

SELECCION

Número 43
Año XIV
Octubre 2010

VIDA

Cáncer de próstata y seguro de vida



Nacional de Reaseguros S.A.

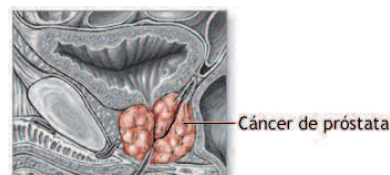
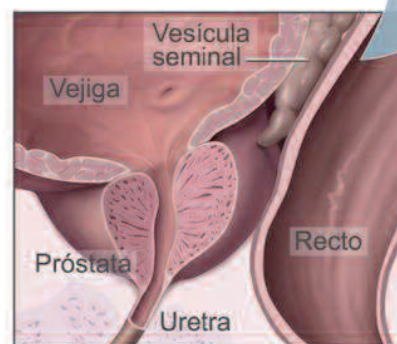
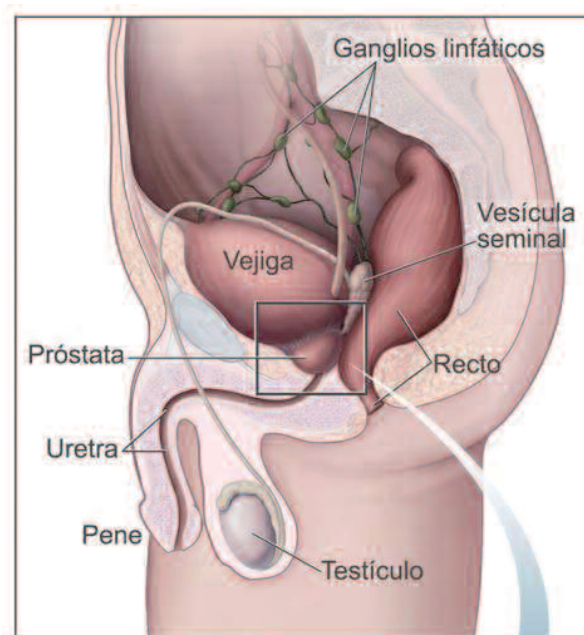
CÁNCER DE PRÓSTATA Y SEGURO DE VIDA

Cuando consideramos esta neoplasia en relación con el seguro de vida es importante tener en cuenta por un lado las características clínicas, y por otro su importancia específica en la industria del seguro.

Y es que esta patología aparece o se desarrolla de una forma muy mayoritaria a partir de los 65 años, una edad a la que la gran mayoría de los varones ya estaban “establemente asegurados” hasta hace poco tiempo. En la actualidad, con el incremento de la esperanza de vida, las cosas están cambiando y es fácil observar cambios en las pólizas, o incluso nuevas contrataciones, por motivos económicos por encima de esa edad. Lo anterior se debe tener muy en cuenta si consideramos que el 90% de las neoplasias de próstata aparecen por encima de esa edad límite de 65 años.

Cuando valoramos a un varón por encima de los 50-60 años, acercándose a esa edad en la que la posibilidad de un cáncer prostático no es en absoluto una rareza, debemos recordar que:

- 1.- El cáncer de próstata es la tercera neoplasia en aparición y producción de muerte por neoplasia en varones.
 - 2.- Los factores que facilitan la aparición de esta enfermedad maligna no están bien estudiados (dieta, estilo de vida, ambiente, genética...), pero está claro que, cuando hay un pariente de primer grado que lo ha padecido, el riesgo se incrementa, y cuando hay más de uno, el riesgo se multiplica por un factor elevado.
 - 3.- El riesgo es mayor en personas de raza negra.
- En términos generales, el cáncer de próstata está aumentando de forma notable en las sociedades industriales. Los factores no están enteramente aclarados aunque no se puede desdeñar el hecho del aumento de la curva vital de la población.



Muy probablemente, y a través de estudios en marcha, sabremos mucho más de los factores de riesgo de aquí a pocos años, y consecuentemente de la manera de disminuir la incidencia de este tumor.

Detección del cáncer de próstata

Las características de este tumor son un tanto especiales puesto que, por un lado se ha demostrado que en muchos casos puede permanecer de forma estable y no agresiva durante muchos años, y por otro, un intervencionismo que tienda a detectar tempranamente y a erradicar todo tipo de tumor conlleva complicaciones y en definitiva una mortalidad y disminución en calidad de vida difíciles de asumir.

La detección inicial se hace con el tacto digital-prostático y la determinación en sangre de la PSA. La mayor parte de las veces se aplican en personas libres de síntomas que acuden a realizar una revisión. En otros casos, los menos, se realizan por la presencia de síntomas urinarios tales como el aumento de la frecuencia urinaria, el tenesmo o sensación de necesidad de seguir evacuando orina cuando ya se ha terminado la micción.

La palpación prostática directa no es muy concluyente y depende de la experiencia del médico. En ocasiones, con una palpación normal después se demuestra la presencia de cáncer. Una próstata agrandada y con áreas de diferente densidad o dureza puede ser el primer indicador de una patología seria.

EL ANTÍGENO PRÓSTATICO ESPECÍFICO (PSA).

Es una glicoproteína (asociación de carbohidrato y proteína) que puede circular en la sangre de forma libre o bien unida a otras proteínas formando complejos de alto peso molecular. Debemos considerar que no hay un punto de corte definido y que siempre debemos tener en cuenta la edad y la presencia reciente de procesos inflamatorios, prostatitis...

Según Finne-2004 los valores que podríamos considerar como límite son:

49 años: 0-2,4 ng/ml
50-59 años: 0-3,4 ng/ml
60-69 años: 0-5,4 ng/ml
70 años: 0-6,4 ng/ml

Estos valores pueden ser alterados por los fitoestrógenos y una medicación actualmente bastante usada para evitar la caída del cabello, el finasteride. También los traumas locales, la prostatitis, la realización reciente de una biopsia...

Desde nuestro punto de vista nos interesa recordar que, cuando el diagnóstico de cáncer de próstata se ha confirmado,

Una próstata agrandada y con áreas de diferente densidad o dureza puede ser el primer indicador de una patología seria.

el valor inicial de la prueba de PSA está en relación con el grado de extensión de la enfermedad, de tal manera que (Greene K. 2009):

PSA < 4: en el 80% la enfermedad está limitada y localizada a la glándula prostática.

PSA 4-10: en el 70% la enfermedad se limita a la glándula prostática.

PSA 10-20: Localizada en la próstata en el 50% de los casos.

PSA > 20: en el 36% de los pacientes hay afectación metastásica en ganglios pélvicos.

Por último, considerar que cuando tenemos documentación retrospectiva, si la PSA se eleva > 0,75 mg/ml por año [Velocidad de PSA], o cuando la fracción de PSA libre con respecto a la total es inferior al 20%, las posibilidades de neoplasia son mayores y justifican la realización de una biopsia y procedimientos avanzados de diagnóstico tales como la ecografía transrectal, la resonancia y el TAC y la Gammagrafía ósea.

En la medicina de los seguros no podemos seguir la evolución y procedimientos diagnósticos que lleven a la detección definitiva de la patología prostática, pero sí debemos tener presentes estos conocimientos dado que no es raro que un candidato aporte una historia previa relacionada con enfermedad prostática.



En nuestra especialidad, y de acuerdo con nuestras posibilidades de acción, aparte de mantener estos conceptos y los que nos vayan aportando la investigación clínica y estadística, se debería actuar de la siguiente manera:

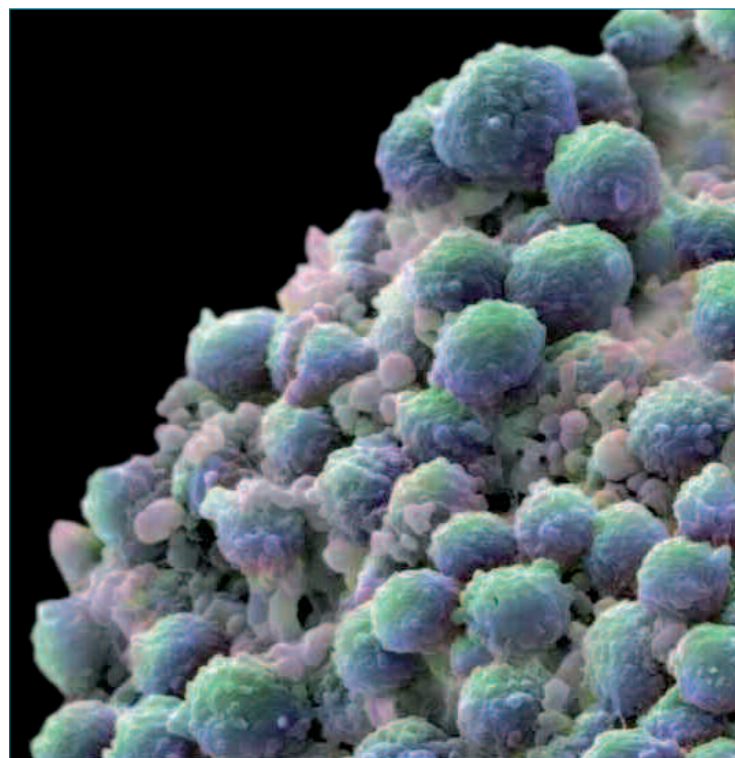
- 1.- No omitir la historia familiar en relación con la posibilidad de cánceres de este tipo en familiares próximos.
- 2.- En candidatos varones con más de 50 años, con familiares de primer grado (padres o hermanos) con cáncer de próstata, realizar una PSA y, si resulta por encima de 3,5 a 4 ng/ml, solicitar en la muestra conservada una fracción de PSA libre. Si dicha fracción estuviese por debajo del 20%, el riesgo se debería aplazar hasta que se aporte un informe de urólogo que aclare la situación.
- 3.- En candidatos varones de más de 60 años y con capitales superiores a los 120-150.000 €, siempre estaría indicada la realización de una PSA. Se debe tener en cuenta, y adecuar según límites de capital, que la valoración de la PSA libre es una prueba de alto precio y por tanto, antes de establecer un mecanismo general de actuación, se deben consultar precios según el número calculado y anual de pruebas.

Estadaje o clasificación de los pacientes con un cáncer prostático

La valoración del cáncer prostático resulta fundamental para determinar el pronóstico.

El método más extendido es el desarrollado por el Dr. Donald Gleason a partir de 1974. Se basa en el estudio anatomopatológico o el aspecto que tiene el tumor en la observación microscópica. El resultado de esta clasificación hoy en día es un dato obligado en el estudio del paciente con esta enfermedad y, según el resultado obtenido, podremos calcular la esperanza de vida y también el método terapéutico a emplear.

Una vez que se han obtenido múltiples biopsias, en general guiadas por la ecografía transrectal, se valora el grado de desorden o alteración celular en las imágenes que más frecuentemente se presentan, y también en aquellas otras que resultan



Células cáncer de próstata

menos frecuentes pero que deben suponer más del 5% y menos del 50% de las imágenes estudiadas.

Según el grado de desorden (1 mínimo y 5 máximo) se hace una suma entre las imágenes mayoritarias y las menos frecuentes, de tal manera que obtendremos un valor entre 2 (la suma de 1+1 la de mejor pronóstico por tener una alteración celular mínima) y 10 que sería la de peor evolución anticipada al observar de forma extendida una gran alteración o desorden celular.

En ocasiones nos encontramos con documentación que incluye una simplificación, según el siguiente esquema:

Grado histopatológico	
GX	No se puede evaluar el grado de diferenciación
G1	Bien diferenciado (anaplasia débil) (Gleason 2-4)
G2	Moderadamente diferenciado (anaplasia moderada) (Gleason 5-6)
G3-4	Pobrementemente diferenciado/indiferenciado (marcada anaplasia) (Gleason 7-10)

La clasificación TNM, usada en la clasificación de múltiples tumores (mama, colon...) también se ha adaptado al Cáncer prostático:

T: Tumor primario		N: Ganglios linfáticos regionales	M: Metástasis a distancia		
Tx	No se puede evaluar el tumor primario.	Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.	Mx	No se pueden evaluar las metástasis a distancia.
T0	No hay evidencia de tumor primario.	N0	No se demuestran metástasis ganglionares regionales.	M0	No hay metástasis a distancia.
T1	Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen.	N1	Metástasis ganglios linfáticos regionales.	M1	Metástasis a distancia.
T1a	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido resecado.			M1a	Ganglio/s linfático/s no regionales.
T1b	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor del 5% del tejido resecado.			M1b	Hueso/s.
T1c	Tumor identificado mediante punción biopsica (tras PSA elevado).			M1c	Otra/s localización/es.
T2	Tumor limitado a próstata.				
T2a	El tumor abarca la mitad de un lóbulo o menos.				
T2b	El tumor abarca más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos.				
T2c	Abarca ambos lóbulos.				
T3	Tumor que se extiende a través de la cápsula.				
T3a	Extensión extracapsular unilateral o bilateral.				
T3b	Tumor que invade la/s vesícula/s seminal/es.				
T4	Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: cuello vesical, esfínter externo, recto, y/o pared pélvica.				

Por último, en la valoración de los tumores prostáticos en el candidato a un seguro de vida debemos tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la finalización del tratamiento y el método de tratamiento empleado, dada la frecuente aparición de secuelas o complicaciones.

En ocasiones nos encontramos con pacientes a los que se les ha detectado un Ca prostático y a los que se les ha recomendado una “Vigilancia activa”. No siguen ningún tratamiento. Es el caso de los pacientes considerados como de buen pronóstico al presentar un índice de Gleason igual o inferior a 6 con PSA < 10 y en un estadio de T1c-T2a. A veces se elige no hacer nada cuando la esperanza de vida según la edad es inferior a 10 años o la situación general del individuo es precaria.

La prostatectomía radical por vía abierta o laparoscópica es el método curativo por excelencia, pero pasado un periodo

razonable de 4-5 años tras la eliminación de la próstata nos debemos asegurar, mediante la PSA y la clínica, si existe en efecto un estado libre de cáncer.

La radioterapia que se puede emplear mediante aplicación externa o por implantación de semillas radioactivas (braquiterapia) puede causar cistitis crónica, estenosis uretral, incontinencia... a tener en cuenta si se plantea una cobertura de invalidez.

El tratamiento hormonal, utilizado desde que se observó que el cáncer prostático era estimulado en su crecimiento con la hormona masculina, se usa como coadyuvante en el tratamiento radioterápico o por cirugía, o en la enfermedad avanzada donde ya no tenemos posibilidades de una curación completa. Frecuentemente su instauración supone el reconocer una situación de supervivencia limitada, incompatible con un seguro de vida.

Epilepsia en la selección de riesgos

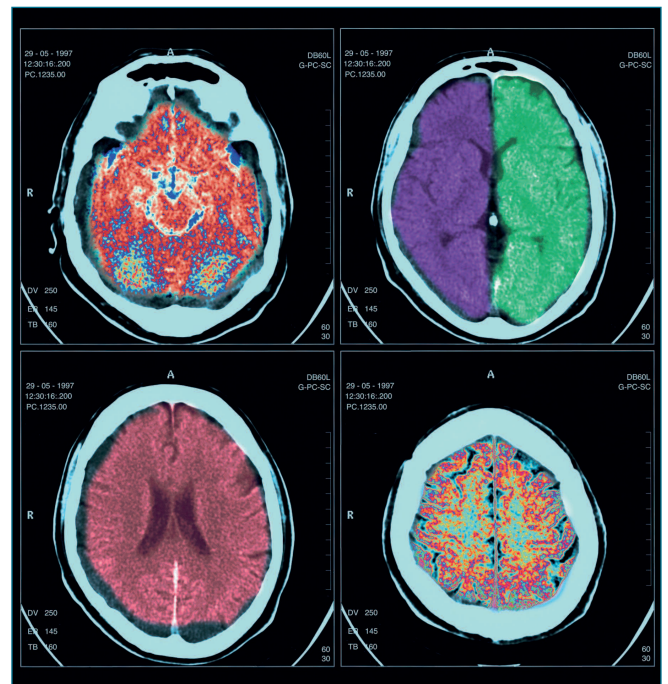
Cuando nos enfrentamos con la tarea de seleccionar una serie de candidatos a un seguro de vida es muy común encontrarnos con algún formulario que menciona la presencia de epilepsia.

Es importante que procuremos aclarar una serie de características que rodean a los epilépticos, ya que en conjunto muestran, a pesar de las nuevas medicaciones de control, un significativo aumento de mortalidad. Esta sobremortalidad se relaciona principalmente con accidentes y suicidios.

PRINCIPIOS GENERALES

La epilepsia no se puede considerar como una enfermedad o entidad específica dentro de la patología humana. Cualquier cerebro irritado o sobrestimulado por falta de oxígeno, un trauma, sustancias tóxicas, aumento marcado de la temperatura... puede ser causa de una convulsión en sus diferentes modalidades. Por tanto, la evidencia de que se haya padecido una convulsión de aspecto epiléptico no se puede considerar “epilepsia”.

La introducción de nuevos medicamentos ha mejorado el control de las manifestaciones epilépticas. Hasta 1991 contábamos con el fenobarbital, la primidona, la fenitoina, la carbamacepina, el etosuximide y el valproato. En el año 1991 se introdujo el clobazam. En el año 1994 se añadieron el vigabatrin y la gabapentina y, por último, en 1995 la lamotrigina. Con estas adiciones se ha mejorado el pronóstico de tal forma que se llega a controlar el 50% de los casos previamente incontrolables, y en los casos ligeros el control es completo, o casi. A pesar del mejor control, la mortalidad en el epiléptico sigue aumentada y debemos tener en cuenta los siguientes puntos ante los casos que se nos presenten para la valoración.



1 EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO. Se deben aplazar los casos de epilepsia que no se hayan investigado mediante las técnicas de imagen avanzadas de hoy en día y que hayan aparecido en los últimos 2 años, y también aquellos de aparición reciente (en los últimos 6 meses) a pesar de una resonancia o scan normal, dado que se puede tratar de epilepsias provocadas por enfermedades malignas en su temprano inicio.

2 Existe un aumento de mortalidad, de forma manifiesta, en las personas jóvenes cuando el inicio se produce antes de los 20 años. Las causas inmediatas, como se mencionaba al principio, son los accidentes y los suicidios, y por ello es importante considerar no sólo el aspecto físico y el número de episodios convulsivos, sino también los aspectos psicológicos y el observar cómo la presencia de estados convulsivos ocasionales afecta al estado psicológico o produce aumento de ansiedad-depresión en la persona.

3 Debemos tratar de conocer el origen causal de la epilepsia, aunque siempre teniendo en cuenta que en un alto porcentaje de casos no llegaremos a conocerlo. A este respecto, recordamos que el 75% de los nuevos casos de epilepsia aparecen antes de los 25 años, que en el adulto o persona de edad media una buena proporción de casos se relaciona con tumores o traumatismos craneoencefálicos, y que a partir de los 60 años de edad, la patología de fondo más frecuente es la circulatoria-vascular seguida de la degenerativa y los neoplasmas. Además hay, en general, y más en el grupo de pacientes por encima de los 60 años, una mayor mortalidad por neumonía, dado que es común la aspiración del contenido gástrico dentro del árbol bronquial durante la fase de convulsión-inconsciencia.

4 La mayoría de los estudios clínicos muestran que el aumento de mortalidad es mayor en los primeros 10 años tras el diagnóstico, y a partir de ahí el pronóstico se relaciona con el control obtenido. Además, dicho pronóstico en general es favorable en la mujer y desfavorable en el varón.

5 Debemos prestar atención a las características descriptivas en los informes hospitalarios en relación con el tipo de epilepsia, ya que los pacientes con convulsiones complejas parciales tienen una mayor tendencia al suicidio. Los episodios de ausencia en los niños, salvo que se transformen en la edad adulta en crisis de "GRAN MAL", y los episodios convulsivos a consecuencia de la luz intermitente o de ver la T.V., no tienen mayor importancia.

6 Es importante asegurarnos de que la persona es consciente de su patología, sigue los controles y la toma de medicación, evita las situaciones de peligro y, fundamentalmente, evita los derivados alcohólicos.

7 Por último, se debe anotar, y no debemos dejar de considerar, el número de episodios sufridos en el último o dos últimos años y la fecha del último episodio convulsivo.

A la hora de la selección o tarificación de un caso en particular, es común que nos encontremos con dificultades, en general por falta de la información adecuada. Si descontamos los nuevos casos o casos de aparición reciente que se deben aplazar hasta que haya constancia de haberse excluido una enfermedad maligna, el factor más determinante es el número de episodios en el último o dos últimos años y el cumplimiento y control por parte del paciente. Si ha habido más de 4-6 episodios convulsivos en el último año es preferible aplazar y, sólo tras un periodo de episodios más reducido, obtener el informe completo del neurólogo tratante.

En casos dudosos o con información insuficiente es prudente añadir un + 25% de sobremortalidad en vida y + 50% en accidente e invalidez. Esta actitud sería reforzada cuando el paciente sigue tomando medicación desde hace tiempo. Y es que, aunque difícil probarlo, las medicaciones antiepilépticas, y en especial la fenitoina y los barbitúricos, se han asociado a una mayor incidencia de enfermedades malignas-linfomas, y además, en su conjunto pueden ser la causa de reacciones alérgicas de gravedad. Hay que tener en cuenta también que su disponibilidad absoluta puede facilitar una sobredosis.

*En casos dudosos
o con información
insuficiente es prudente
añadir un + 25%
de sobremortalidad
en vida y + 50% en
accidente e invalidez*



El camino es la meta



 **Nacional de Reaseguros S.A.**
www.nacionalre.es

Nacional de Reaseguros S.A. CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2009	Miles de Euros	Crecimiento
INGRESOS		
Primas de reaseguro aceptado	467.204	7,5%
Rendimientos financieros	23.732	28,6%
Total ingresos	490.936	8,4%
PROVISIONES TÉCNICAS	735.174	4,4%
RETENCIÓN		
Primas retenidas	329.025	3,8%
Provisiones técnicas a la retención	621.909	4,3%
% sobre primas retenidas	189,0%	
ACTIVOS RENTABLES	789.608	5,6%
FONDOS PROPIOS	153.569	14,9%
RESULTADO NETO DEL EJERCICIO	26.136	3,2%

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