toma como base un diagnóstico preciso, y se trata de llegar, mediante unas tablas de aplicación relativamente simples, a un porcentaje de pérdida sobre el valor 100, de forma que una pérdida de un 1% a

compensar sobre un capital contratado, es una pérdida mínima, pero una pérdida de un 99% significa la pérdida prácticamente de la totalidad del individuo en su estructura y/o función. El objetivo en el que se insiste es que esas tablas puedan ser aplicadas por cualquier especialista médico en cualquier lugar del mundo, llegándose a conclusiones idénticas y, si no idénticas, al menos muy similares, y que sean, como mencionábamos, una base objetiva y justa para la compensación económica en relación con el capital contratado a nivel privado, o los baremos aceptados por organismos oficiales en relación con el valor que se haya establecido para los puntos de pérdida.

Antes de seguir con el desarrollo y aplicación de estas tablas, no queremos dejar de insistir en la importancia primordial que tiene el llegar a tener una bases sólidas de compensación basadas en realidades objetivas y demostrables, dada la inmensa cantidad de recursos económicos que se mueven en relación con las lesiones por accidentes laborales, de tráfico, incidentales en el desarrollo de las actividades diarias, en todas y cada una de las sociedades que nos rodean. Además, las compañías que aseguran invalidez pueden verse en compromisos económicos muy serios si sus seguros de invalidez no cuentan con el respaldo de profesionales bien preparados para seleccionar de forma adecuada los siniestros de este tipo. Estamos convencidos del hecho de que, con la crisis económica y la falta de empleos fijos o garantizados, las declaraciones de invalidez se han multiplicado y convertido en problema para alguna entidad aseguradora.

Cuando tratamos de minusvalía, invalideces o disfunciones, lo primero que debemos hacer es aclarar los términos, y en este sentido vamos a tratar un concepto que es básico o fundamental si queremos tratar de ser útiles en la valoración de siniestros donde se reclama una

### *Con la crisis económica y la falta de empleos fijos o garantizados, las declaraciones de invalidez se han multiplicado*

compensación económica por razones de invalidez.

En España, el referirnos a las tablas AMA (American Medical Association) no es un ejercicio con un mero interés teórico, dado que el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre para la valoración de las minusvalías por daños de tráfico, se basa en la 4ª edición (1993) de esas tablas AMA. Cuando tratamos de comprenderlas,

aplicarlas o actualizarlas con las ediciones posteriores, nos vamos a encontrar con dificultades de inicio. Entre esas dificultades debemos tener en cuenta la terminología que debe aclararse de forma muy especial cuando traducimos los términos ingleses “Impairment y Disability”.

En las tablas AMA, en su sexta y última edición, se diferencia entre “**IMPAIRMENT**” que es una desviación de importancia con pérdida de estructura y/o función corporal (basada en datos objetivos y reproducibles), y “**DISABILITY**”. En Español el término de Impairment se podría traducir por **DAÑO**, que se asimila más a pérdida de estructura anatómica, y por **DISFUNCIÓN**, que se identifica más a un trastorno funcional. Creemos que un término más adecuado es el de **CARENCIA**, porque se puede asimilar mejor a la falta de una parte anatómica y también funcional.

El término “**DISABILITY**” se corresponde más bien con **DISCAPACIDAD, MINUSVALÍA O INVALIDEZ**, y en su determinación cuenta en la realidad práctica lo que siente o valora la persona afectada desde su punto de vista subjetivo.



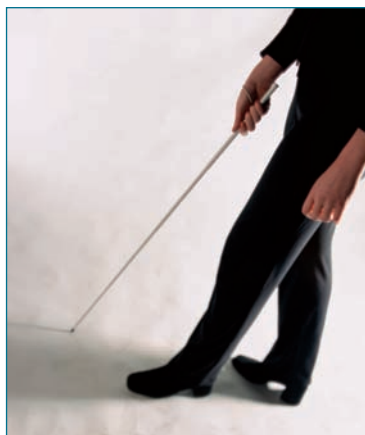


Para aclarar conceptos recurramos a la figura de **Beethoven**.

El gran músico al final de su vida estaba totalmente sordo pero capacitado para darle al mundo su novena sinfonía, en la cumbre de la mejor música de siempre. Es más justo decir que era una persona con una **CARENCIA** (Anacusia o pérdida de oído), pero no era un **INVÁLIDO**. Es difícil captar este matiz, pero lo importante es que al hablar de una carencia cuantificable con un audiograma, en este ejemplo, podemos llegar a una compensación que tiene en cuenta el resto de las capacidades residuales de un individuo.

Hoy en día existen tablas y pruebas de función que pueden determinar el grado de carencia de una persona, y a partir de ahí establecer las compensaciones ajustadas de forma razonada al que reclama estar inválido. Esa determinación y aplicación de un baremo requiere la formación y experiencia de un médico. Las tablas no pueden ser aplicadas por personas voluntariosas pero no cualificadas de una compañía que simplemente trata de aplicar un baremo que se publica en el BOE.

Y es que el que determina una carencia, bien sea anatómica o funcional, tiene que explicar por qué se concede un porcentaje “x” por un problema, por lo que debe basarse en unas tablas bien diseñadas. En España tenemos una serie de circunstancias que hacen que las **carencias de partes anatómicas o funcionales** se determinen de una forma imprecisa y poco acorde a las necesidades del mundo globalizado en el que vivimos, y de ello surge la necesidad de dar un salto hacia adelante para incorporarnos a las tendencias actuales de compensar según los datos objetivos o comprobables (Impairment o carencias) y no por el grado de invalidez



o minusvalía, ya que en el establecimiento de esa invalidez cuenta mucho lo que el lesionado manifiesta de forma subjetiva o influenciado por un ambiente adverso a la reintegración a un trabajo útil para la sociedad.

## APLICACIÓN DE LAS TABLAS AMA



Consideramos la vida humana en su totalidad equivalente al 100%. A la extremidad superior se le adjudica un 50% y a la inferior un 40%.

Imaginemos que una persona pierde primero un brazo y luego una pierna:

- 1 Pérdida de un brazo:  $100\% * 50\% = 50\%$
- 2 Pérdida de una pierna:  $50\% \text{ restante} * 40\% = 20\%$
- 3 Pérdida total:  $50\% + 20\% = 70\%$

Si posteriormente sufre una pérdida de la visión completa (equivalente a otro 50%):

- 1 Pérdida de la visión completa:  $30\% \text{ restante} * 50\% = 15\%$
- 2 Pérdida total:  $70\% + 15\% = 85\%$

El lesionado o enfermo habría perdido en conjunto un 85% y esa sería la base de compensación.

Se puede discutir o argüir que es un sistema excesivamente artificioso o basado en números con una interpretación discutible, pero la pregunta que nos debemos hacer es ¿hay algún sistema mejor o más adecuado a la realidad de la vida diaria? Cuando observamos las conclusiones de los tribunales de selección en muchos casos y las explicaciones en las que basan esas conclusiones, la respuesta es que hoy por hoy estas tablas AMA son un avance definitivo en la valoración de las carencias.

## UN EJEMPLO PRÁCTICO

Vamos a tratar de valorar según estas tablas a un varón de 48 años que solicita ser compensado desde el punto de vista de la invalidez por padecer enfermedad coronaria. Lleva 2 años sufriendo episodios de dolor torácico con sensación de disnea o “de falta de aire”, con palpitaciones y episodios de sudoración. Tiene un colesterol elevado de 245 mg y en la historia familiar el padre ha sido diagnosticado de enfermedad coronaria. Su tensión arterial está ligeramente elevada (140/90) y hay extrasístoles ocasionales en la toma del pulso. En la prueba de esfuerzo no se observan alteraciones indicativas de isquemia y la prueba es finalizada normalmente, pero en el cateterismo se aprecia una obstrucción del 50% de la arteria coronaria derecha. La prueba de ergonovina demuestra espasmo que se trata con bloqueadores de los canales del calcio.

## ENFERMEDAD CORONARIA

CLASE	0	1	2	3	4
Grado		2-4-6-8-10 A-B-C-D-E	11-14-17-20-23 A-B-C-D-E	24-28-32-36-40 A-B-C-D-E	45-50-55-60-65 A-B-C-D-E
HISTORIA(*)	Sin síntomas	NYHA I Profilaxis antibiótica	NYHA II Requiere medicación para Angina	NYHA III	NYHA IV
EXPLORACIÓN		Sin Fallo Cardíaco	Fallo Cardíaco en grado ligero	Fallo Cardíaco Moderado	Fallo Cardíaco Severo
PRUEBAS OBJETIVAS (KEY)		ESTENOSIS <50%	ESTENOSIS 50-70%	ESTENOSIS >70% Mets 7-5	ESTENOSIS >70% Mets <5

(\*) Escala NYHA (New York Heart Association): Valoración funcional de Insuficiencia Cardíaca.

Resumiendo, tenemos a un sujeto joven (48 años) que sufre ataques de isquemia por espasmo o arterias muy reactivas a diferentes estímulos. Veamos la tabla abreviada que corresponde a la enfermedad coronaria.

En esta tabla, observamos que la primera columna muestra en su parte inferior las pruebas objetivas que se consideran “clave” (key) y que la primera fila marca la clase, en este caso, la clase II. Las demás filas de historia y exploración ya no son claves y seleccionan el grado, una especie de ajuste dentro de la clase (que es determinada y fijada por los datos objetivos; en este caso, la visión angiográfica de las arterias o la resistencia al esfuerzo medida en mets).

Observamos en la línea superior las CLASES: 0 (asintomático o estado de normalidad); clase I (que produce sintomatología mínima y que sólo requiere profilaxis; en el caso de hacerse un angiograma o visión radiográfica de las arterias, de tener obstrucción, ésta no supera el 50%); clase II (requiere medicación para controlar el dolor anginoso y la obstrucción angiográfica es del 50 al 70%); las clases III y IV expresan peores situaciones de fallo cardíaco y de obstrucción coronaria.

Nuestro caso se puede encuadrar en la clase II, por tener una obstrucción del 50% de una arteria coronaria principal y necesitar medicación controladora de la isquemia. En la fila tercera de la tabla vemos los grados que se

observan dentro de la clase II, con un rango de 11 a 23 puntos. Cuando la historia y la exploración están de acuerdo con el dato objetivo fundamental, que en este caso es el grado de estrechez coronaria, se toma el grado medio o “C” que corresponde a la pérdida de 17 puntos, y de acuerdo con este valor se indemnizaría a este sujeto que padece la llamada angina de Prinzmetal, una variante de enfermedad coronaria que en general se controla bien con medicación y no suele dar mayores problemas.

En resumen, tenemos una valoración basada en datos objetivos que tiene en cuenta el estado general del individuo, y podemos dar unos resultados científicos muy superiores y más coherentes que aquellos que a menudo vemos en nuestro medio y que se reflejan en informes que incluyen textos como el siguiente: “Reunido el comité valorador y considerando el estado y las pruebas realizadas en el Sr./Sra. XXXXXXX se determina un grado de invalidez del 30% que sumado al 4% que se añade por factores sociales, alcanza el valor del 34% base para la determinación de la pensión ...”

Son textos irrefutables, basados en ocasiones en el criterio personal de un tribunal. Probablemente son correctos, pero no sirven de explicación a la compañía que debe asumir una carga económica a veces muy importante. Se acerca al IPSE DIXIT de los latinos, un razonamiento basado en que “porque yo, investido de autoridad y conocimiento, lo digo”.