



La suscripción de la epilepsia en los seguros de vida e invalidez

por el Dr. John O'Brien, Gen Re, Londres, Reino Unido

La epilepsia no es una afección infrecuente y, tradicionalmente, los pacientes con esta enfermedad son objeto de cierto estigma social. De hecho, se ha sugerido incluso que el estigma social asociado a la epilepsia puede ser peor que la propia enfermedad. Afortunadamente, como resultado de la actividad de los grupos de defensa, que incluyen el apoyo de destacadas personalidades y deportistas con epilepsia, la situación está mejorando. La mayoría de los aseguradores se encuentra con clientes con epilepsia. El hecho de que las personas con esta enfermedad presenten una mayor mortalidad que la población normal está bien documentado. Esto se debe a varios factores, pero, tal y como se ha puesto de relieve, cierta proporción del exceso de mortalidad está relacionada con las comorbilidades que a menudo acompañan a la enfermedad.

Mortalidad en la epilepsia

Algunos estudios prospectivos fundamentados prestan atención a la mortalidad en la epilepsia. Lindsten et al. reclutaron 107 sujetos con diagnóstico de epilepsia reciente y les realizaron un seguimiento durante diez años. La tasa de mortalidad estándar (SMR, por sus siglas en inglés) sufrió un aumento significativo hasta alcanzar el 2,5. El elevado riesgo de mortalidad fue especialmente evidente durante los dos años inmediatamente posteriores al diagnóstico y más pronunciado cuando los ataques se produjeron antes de los 60 años de edad.¹ También detectaron que la mayor mortalidad se producía en pacientes con epilepsia sintomática remota pero no con epilepsia idiopática.

En 2010, Sillanpää et al. siguieron a una cohorte de 245 niños con diagnóstico de epilepsia durante 40 años. Resulta sorprendente comprobar que se alcanzó un alto índice de autopsias con un diagnóstico preciso de la causa de la muerte en la mayor parte de los sujetos. En total el 24% del grupo falleció, un índice que triplica la mortalidad esperada en función de la edad y el sexo en la población general. El estudio generó datos interesantes en relación con los factores de riesgo para la mortalidad. Una causa sintomática remota de la epilepsia (p. ej. disfunción o trastorno neurológico grave) fue asociada a un mayor riesgo de fallecimiento en comparación con la epilepsia idiopática o criptogénica (37% frente al 12%). Aproximadamente la mitad de las muertes estuvieron directamente relacionadas

Contenido

Mortalidad en la epilepsia	1
Morbilidad en la epilepsia	3
Recomendaciones para la suscripción	3

con la epilepsia, incluyendo la muerte súbita inexplicada (SUDEP) registrada como la causa del 30% de las muertes. Una menor proporción de las muertes, el 15%, fue asociada a ataques, y el 10% de las muertes se debió a ahogamiento accidental.²

Resulta interesante observar que algunas de las muertes se produjeron en sujetos cuya epilepsia se encontraba en remisión (véase Tabla 1). De ellos, algunos recibían medicación y otros no. Las muertes no relacionadas con la epilepsia incluían la neumonía (en su mayor parte en aquellos con causas sintomáticas remotas), la enfermedad cardiovascular y el suicidio. La SUDEP se produjo en ambos grupos, si bien fue más común en los sujetos con causa sintomática remota de epilepsia (6 frente a 20).

Muerte súbita inesperada (SUDEP)

La muerte súbita inesperada o inexplicada en la epilepsia (SUDEP) representa del 7% al 17% de las muertes. Tal y como el nombre sugiere, la razón de estas muertes no está clara; sin

embargo, se han identificado varios aspectos asociados: la SUDEP es más frecuente entre los hombres jóvenes epilépticos de entre 20 y 40 años de edad, tiende a producirse de noche y está asociada a un mal control de las convulsiones. De hecho, algunos casos podrían ser resultado de ataques sin testigos (si bien se excluye el estado epiléptico). Se han identificado relaciones variables con medicaciones antiepilépticas, pero las pruebas indican que los pacientes que reciben varios fármacos presentan un mayor riesgo. Sin embargo, esto podría ser un indicador de gravedad más que el efecto de un fármaco. Los epilépticos bien controlados sin ataques no parecen presentar un mayor riesgo de SUDEP. Esto se ve respaldado por el hecho de que, tras una cirugía realizada con éxito en adultos con epilepsia parcial refractaria, los índices de muerte inexplicada son significativamente más bajos en aquellos que dejaron de sufrir ataques.^{4,5}

Suicidio

Quizás sorprendentemente, una causa importante de la muerte en pacientes con epilepsia es el suicidio: cerca del 11% o más de las muertes pueden atribuirse a este hecho. Esta es una prevalencia diez veces superior a la de la población general. El vínculo entre la epilepsia y el suicidio no se comprende bien. Los hallazgos en experimentos que tratan de determinar si esto guarda relación con la depresión se han mostrado contradictorios, si bien la incidencia de la depresión es ciertamente más alta en epilépticos que en no epilépticos. Hasta un tercio de los pacientes con epilepsia que tenían ideación suicida no mostraban síntomas depresivos o estos eran solamente leves. La terapia con fármacos antiepilépticos se ha considerado otra de las causas. Existen informes contradictorios, y un gran metaanálisis no ha sido capaz de mostrar una relación clara.⁶ Los factores de riesgo para el comportamiento suicida en epilépticos incluyen la comorbilidad psiquiátrica, la epilepsia del lóbulo temporal, la epilepsia en mujeres y la epilepsia de aparición temprana. Una teoría sostiene que el desorden disfórico interictal puede estar relacionado con los pensamientos suicidas. Aunque se ha sugerido que el suicidio es más frecuente en pacientes con epilepsia grave, también se ha informado de su existencia en pacientes que han alcanzado recientemente la ausencia total de convulsiones y un excelente control de la epilepsia.

Muerte accidental

La muerte accidental presenta un aumento predecible en la población epiléptica. Puede ser el resultado de lesiones en el momento del ataque o de un accidente de vehículos a motor o de otro tipo provocado por el ataque. Existe un mayor riesgo de ahogamiento, que puede producirse incluso en el baño. La neumonía por aspiración posterior a un ataque es una causa de muerte asociada con mucha frecuencia a la enfermedad

Tabla 1: Mortalidad en epilépticos (Sillanpää y Shinnar, 2010)³

Variable	Todos los sujetos (N=245)	Sujetos con epilepsia idiopática (N=122)	Sujetos con epilepsia debida a causas sintomáticas remotas (N=123)
Muertes totales	60	15	45
Edad de la muerte			
Media	23	26	21
Rango	1–50	11–50	1–49
N.º de muertes/1000 personas-año (95% CI)			
Todos	6.90 (5.3–8.9)	3.23 (1.9–5.4)	11.10 (8.3–14.9)
Hombres	7.3 (5.2–10.2)	2.69 (1.2–6.0)	11.63 (8.0–16.8)
Mujeres	6.41 (4.4–9.4)	3.74 (1.9–7.2)	10.33 (6.4–16.6)
Estado de remisión en el momento de la muerte			
No en remisión N.º/n.º total de muertes (%)	51/60 (85)	11/15 (73)	40/45 (89)
En remisión N.º/n.º total de muertes (%)	9/60 (15)	4/15 (27)	5/45 (11)

nerológica comórbida. En un estudio a gran escala realizado por Kwon, más de 10.000 individuos con epilepsia se compararon con 40.000 individuos sin ella. Una vez realizado el ajuste correspondiente a las comorbilidades médicas y psiquiátricas, no se produjo una mayor incidencia de suicidios o de accidentes de vehículos a motor, pero los pacientes epilépticos presentaban mayores posibilidades de sufrir un asalto.⁷

Morbilidad en la epilepsia

Los clientes con epilepsia también podrían solicitar otros productos de seguro distintos al de vida, incluyendo el seguro de invalidez. La suscripción de este tipo de seguros debería ser abordada con precaución. Los ataques, en especial los incontrolados y el estado epiléptico (ataques continuos), pueden tener como resultado hipoxia cerebral y por ello daños neurológicos permanentes. Los accidentes provocados por un ataque también pueden tener como resultado lesiones e incapacidades significativas.

Generalmente, los pacientes con epilepsia tienden a sufrir más problemas físicos relacionados con los ataques (p. ej. fracturas y hematomas). Es importante tener en cuenta que tanto el estigma que rodea a la epilepsia y la correspondiente discriminación social pueden producir unos mayores índices de depresión y ansiedad. El carácter impredecible de los ataques puede influir en la calidad de vida del paciente y minar su autoestima.

La profesión, naturalmente, será un importante factor a tener en cuenta. Las profesiones que implican el trabajo con maquinaria, en altura o en condiciones de riesgo resultan especialmente peligrosas para los epilépticos. Por ejemplo, los epilépticos se exponen a un mayor riesgo de incapacidad en profesiones que requieran un permiso profesional o en las que sea indispensable conducir. Un solo ataque epiléptico tendrá como resultado la

retirada de la licencia de una persona, y podrían revocarse permisos de conducción de vehículos de servicio público o vehículos pesados. Las normativas de salud laboral impiden que los epilépticos trabajen en un entorno en el que sus ataques pudieran ser potencialmente peligrosos para ellos mismos o para los demás.

Recomendaciones para la suscripción

A la hora de realizar la suscripción de un cliente con epilepsia, es necesario evaluar todos los factores que puedan contribuir a la mayor morbilidad y mortalidad en este grupo.

En primer lugar, es importante determinar si la epilepsia es idiopática o está asociada a otras afecciones neurológicas o psiquiátricas. En la mayoría de los casos se habrá empleado la neuroimagen para el diagnóstico, lo que podría ser adecuado para excluir enfermedades independientes graves tales como tumores cerebrales o enfermedades cerebrales degenerativas.

A continuación es necesario establecer el tipo de ataque, ya que el riesgo de muerte está relacionado con el tipo y la gravedad de los mismos, de modo que los simples y parciales son mucho menos peligrosos que aquellos asociados con la epilepsia mayor o grand mal (contracciones tónico-clónicas con pérdida de consciencia).

Es importante tener en cuenta el nivel de control. Los clientes con una epilepsia bien controlada que no han padecido ataques durante varios años presentan

un aumento potencial de la mortalidad mucho menor que la de los clientes con una epilepsia mal controlada y ataques permanentes.

La medicación requiere una evaluación. Cuando los requisitos del tratamiento incluyen varios fármacos, aumenta la probabilidad de un mal control y de la aparición de convulsiones.

Tras una intervención quirúrgica realizada con éxito es posible lograr la curación y presentar una mortalidad similar a la de la población no epiléptica.

Es necesario tener en cuenta el riesgo de ataques durante el desempeño de profesiones específicas, pero por lo general la profesión del cliente habrá estado determinada por la existencia de la epilepsia, a menos que se trate de una aparición realmente tardía.

Antes de pensar en el seguro de invalidez, el cliente deberá mostrar una ausencia de ataques durante al menos cinco años, presentar un TAC o RNM normales y no tener ningún otro historial que sea motivo de preocupación, incluyendo la evaluación del tipo de ataque. Si es posible, se debería considerar la exclusión del trastorno del sistema nervioso central (CNS), ya que este podría ser la consecuencia más probable de un ataque grave o incontrolado.

Aunque la epilepsia puede ser bastante común, muestra un amplio espectro de gravedades y presentaciones. Esto significa que cada cliente deberá ser evaluado de forma minuciosa e individual.

Acerca del autor

El Dr. John O'Brien es médico especialista y neumólogo. Durante los últimos cinco años trabajó como consultor de Gen Re en Ciudad del Cabo y al mismo tiempo dirigió una consulta clínica y un centro de ensayos clínicos. Recientemente se ha unido a Gen Re con dedicación exclusiva como Médico Asesor del departamento de I+D. Sigue ofreciendo asistencia sobre suscripción y siniestros en el Reino Unido y Sudáfrica. Se puede contactar con él a través del número +44 20 7426 1819 o del correo electrónico john.obrien@ggenre.com.



Notas finales

- 1 Lindsten, H. et al. (2000). Mortality risk in an adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure: a population-based study. *Epilepsia*, 41 (11), 1469-73.
- 2 Sillanpää, M. y S. Shinnar (2010). Long-Term Mortality in Childhood-Onset Epilepsy. *New England Journal of Medicine*, 363 (26), 2522-9.
- 3 *Ibíd.* nota 2.
- 4 Asadi-Pooya, A. A. y Sperling, M. R. (2009). Clinical Features of Sudden Unexpected Death in Epilepsy. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 26 (5), 297-301.
- 5 Sperling, M. R. (2001). Sudden unexplained death in epilepsy. *Epilepsy Currents*, 1 (1), 21-3.
- 6 Arana, A. et al. (2010). Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs. *New England Journal of Medicine*, 363 (6), 542-51.
- 7 Kwon, C., et al., Motor vehicle accidents, suicides, and assaults in epilepsy: A population-based study. *Neurology*, 2011. 76 (9): p. 801-6.



The people behind the promise.

genre.com | [Blog: genre.com/perspective](http://blog.genre.com/perspective) | [Twitter: @Gen_Re](https://twitter.com/Gen_Re)

General Reinsurance AG
Sucursal en España
Plaza Manuel Gómez Moreno, 2 – Planta 6
Edificio “Alfredo Mahou”
28020 Madrid
Tel. +34 91 722 4700
Fax +34 91 722 2619

General Reinsurance México S.A.
Paseo de la Reforma 350 - 6° Piso
Edificio Torre del Ángel, Col. Juárez
06600 México, D.F.
Tel. +52 55 9171 9200
Fax +52 55 9171 9260

Photos: © Thinkstock - wildpixel, Attila Barabas

Esta información ha sido compilada por Gen Re con el propósito de que sirva de información general para nuestros clientes y para nuestro personal profesional. Es necesario verificar esta información de cuando en cuando y actualizarla. No se debe considerar como una opinión legal. Consulte con sus asesores jurídicos antes de utilizar esta información.