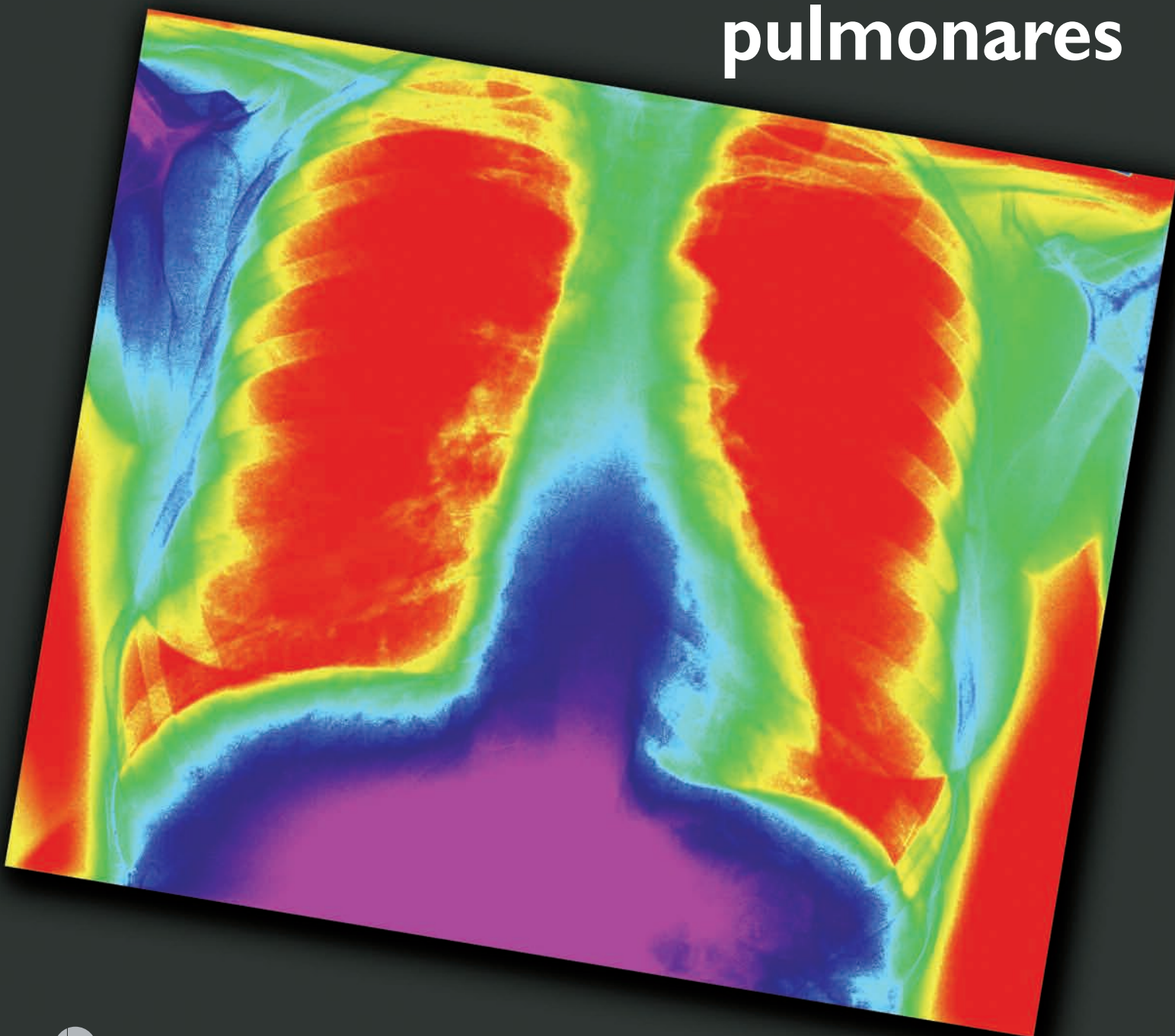



SELECCION

Número 40
Año XIII
Abril 2009

VIDA

Riesgo creciente de las enfermedades pulmonares



 Nacional de Reaseguros S.A.

► Aseguramiento de candidatos SEROPOSITIVOS (VIH)

Riesgo creciente de las ENFERMEDADES PULMONARES

Resulta curioso que, así como las enfermedades vasculares (cardiovasculares y cerebrovasculares) disminuyen o mantienen a partir de los 60-65 años la misma proporción en la causalidad de muerte, las enfermedades pulmonares aumentan de forma manifiesta. En otras palabras, a medida que la población se hace más longeva tiene una mayor probabilidad de morir a consecuencia de fallo de la función ventilatoria-pulmonar.

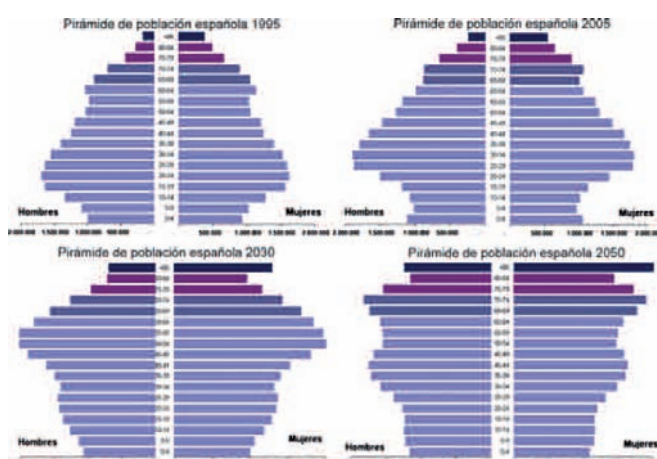


Según una ponencia del pasado ICLAM celebrado en Berlín, entre los 20 y los 30 años la mayor parte de los decesos se deben a accidentes y suicidios, mientras que entre los 50 y los 70 años son los tumores malignos y las enfermedades cardíacas y vasculares las causas mayoritarias de mortalidad. Sin embargo, a partir de la década de los 70 estas causas se mantienen estables, e incluso las neoplasias decrecen de forma notable; en cambio aumenta considerablemente la parte asignada a los problemas relacionados con la respiración.

Este principio estadístico tiene especial importancia si lo añadimos al hecho de que la población del mundo industrializado crece precisamente en lo que consideramos las edades avanzadas de la vida, y que muchos seguros se mantienen o se inician actualmente a edades superiores a lo que era común hasta hace pocos años.

En los gráficos que se exponen a continuación se observa cómo la pirámide de población española va variando de forma notable, y que desde los años 1995 al 2050 se ve, o se anticipa, un cambio radical de manera que la pirámide se va convirtiendo más bien en una especie de “PEONZA” que

curiosamente adopta una forma mucho más inestable que la que tiene la pirámide.



Analizando las proyecciones de población para las próximas décadas, debemos destacar el crecimiento notable de la población mayor de 65 años, que es la que tiene una mayor susceptibilidad a las enfermedades de origen respiratorio.

En un estudio reciente (NEJM 8-1-2009) sobre unos 170.000 chinos de más de 40 años, se concluía que el mayor riesgo actual para contraer una enfermedad pulmonar es el consumo de tabaco, y que este riesgo es bastante mayor en hombres que en mujeres.

También se afirmaba que la siniestralidad se debía en primer lugar al cáncer, en segundo lugar a las enfermedades cardiovasculares y, por último, al enfisema o a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Este estudio realizado en la China continental no coincide con lo que observamos en Europa, donde estadísticamente la mayor causa de muerte pulmonar de forma directa es el enfisema. Muy probablemente la siguiente causa inmediata de muerte por fallo respiratorio se debe a la combinación del efecto del tabaco sobre el aparato circulatorio, con deterioro asociado y significativo del tejido pulmonar. Numéricamente, la tercera causa de deceso por enfermedad respiratoria sería el cáncer.

1 El cese del consumo de tabaco entre los 60-65 años se debe con frecuencia a un deterioro ya importante de la función pulmonar, y por ello resulta imprescindible en estos casos valorar la función respiratoria.

2 El tabaco acorta 5-7 años la vida media y disminuye la calidad de vida.

3 La mala calidad de vida de los últimos años del fumador se asocia a altos costes en la Seguridad Social. [La enfermedad respiratoria es muy cara y prolongada en la necesidad de tratamiento continuo, en comparación con otras patologías]

4 La mortalidad tras un infarto de miocardio y un fallo respiratorio que pone en peligro la vida es muy elevada en el primer año tras el episodio agudo, pero, mientras que en el infarto la mortalidad tras superar el primer año baja bruscamente y tiende hacia una mortalidad “razonable” y en general “asegurable”, la mortalidad por problemas respiratorios graves se mantiene muy alta en los años sucesivos.

5 Las disminuciones en las pruebas de ventilación en pacientes de más de 60 años cuando se asocian a una pérdida de peso o a un índice de masa corporal < 20 conllevan una muy alta sobremortalidad.

Hechos relevantes en relación con la enfermedad pulmonar

Llama mucho la atención la poca información que recibimos en las declaraciones de salud, o incluso en los reconocimientos médicos, en relación con la enfermedad respiratoria. En general, la única información que obtenemos es la simple mención de “asma” o “bronquitis” y el consumo actual de tabaco que, como se demuestra en muchas ocasiones, no se ajusta cuantitativamente a la realidad. En las revisiones se presta mucha atención a los niveles de colesterol en sangre, a los resultados del trazado electrocardiográfico en una ergometría o prueba de esfuerzo, o a la tensión arterial; en cambio, la capacidad pulmonar pasa a menudo inexplorada o insuficientemente investigada. Esto resulta curioso, puesto que desde mediados del siglo XIX (1846), Hutchinson ya había determinado que la longevidad de un individuo guardaba una relación con la capacidad vital (volumen de una máxima espiración tras una máxima inhalación). Precisamente, y de acuerdo con esta relación, se denominó a este volumen con el nombre de “VITAL”, nombre que ha conservado hasta el momento actual.

Hay tres situaciones clínicas o circunstancias que resultan de mayor interés en relación con la industria del seguro de vida: el asma, la bronquitis crónica y el consumo de tabaco.

ASMA: Se ha comentado en muchas ocasiones cómo esta alteración de origen alérgico- funcional con espasmo de las vías aéreas, tiene un muy amplio espectro de gravedad variando desde ser una alteración banal o sin trascendencia a ser una enfermedad grave e invalidante. Cuando en un cuestionario de salud o en un reconocimiento médico se menciona su presencia, estamos obligados a obtener información suplementaria si queremos valorar el riesgo real, tanto de muerte como de invalidez.

A este respecto resulta indispensable que se conteste a las siguientes cuestiones que, de forma concisa, hemos resumido aquí:

- 1- ¿Número de ataques que han requerido atención médica en los últimos 5 años?
- 2- ¿Número de visitas a urgencias en los últimos 5 años?
- 3- En el último periodo de un año, ¿cuántas veces aproximadamente se ha usado inhalador de tipo broncodilatador? _____ ¿Y de tipo esteroideo? _____
- 4- Aportación de un ventilograma con una antigüedad máxima de 1 año
- 5- Medida cuidadosa de diámetros torácicos en Inspiración y Expiración.
- 6- A ser posible, aportar datos de Pulsioximetría.

BRONQUITIS-ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA- [EPOC]:

Esta situación es mucho más común de lo que se piensa en general. En el reciente estudio realizado en España, Iberpoc, se observó que en la población adulta de más de 45 años la prevalencia era del 9% y, curiosamente, sólo el 78% de los afectados tenía sospecha o conocimiento de padecerla.

Se debe insistir en que el diagnóstico se establece mediante la historia clínica (tos y expectoración continuada) y se confirma por medio de la espirometría o ventilograma, y que la radiografía de tórax, sólo a través de cambios estructurales secundarios, la puede hacer sospechar. Este método de diagnóstico sirve para la detección de la población con riesgo de enfermedad, el diagnóstico precoz y para la ayuda al tratamiento de deshabituación tabáquica, problema primordial en la producción de este cuadro clínico.

En un estudio epidemiológico en España, se observó que algo más del 9% de la población entre los 40 y los 69 años padecía EPOC, llegando al 40% en los fumadores de 30 ó más cigarrillos.

Se considera:

EPOC Leve cuando el FEV1= 60-80% del valor teórico (*)

EPOC Moderado cuando el FEV1= 40-60% del valor teórico

EPOC Grave cuando el FEV1 < 40%

(*): *Volumen Espiratorio Forzado (FEV1) es la cantidad de aire expulsado durante el primer segundo de la espiración máxima, realizada tras una inspiración máxima.*

CONSUMO DE TABACO Y SU EFECTO

VARIABLE: Este consumo no suele estar bien cuantificado ya que lo que en general contesta el cliente es que no fuma o que fuma una cantidad variable de cigarrillos (10, 15, 20, 2 paquetes. . .). Es fácil comprobar, sin embargo, que cuando se indaga algo en el consumo pretérito, se obtiene una imagen muy diferente a la obtenida en un principio.

Para valorar el importante riesgo que supone el uso del tabaco resulta imprescindible:

- 1.- Cuantificar el número de paquetes/año consumidos (un paquete al día durante el periodo de un año).
- 2.- En caso de haberlo dejado intermitentemente o en el pasado, especificar tiempos.
- 3.- Consumo actual.
- 4.- En el caso de ser fumador actual, ¿presenta tos y/o expectoración matinal?

De nuevo, al igual que con la historia de asma o de bronquitis, cuando estamos frente a un candidato que consume actualmente o que ha consumido hasta hace poco tiempo una cantidad importante de tabaco, se debe realizar una espirometría. La prueba es barata, simple, y aporta mucha información de forma rápida.

Una razón para insistir en esta prueba es el hecho de que el fumar no causa el mismo daño a los consumidores. Por razones no claras, resulta que el nivel de susceptibilidad al daño de las estructuras aéreas es muy dispar y por tanto no podemos anticipar un daño anatómico o funcional relacionado con la cantidad y el tiempo de consumo.



Valoración del estado de oxigenación

En la medicina clínica es común, y hoy en día resulta rutinaria, la investigación de los gases arteriales para pautar la oxigenoterapia. Esta determinación, sin embargo, supone una punción en una arteria, procedimiento que se sale de las normas o límites aceptados para la práctica de la medicina de los seguros.

Hay, no obstante, un método simple, barato y fácil que permite obtener información muy valiosa. Consiste en la obtención-lectura de los datos que nos aporta el "PULSIOXÍMETRO", un pequeño aparato que se aplica

como una pinza al extremo de un dedo y que nos da el pulso y la saturación de oxígeno, prácticamente de forma inmediata, y a un coste que depende de la amortización del aparato (en general, el aparato cuesta menos de 300€ y es válido para un sinnúmero de lecturas). En una persona sana la saturación de oxígeno tomada de este modo oscila entre 95 y 100%. En las fases de compromiso respiratorio la lectura es inferior al 95%, y este dato tiene una importante función en la detección del riesgo a medio y largo plazo.

Hay una relación aproximada entre la saturación de O₂ mediante este método y la presión parcial de O₂ en sangre según la investigación que se hace con la punción arterial, que también puede ser de gran importancia para determinar qué pacientes requieren oxígeno de forma crónica:

Saturación de O ₂ (pulsioximetría)	Presión parcial de O ₂ (Por punción de arteria)
98%	100 mm Hg
95%	80 mm Hg
90%	60 mm Hg (Por debajo ► indicar oxigenoterapia)
80%	48 mm Hg
60%	30 mm Hg

La espirometría

Como hemos indicado previamente, la espirometría es un método barato, de aplicación rápida y muy rentable clínicamente, para determinar los daños que haya podido causar el tabaco, la gravedad de un proceso asmático o la presencia de una enfermedad obstructiva, que cuando tienen entidad suficiente suponen un claro aumento de riesgo vital.

Lo que más interesa es conocer el volumen de aire total espirado después de una inhalación máxima o forzada (capacidad vital), y la expulsión máxima en el primer segundo. Cuando hay disminución de la capacidad vital hablamos de enfermedad restrictiva, y cuando la expulsión en el primer segundo es deficiente, de enfermedad obstructiva. En muchos casos el problema es combinado, y para quedarnos tranquilos debemos recordar que la capacidad vital debe superar al 80% del valor anticipado o teórico (de acuerdo con el sexo-edad y estatura) y que el FEV1 debe superar el 75%.



Aseguramiento de candidatos SEROPOSITIVOS (VIH)

En un estudio divulgado por la prestigiosa revista médica británica Lancet, líder de referencia en el ámbito científico internacional y especialista en enfermedades infecciosas, se comparaba la mortalidad entre la población general en Suiza y la de los sujetos que, sin tener el cuadro clínico del SIDA, tenían anticuerpos contra el virus que lo provoca (Seropositivos).

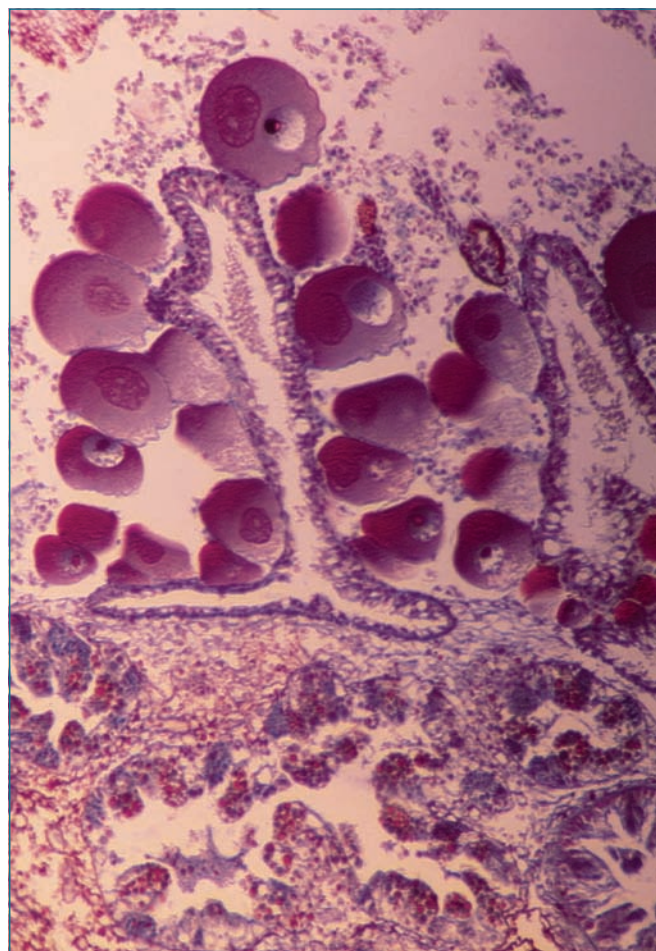
La conclusión, expresada de forma simple, es que: En los pacientes SEROPOSITIVOS (VIH) que se controlan adecuadamente con medicación anti-retroviral de alto efecto, y que no están afectados por el virus de la hepatitis "C", el exceso de mortalidad no supera el 5/1000, una tasa asumible.

Sobre la infección por este retrovirus, todas las revistas médicas, prácticamente de forma constante, nos inundan con nuevas informaciones o hallazgos de naturaleza más o menos valiosa.

De manera resumida, y como información básica de lo que ocurre en un país en el seno de Europa, Holanda, veamos algunos **datos de interés**.

De los 18.500 afectados en el país:

- El 40% ignoran su infección.
- Hoy, el contagio ha sido por vía heterosexual en 9.000 casos y homosexual en 8.500.
- Está afectada el 0,23% de la población (y en aumento).
- Entre homosexuales la prevalencia es del 5,3%.
- Entre los drogodependientes por vía intravenosa el 8,6%.



- Con la positividad VIH:
 - El 7% tiene hepatitis "B"
 - El 5% tienen hepatitis "C"

La mortalidad tiene mucho que ver con el recuento de LINFOCITOS CD4 en sangre, de forma que si el número se mantiene constante por encima de los 800 por mm. cúbico, el pronóstico es bueno. Si baja de 200, y de forma más manifiesta de 100, especialmente en el paciente que no sigue las pautas terapéuticas o que está afectado por otro tipo de infecciones o patologías, el pronóstico es mucho más sombrío.

El otro parámetro que se debe analizar cuando tratamos de establecer un pronóstico es la CARGA VIRAL. El pronóstico mejora, y mucho, cuando dicha carga es inferior a 100.000 copias por mm. cúbico.

En relación con el tratamiento debemos resaltar la simplificación que se ha producido en los últimos años. En el año 1996 el tratamiento regular era de 10 pastillas 3 veces al día (total de 30 comprimidos por día). Hoy con ATRIPLA, el tratamiento se reduce a un solo comprimido por día.

Todo lo anterior nos lleva a la pregunta crucial en relación con esta infección:

¿PODEMOS ASEGURAR AL CANDIDATO VIH-SEROPOSITIVO?

Volvemos al principio de este artículo y podemos afirmar que, gracias a las posibilidades de tratamiento actual, se pueden asegurar los VIH-seropositivos con los siguientes condicionantes:

1 Se debe tener información fidedigna y actualizada del número de linfocitos CD4 y de la carga viral.

2 Es necesario asegurarse de que el paciente está motivado y sigue las pautas de tratamiento y revisiones periódicas.

3 Es importante que se excluya una patología asociada de significación, y de forma muy especial la hepatitis "C".

4 El capital debe ser moderado en comparación con el perfil de la cartera de la aseguradora y ajustado a la situación personal del cliente.

Al asegurar a los VIH-seropositivos estamos ampliando la función social y asistencial del seguro de vida, y además evitamos la estigmatización de un colectivo que, de forma muy significativa en España (a la cabeza de Europa en infección), es ya importante.

El problema que se debe superar es poder contar con la información objetiva y precisa de la situación de infectividad-defensas, y el control de los afectados.

***A efectos prácticos,
la sobremortalidad aplicada
en los casos de buen control,
depende también
de la edad del sujeto.***

En los pacientes tratados con anti-retrovirales de alta eficacia (HAART), teniendo en cuenta el número de linfocitos CD4 y la segmentación en grupos según edad, se observa que en los pacientes de 25 años con un número de Linfocitos CD4 igual o superior a 800, la mortalidad es de 4 veces la tasa normal de la población general. A los 45 años la mortalidad es sólo del doble y esta diferencia se hace aún menor cuando se superan los 50 años.



DATOS ESTADÍSTICOS: El VIH/Sida en España Mortalidad

En el año 2006 se produjeron en España un total de 371.478 fallecimientos de los cuales 1.315 (3,5 por 1000) fueron por VIH/Sida. De estos, 1.036 (78,8%) se produjeron en hombres y 279 (21,2%) en mujeres. La tasa de mortalidad global por VIH/Sida fue de 3,01 por 100.000 habitantes, según se muestra en la siguiente tabla:

	Defunciones totales	Defunciones por VIH/Sida	Defunciones por VIH/Sida (%)	Tasa de mortalidad VIH/Sida por 100.000 habitantes
Hombres	194.154	1.036	5.34	4.81
Mujeres	177.324	279	1.57	1.26
Total	371.478	1.315	3.54	3.01

La edad media de los fallecidos por VIH/Sida fue de 43,7 años (DE:9,4), siendo superior en hombres (44,4 años; DE:9,4) que en mujeres (41,2; DE:9,1) ($p < 0.05$).

Según grupos de edad, el mayor número de defunciones se registró en el grupo de 40-44 años, con 394 personas (29,9% del total de fallecidos), seguido del grupo de 45-49 años, con 282 (21,4% del total). Este patrón se repite en los hombres, mientras que en las mujeres el mayor número de defunciones se registró en el grupo de 40-44 años, seguido del grupo de 35-39 años. El número de fallecimientos y las tasas por grupos de edad se muestran a continuación:

Grupos de edad	Defunciones por VIH/SIDA					
	TOTAL (N)	Tasas por 100.000 hab.	HOMBRES (N)	Tasas por 100.000 hab.	MUJERES (N)	Tasas por 100.000 hab.
0-9 años	-	-	-	-	-	-
10-14 años	2	0.1	1	0.09	1	0.1
15-19 años	4	0.18	2	0.17	2	0.18
20-24 años	8	0.29	5	0.35	3	0.22
25-29 años	31	0.86	19	1.03	12	0.68
30-34 años	104	2.73	72	3.67	32	1.73
35-39 años	260	7.16	195	10.52	65	3.66
40-44 años	394	11.44	312	17.98	82	4.8
45-49 años	282	9.09	228	14.73	54	3.47
50-54 años	95	3.56	84	6.37	11	0.82
55-59 años	47	1.91	41	3.4	6	0.48
60-64 años	34	1.55	31	2.93	3	0.26
65-69 años	17	0.92	15	1.73	2	0.2
70-74 años	23	1.19	19	2.19	4	0.38
75-79 años	11	0.68	9	1.32	2	0.22
80-84 años	3	0.27	3	0.7	-	-
>=85 años	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1,315	3.01	1,036	4.81	279	1.26

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología – Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida



SELECCION

Depósito legal: M-344-97

VIDA

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