

SELECCION

Número 52
Año XVIII
OCTUBRE 2014

VIDA

Esclerosis lateral amiotrófica “ELA”



Nacional de Reaseguros S.A.

ÉBOLA

En la práctica diaria de la medicina de los seguros estamos acostumbrados a recibir información sobre las enfermedades o situaciones patológicas que vemos comúnmente. Así, es difícil encontrar una revista médica que no haga referencia a la diabetes, a la hipertensión ... o a sus complicaciones.

Sin embargo, de forma ocasional, nos encontramos con situaciones patológicas poco frecuentes, y entonces nos vemos con mayores dificultades para llegar a conclusiones nítidas o seguras, dada la escasa presencia de estadísticas que determinen un pronóstico a corto o a largo plazo.

También nos sentimos inquietos cuando observamos la propagación de una enfermedad o infección con altas tasas de mortalidad en un país/países lejano/s. Y es que las noticias escritas o transmitidas por los medios de comunicación, tienen tendencia a exagerar los datos negativos o a recalcar la posibilidad de extensión de los contagios de forma masiva. Esto se suele basar en el nivel de globalización y la facilidad de desplazamientos por avión. Y es cierto que puede ocurrir, aunque en una mayoría de casos los problemas se quedan localizados, limitados o reducidos en su capacidad patológica.

Es por todo lo anterior por lo que se hace necesario divulgar información sobre estas enfermedades “menos frecuentes” o sobre aquellas que tienen una vertiente actual e inquietante en general. Como ejemplo de estos problemas hemos elegido, para desarrollar en el presente número de SELECCIÓN VIDA, el ELA o Esclerosis Lateral Amiotrófica, y la infección por el virus de ÉBOLA, muy activo en el momento presente en los países del Oeste de África.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA “ELA”

Es una enfermedad poco común, con una incidencia o aparición de nuevos casos de 1 por cada 100.000 habitantes por año. La prevalencia o número de casos presentes y diagnosticados por cada 100.000 habitantes es de 3 a 5 casos.

Se trata de una enfermedad neuro-degenerativa a causa del deterioro y muerte de las llamadas motoneuronas, que son responsables del movimiento de las fibras musculares. En fases avanzadas los pacientes sufren una parálisis total con una exageración de reflejos tendinosos a causa de la pérdida del control muscular inhibitor.

Curiosamente, las funciones cerebrales sin relación con la motricidad o el movimiento, tal como la capacidad de discurrir, calcular o la memoria y también la sensibilidad, se mantienen totalmente normales. Tampoco se afectan los músculos y nervios



que regulan los movimientos de los ojos o de los esfínteres, hasta fases terminales de la enfermedad.

El nombre de Esclerosis Lateral Amiotrófica se debe al endurecimiento de las partes laterales de la médula a causa de la fibrosis, que se acompaña de pérdida de las células neuronales y atrofia de las masas musculares. Fue descrita inicialmente por Charcot en 1869. Se conoce habitualmente por las siglas ELA (en español) o ALS (en inglés).

No se conoce la causa de la enfermedad, que aparece de forma esporádica, aunque hay algunas comunidades que se ven afectadas en un número proporcionalmente muy superior al de la población general, como ocurre en el caso de los indígenas chamorros de la isla de GUAM, o también en los veteranos de la Guerra del Golfo.



Podría tener que ver con un defecto en una proteína (ubiquitina) con la función de reciclar otras proteínas. Hay teorías que lo relacionan con pesticidas, virus y fenómenos de autoinmunidad.

En general, la ELA no está considerada como una enfermedad hereditaria, pero el tener un familiar con este padecimiento debe de ser tenido en cuenta por el médico selector, dado que en un 10% de casos la enfermedad se concentra en ámbitos familiares. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente de tres hombres por cada mujer afectada.

Debemos mencionar aquí la figura del astrofísico Stephen Hawking, nacido en 1942 y que empezó a sufrir síntomas de ELA en la década de 1960. Este gran científico posee 12 doctorados honoris causa por sus estudios teóricos sobre las “singularidades temporo-espaciales” y sobre la emisión de radiación de los agujeros negros en el espacio; es autor además de múltiples obras entre las que destaca “Breve historia del tiempo”, y ha recibido diversos premios y medallas durante su larga carrera profesional. Aún hoy, ya jubilado de su cátedra de Matemáticas en la Universidad de Cambridge, sigue trabajando desde su silla de ruedas y dictando conferencias con un aparato mecánico especialmente diseñado para él ya que hace muchos años que no puede hablar. Estuvo casado dos veces y tiene tres hijos.

Su excelencia científica logró que se produjera un interés general por conocer las características, origen, síntomas y posibilidades de tratamiento de la ELA.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente clínico y se basa en la presencia de atrofia muscular, sin anomalías en la sensibilidad, aumento de reflejos osteotendinosos y fasciculaciones, y habitualmente disartria o dificultades en la articulación de la palabra. Es decir, no existe ninguna prueba específica que dé el diagnóstico definitivo.

Después de que se haya sospechado el diagnóstico de ELA, se pueden practicar diversas pruebas para descartar otras enfermedades que pueden simularla. Con estas pruebas, el estudio de la historia clínica del paciente y el examen neurológico, generalmente se llega a un diagnóstico definitivo.

Entre las pruebas que se pueden realizar se encuentran la resonancia magnética, la punción espinal, que en general es normal, y la electromiografía.

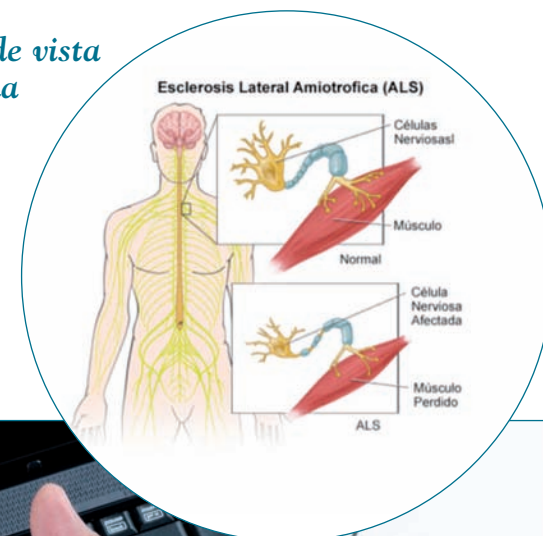
En muchos casos el diagnóstico definitivo sólo se puede determinar tras varios meses de observación del avance de la clínica, que debe asociar lesiones de la neurona motora alta (disartria y trastornos de la emocionalidad con facilidad para el lloro y la risa) y de la motora baja (con fasciculaciones o temblor de grupos musculares, atrofia muscular y reflejos exaltados). En ocasiones, aún después de realizar todas las pruebas pertinentes y observar la evolución de los síntomas, puede pasar mucho tiempo hasta alcanzar un diagnóstico concluyente.

Las complicaciones que a menudo pueden ser causa de muerte son: la neumonía por trastornos en la deglución o aspiración y la insuficiencia respiratoria.

En el futuro se confía en la buena evolución de técnicas basadas en el uso de las células madre y en la aplicación de técnicas fisioterápicas que mejoren la aspiración de secreciones y eviten los problemas respiratorios.

Desde el punto de vista del seguro, si una persona ha sido diagnosticada definitivamente de ELA, no puede ser asegurada.

Desde el punto de vista del seguro, si una persona ha sido diagnosticada definitivamente de ELA, no puede ser asegurada.



Es cierto que la supervivencia de Stephen Hawking es excepcional, y a ello ha contribuido el cuidado médico de primera clase que ha recibido, pero la vida media de los pacientes con ELA es breve y por tanto no resulta posible contemplar la cobertura aseguradora.

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad sin tratamiento satisfactorio, como enseguida veremos, pero el conjunto de medidas terapéuticas que se pueden emplear para mejorar la supervivencia y la calidad de vida nos deben hacer meditar en que el objetivo de la medicina no es sólo curar, sino curar y/o ayudar. Por otro lado, las medidas que se emplean, y que pueden prolongar la vida de forma muy notable, suponen un gasto importante y mantenido durante largo tiempo, y pueden poner en contacto a un enfermo con la compañía de seguros que hubiera dado una cobertura por invalidez.

TRATAMIENTO

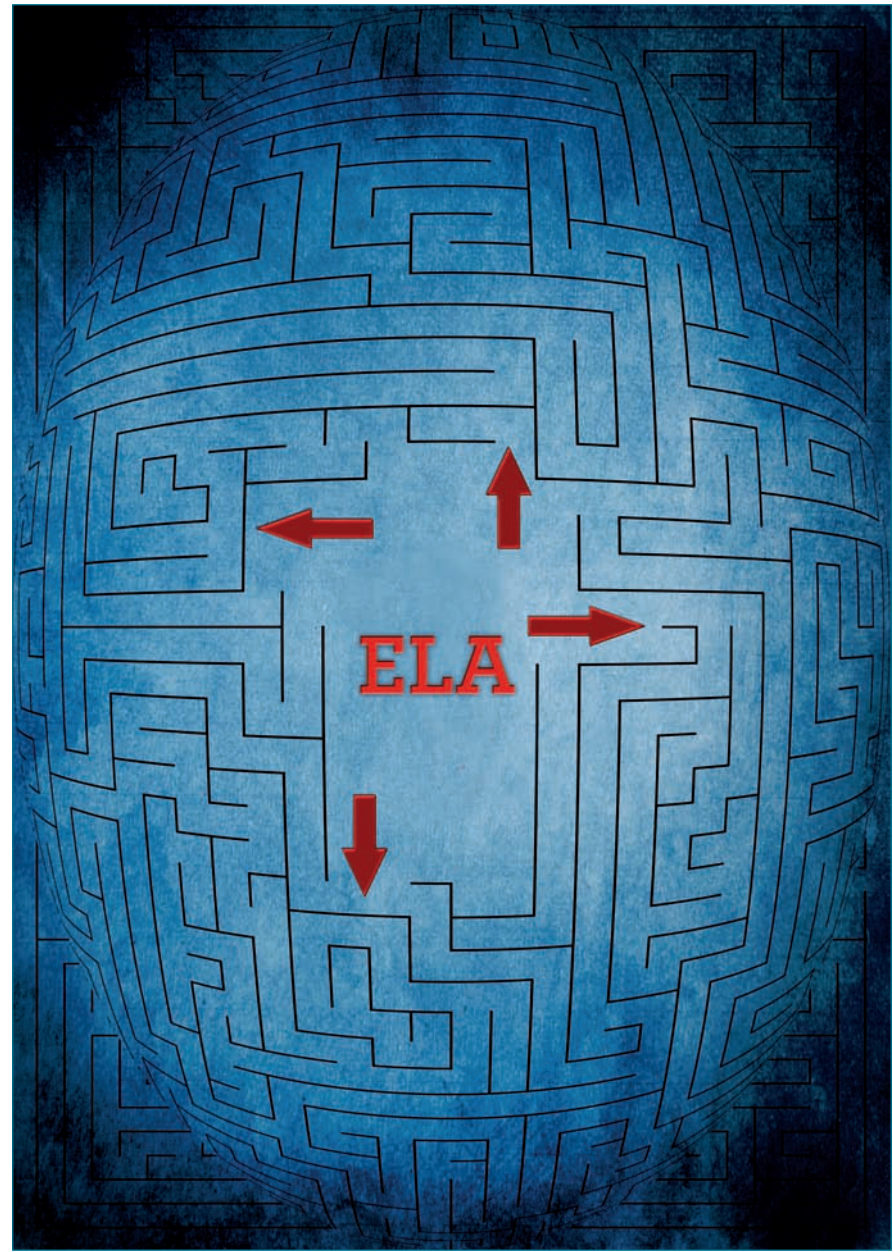
Debido a que no existe un tratamiento verdaderamente curativo, la atención profesional se concentra en tratar de frenar el avance de los síntomas, prevenir complicaciones y desarrollar todas las habilidades técnicas y humanitarias para que el paciente tenga la posibilidad de sentirse independiente y con el mejor grado de confort posible. Y esto no es nada fácil, y requiere la asociación de múltiples especialistas con experiencia en la enfermedad que se ocupen de los problemas físicos, sociales y mentales que la enfermedad comúnmente asocia.

La única medicación específica y aprobada, el Rilutek (Riluzole), parece frenar el avance de la enfermedad por medio de un antagonismo al mediador “glutamato”, pero los resultados, salvo en algunos casos, son mediocres.

Es muy útil considerar, y en ello estriba la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, que deben ser revisados periódicamente en cuanto a su tendencia al insomnio, a los calambres, espasmos o espasticidad muscular, al estreñimiento, exceso de salivación o producción excesiva de flemas, dolor postural y depresión, considerando lo ya mencionado de tener accesos de llanto o de risa no justificados.

Además repasamos la conexión de las diferentes especialidades con la ELA:

■ Atención a la **FUNCIÓN RESPIRATORIA**: estos enfermos, con dificultades respiratorias por debilidad



muscular, pueden requerir el uso de respiradores automáticos, y por ello es importante medir la cantidad de oxígeno en sangre y la capacidad pulmonar.

■ **FISIOTERAPIA**: es importante ejercitar los grupos musculares no afectados mediante ejercicios repetitivos y de acuerdo con la capacidad del enfermo. El tener un tiempo diario de atención por fisioterapeuta no sólo mejora la sensación de bienestar general sino que evita la depresión.

■ **TERAPIA OCUPACIONAL**: se deben aprovechar y ejercitar las funciones residuales a todos los efectos. Para ello puede ser necesario hacer modificaciones en el hogar, para evitar tropiezos o caídas, y cambios facilitadores en el dormitorio, cuarto de aseo y lugar donde coma habitualmente. El uso de ordenadores, compatibles con debilidad en las extremidades superiores, es considerado como una gran ayuda.

■ **LOGOPEDA**: debe considerarse de forma especial la dificultad de estos enfermos, muy manifiesta en ocasiones,

para comunicarse verbalmente. Se han desarrollado aparatos que pueden producir un lenguaje comprensible a partir de una función muy defectuosa o debilitada de las cuerdas vocales.

■ **SOPORTE NUTRICIONAL**: se requiere observar el mecanismo de deglución y facilitar un conjunto de alimentos que, siendo del gusto del enfermo, aporte suficientes nutrientes y al mismo tiempo sea fácil de tragar y digerir. Para ello es necesario recurrir a personal cualificado.

■ **SOPORTE PSICOLÓGICO Y SOCIAL**: la vigilancia del estado de ánimo y la coordinación del personal que se ocupe de los capítulos previamente reseñados, requiere la presencia de un asistente social que al mismo tiempo se ocupe de los problemas económicos y, si es necesario, del soporte psicológico y espiritual.

Todo lo anterior supone un desafío de organización y eficacia, y las compañías de asistencia sanitaria deben entender que un enfermo de ELA puede requerir importantes recursos económicos durante mucho tiempo.



*Las compañías de asistencia sanitaria
deben entender que un enfermo de ELA
puede requerir
importantes recursos económicos
durante mucho tiempo*

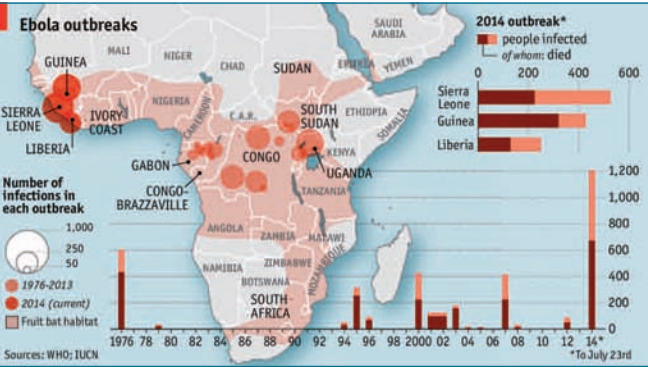
ÉBOLA EN EL AÑO 2014

El virus de Ébola fue identificado por vez primera en 1976. Desde entonces se han producido diferentes epidemias, pero la más seria o de mayor importancia es la actual. En el año 2014 han muerto ya más de 5.000 personas, entre las que figuran miembros de los equipos sanitarios, médicos, enfermeras... Por ello, por la mortalidad que provoca y sus características generales, ha cobrado gran relevancia en los medios de comunicación.



Las naciones afectadas inicialmente fueron Guinea-Conakry, Sierra Leona y Liberia, pero posteriormente se han detectado casos muy concretos en Nigeria, en Senegal, en Mali, en EE.UU. y en España. En estos últimos países el número de casos ha sido mínimo y la enfermedad está controlada, no así en los tres primeros países, que suman ya más de 10.000 afectados de los que más de 5.000 han fallecido (datos de Octubre).

Se cree que la transmisión del virus Ébola se debe a la migración de los murciélagos de la fruta, considerados reservorio natural del virus, cuyo hábitat se extiende principalmente por África central y occidental. El contagio inicial al ser humano se produce, bien directamente, ya que en las aldeas de la selva africana estos animales son cazados para su consumo, o bien a través de otros animales a los que hayan podido morder (primates, cerdos, etc). El contagio se produce durante la manipulación del animal (a través de la sangre, órganos, etc) ya que una vez bien cocinado el peligro desaparece. Posteriormente el contagio se produce de humano a humano.



Como en toda infección viral, el objetivo médico es la prevención y el tratamiento por vía de vacunas y antivirales, ya que los antibióticos no son eficaces.

Con respecto a vacunas, de momento no las hay, aunque se trabaja de forma intensiva en su elaboración. Los anuncios de sueros u otros métodos anunciados en la prensa no se han confirmado como eficaces en el ámbito científico. Las medicaciones antivirales también se encuentran en fase de experimentación y ensayo.

La Organización Mundial de la Salud anunció en Ginebra a finales de Octubre que, mientras se ponen en marcha pruebas clínicas para probar la seguridad y eficacia de potenciales vacunas contra el Ébola, en las próximas semanas empezará a utilizarse en Liberia plasma de pacientes ya recuperados para tratar a los enfermos.

El esfuerzo de la investigación es muy necesario porque la mortalidad provocada por el virus, que presenta al menos 3 variedades de importancia (EBOV o Variedad Zaire, Variedad Sudán y Bundibugyo), varía entre un 30 y un 90% dependiendo de los cuidados médicos de sostén, del estado previo del paciente y de la agresividad de la cepa de virus atacante.

La prevención hoy por hoy se centra en el lavado frecuente de manos, con jabón y soluciones alcohólicas o de lejía diluida, uso de máscaras, guantes, ... en todos los que hayan tenido contacto con



casos declarados de Enfermedad por el virus Ébola (EVE) o incluso con sospechosos de padecer la enfermedad. Igualmente se procederá a desinfectar las superficies, utensilios, etc, con los que el enfermo haya entrado en contacto. Estos cuidados, aparentemente sencillos, resultan imposibles considerando los limitados recursos de las naciones afectadas.

También es importante aislar a los enfermos de forma adecuada e incinerar rápidamente a los fallecidos, lo cual resulta muy complejo por el choque que puede suponer la incineración de cadáveres con las costumbres socioculturales y religiosas de las diferentes sociedades africanas. El ébola sólo se contagia cuando se está en contacto directo con los fluidos de la persona enferma o fallecida (sangre, sudor, orina, heces, semen, saliva o vómitos), no a través

del aire, ni del agua, ni de los alimentos. Además, la enfermedad sólo se transmite cuando el enfermo sufre ya los síntomas, no durante el período de incubación, aunque hay que tener en cuenta que, una vez remiten los síntomas, el virus todavía permanece en los fluidos durante un período largo de tiempo (hasta dos meses en el caso del semen).

Una vez la persona se ha contagiado, los síntomas del ébola tardan en manifestarse un plazo de entre 2 y 21 días, y pueden variar: desde fiebre elevada, debilidad, malestar general, dolores musculares, vómitos, diarrea, alteraciones de la función renal y hepática y, en algunas ocasiones, hemorragias internas y externas. Los resultados de laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas.

En el siguiente cuadro se observa el porcentaje de los casos en los que suele aparecer cada uno de los síntomas más comunes:

Fiebre elevada	90%	Debilidad	80 a 90%
Diarrea	80 a 90%	Náusea y vómitos	70 a 80%
Dolor abdominal	60 a 70%	Dolor severo de cabeza	50 a 60%
Erupción cutánea	10 a 20%	Sangrado (Encías, vómitos, con la tos...)	40 a 50%

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), antes de establecer un diagnóstico de EVE hay que descartar el paludismo, la fiebre tifoidea, la shigelosis, el cólera, la leptospirosis, la peste, las rickettsiosis, la fiebre recurrente, la meningitis, la hepatitis y otras fiebres hemorrágicas víricas.

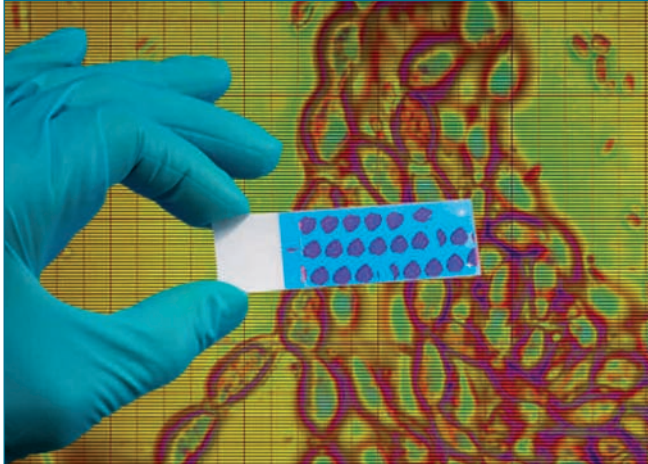
Las infecciones por el virus del Ébola sólo pueden diagnosticarse definitivamente mediante distintas pruebas de laboratorio. Las muestras de los pacientes suponen un enorme peligro biológico, y las pruebas tienen que realizarse en condiciones de máxima contención biológica.

RESUMIENDO, desde nuestro punto de vista de seleccionador de riesgos:

- Es muy difícil que nos veamos confrontados con un caso de enfermedad de Ébola en nuestro entorno asegurador, ya que el foco está concentrado en una zona muy específica del mundo. Se trata de una enfermedad viral aguda que, o bien produce la muerte, o se sobrevive sin mayores secuelas. En este segundo caso no sería motivo preocupante a la hora de suscribir una póliza de vida.
- Aunque se pudiera errar al hacer la previa consideración, y a pesar de la facilidad para viajar por vía aérea y la dificultad para bloquear las regiones contaminadas, se confía en que la epidemia se limite y que en pocos meses se encuentre una manera eficaz de combatirla.

A pesar de todo, por interés y cultura médica general, el servicio médico de una compañía debe estar al tanto del origen y

evolución de las diferentes entidades clínico-infecciosas, de su investigación y posibilidades terapéuticas, aunque la posibilidad de contacto con un caso real sea remota. También es importante su colaboración a la hora de desactivar las frecuentes reacciones de angustia colectiva exagerada que se suelen producir en relación con las enfermedades de transmisión viral.



1939 - 2014



Mil gracias



Nacional de Reaseguros S.A.



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 el Doctor Manuel Cid. Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es