



## ORIGINAL BREVE

## Conducción y demencia: análisis de casos en una unidad de diagnóstico de trastornos cognitivos

Lorena Bajo Peñas<sup>a,\*</sup>, Teresa Romero Mas<sup>b</sup> y Joan Espauella Panicot<sup>a</sup><sup>a</sup> Geriatria, Hospital Universitari de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España<sup>b</sup> Neuropsicología, Hospital Universitari de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 18 de mayo de 2015

Aceptado el 8 de julio de 2015

On-line el 16 de septiembre de 2015

## Palabras clave:

Conducción

Fragilidad

Demencia

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características clínicas de los pacientes con demencia que están conduciendo y analizar cómo se operativiza el cese de la conducción y las dificultades percibidas por el paciente y por la familia.

**Método:** Estudio descriptivo de pacientes evaluados durante 2 años en la consulta de Evaluación de Trastornos Cognitivos del Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic (Barcelona) que estaban conduciendo en el momento del diagnóstico. Se registraron datos generales y funcionales de los pacientes, y de forma demorada se realizó un cuestionario a los familiares.

**Resultados:** Se recogieron datos de 40 pacientes (20% de pacientes diagnosticados de demencia); edad media, 77,6 años; 87,5% varones; 90% casos de demencia tipo Alzheimer. El 60% correspondían a la fase inicial de demencia, el 12,5% a la fase inicial-moderada y el 27,5% a la fase moderada. Al año, en el 70,3% de casos se había producido el cese de la conducción. En el 42% de estos, la familia consideró el proceso como complicado. En el 58% de casos, el enfermo no aceptó la decisión.

**Conclusión:** La mayoría de conductores activos en el momento del diagnóstico de demencia son varones con demencia tipo Alzheimer en fase inicial. Al año, un tercio siguen conduciendo. El cese de la conducción puede resultar difícil para pacientes y familiares.

© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Driving and dementia: Case analysis in a cognitive disorders diagnostic unit

## ABSTRACT

**Objective:** To determine clinical characteristics of patients with dementia who are currently driving and to analyse the way driving cessation is put into operation and the difficulties identified by patient and family.

**Method:** A descriptive study of patients evaluated during 2 years in a Cognitive Disorders Assessment Clinic in the Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic (Barcelona, Spain), who were driving at the time of diagnosis. General and functional patient data were recorded and a questionnaire was later completed by their relatives.

**Results:** Data was collected on a total of 40 patients (20% of patients diagnosed with dementia), with a mean age 77.6 years, 87.5% male, and 90% cases of Alzheimer type dementia. Almost two-thirds (60%) were in early stages of dementia, 12.5% moderate initial-stage, and 27.5% moderate stage. After one year, 70.3% of cases had stopped driving. In 42% of these, the family considered that the process was complicated. In 58% of cases, the patient did not accept the decision.

**Conclusion:** Most active drivers at the time of diagnosis of dementia are men with Alzheimer disease at an early stage. After one year, one third of them were still driving. The driving cessation can be difficult for patients and families.

© 2015 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Keywords:

Driving

Frailty

Dementia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lbajo@hsc.chv.cat (L. Bajo Peñas).

## Introducción

El aumento de la expectativa de vida conlleva un mayor número de conductores de edad avanzada, así como una mayor prevalencia de demencia (y como paradigma de ella, la enfermedad de Alzheimer), diagnóstico que cada vez se hace en fases más iniciales. La combinación de estos 2 elementos hace que en la práctica habitual de la consulta resulte creciente el número de pacientes que son conductores de automóvil en el momento del diagnóstico.

La conducción es una actividad de riesgo personal y colectiva, y se sabe que las personas con demencia tienen más riesgo de incurrir en infracciones de tráfico y de sufrir accidentes<sup>1-7</sup>. Por otro lado, es conocido que el cese de la conducción puede suponer una disminución a la autonomía y autoestima del paciente, pudiendo acarrear depresión, aislamiento social y cese de actividades lúdicas, sobre todo en ámbitos rurales<sup>6-10</sup>.

Sabemos que las habilidades para conducir se deterioran paralelamente a la progresión de la severidad de la demencia<sup>4,5</sup>, existiendo consenso claro que las personas con demencia en fase moderada y severa no deben conducir<sup>9</sup>. En cambio, en el caso de personas con demencia en fase inicial hay controversia, pues se postula que algunos pueden seguir conduciendo de forma segura. Este hecho ya fue advertido por el *Consensus Conference on Dementia and Driving* (1994), y se reitera en otros trabajos<sup>5,7,8</sup>. Así, la revisión de *Neurology* de 2010<sup>5</sup> recoge estudios que informan que hasta un 76% de pacientes con demencia leve son todavía capaces de aprobar un examen de conducción y pueden conducir de manera segura. Asimismo, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral de las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de 2011<sup>11</sup> se expone que el diagnóstico de demencia no obliga a dejar de conducir, debiendo estar la decisión condicionada a la severidad de demencia o demostración de la incompetencia para la conducción.

En España, la normativa prohíbe la conducción en personas con demencia, según el real Decreto 772/1977, donde se recoge que para obtener o prorrogar la licencia de conducción «no deben existir supuestos de delirium o demencia [...] y [...] trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos que supongan riesgos para la conducción», y que en caso de que esto suceda se requeriría «...excepcionalmente y con dictamen favorable de un neurólogo o psiquiatra, no impidan la obtención o prórroga, el período de vigencia del permiso o licencia será como máximo de un año»<sup>12</sup>.

En la práctica diaria, ejecutar el cese de la conducción no suele ser una tarea fácil, y a menudo se debe recurrir a estrategias que permitan el objetivo de la no conducción con el menor impacto negativo posible para el paciente. Un trabajo reciente<sup>8</sup> expone el vacío que existe en el modo de gestionar el cese de la conducción en pacientes con demencia.

El objetivo del presente estudio es recoger las características clínicas de los pacientes con demencia que están conduciendo en el momento del diagnóstico, a los que recomendamos el cese de la conducción, y valorar de forma longitudinal al cabo de un año si esta había tenido lugar, así como aproximarnos a cómo había sido el proceso y las dificultades percibidas por parte del paciente y la familia.

## Material y método

Estudio descriptivo de pacientes tratados en la consulta externa de Evaluación de Trastornos Cognitivos del Hospital Universitario de la Santa Creu de Vic y que en el momento del diagnóstico de la enfermedad estaban conduciendo. El período de recogida de pacientes fue entre septiembre de 2010 y septiembre de 2012. De forma retrospectiva, se recogió la siguiente información: edad, sexo, tipo y estadio de demencia, índice de Barthel e índice de

**Tabla 1**

Tabla resumen de datos

### Características de los pacientes

n = 40

Edad media 77,6 años (64-86)

Hombres: 87,5%

Índice de Barthel medio: 99,7%

Índice de Lawton: 2

Demencia tipo Alzheimer: 90%

Demencia en fase inicial: 60%

Demencia en fase inicial-moderada: 12,5%

Demencia en fase moderada: 27,5%

### Seguimiento al año

n = 37

El 70,3% NO conducían

En el 42% de los casos fue complicado para la familia

En el 58% de los casos no fue aceptado por el paciente

El 29,7% SEGUÍAN conduciendo

Lawton. Posteriormente se realizó un cuestionario muy simple a los familiares (en visitas sucesivas o a través de llamada telefónica en caso que no estuviese prevista visita de seguimiento en el período en el que se hizo la recogida de datos), donde se preguntaba si el paciente seguía conduciendo. En caso de respuesta afirmativa (seguía conduciendo), se preguntaba «¿por qué?». En caso de respuesta negativa (ya no conducía), se realizaban 3 nuevas preguntas: «¿cómo gestionaron la no conducción?»; para la familia, «¿había resultado fácil o complicado?», y el paciente «¿había aceptado o no?».

## Resultados

De 200 pacientes diagnosticados de demencia en la consulta externa de nuestro centro, se recogieron y siguieron 40 casos (20%) que conducían en el momento del diagnóstico. La evaluación longitudinal, para valorar si el paciente seguía o no conduciendo, se realizó sobre 37 casos (un paciente falleció a los pocos días de la visita y en los otros 2 pacientes no pudimos contactar con la familia y no acudieron a visitas de seguimiento).

Los pacientes que en el momento del diagnóstico estaban conduciendo tenían una edad media de 77,6 años, 35 eran hombres (87,5%) y la mayoría fueron diagnosticados de demencia tipo Alzheimer (90%). Un caso correspondía a demencia frontal y 3 casos se orientaron como etiología mixta. En el 60% la demencia se encontraba en fase inicial, en el 12,5% en fase inicial-moderada y en el 27,5% restante en fase moderada. Todos los pacientes eran autónomos para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (índice de Barthel medio, 99,7%) y mantenían un promedio de índice de Lawton de 2.

Los siguientes datos correspondientes a la evolución longitudinal se refieren a 37 casos. Al finalizar la recogida de datos longitudinales sobre el estado de la conducción, 11 pacientes (29,7%) seguían conduciendo y 26 (70,3%) habían cesado la conducción (tabla 1).

De los 11 pacientes que no cesaron la conducción, 10 de ellos habían estado catalogados de fase inicial en el momento del diagnóstico. En 7 de estos casos la familia explicó que no había detectado errores importantes, por lo que creían que su familiar podía seguir conduciendo. Hubo 3 casos en que los pacientes fueron sometidos a nuevo examen de aptitud de conducir durante el período de seguimiento. En 2 de estos casos fue renovado sin problemas (uno aportando el informe médico de nuestro centro), y en el tercer caso se hizo la renovación con limitación de kilometraje. Hubo un caso en el que el contacto telefónico fue con el paciente, que confirmó que seguía conduciendo, pero no pudimos completar la información con la familia.

En 26 casos (70,3%) se había producido el cese de la conducción. Un caso fue por decisión propia del paciente al detectar

dificultades, y otro por directriz del médico de atención primaria; en ambos casos esto sucedió antes de hacer las recomendaciones oportunas por parte de nuestro equipo. En 7 casos, el cese de la conducción vino determinado por no superar el examen para la renovación del carnet de conducir (en 6 casos la familia aportó informe médico con el diagnóstico de demencia). En los casos restantes, la gestión de la no conducción se realizó con estrategias individualizadas (acorde a las características del paciente y de la familia) que incluyeron: imposición de la prohibición, limitación progresiva, convencer al paciente de la necesidad de vender el vehículo, pactar donar el vehículo a un familiar o acordar que la esposa sería la responsable de la conducción.

En 11 de los casos (42%) la familia consideró que la gestión de cese de la conducción fue complicada. Cabe destacar un caso considerado muy difícil por la familia y por el equipo asistencial, y que requirió diversas visitas de seguimiento centradas exclusivamente en este tema. En 15 de los casos (58%) se consideró que la gestión del cese de la conducción fue fácil.

Resultados parecidos aparecen al valorar la familia la percepción del enfermo ante el cese de la conducción. En 15 casos (58%) consideraron que el enfermo no aceptó el cese de la conducción, mientras que esta fue aceptada en 11 de los casos (42%).

## Discusión

Los resultados del estudio muestran que una quinta parte de pacientes son conductores activos en el momento del diagnóstico de demencia. La mayor parte de ellos son varones con demencia tipo Alzheimer en fase inicial. Se observa que en la mayoría de casos se consigue el cese de la conducción aproximadamente al año en base a las recomendaciones dadas a la familia, considerándose en casi la mitad de los casos que dicha gestión fue complicada, y que un poco más de la mitad de los pacientes no aceptó inicialmente el cese.

Destaca también que el 29,7% de los casos en los que se recomendó la no conducción, después de un año seguían conduciendo, mayoritariamente porque la familia no había detectado problemas en la conducción. En ninguno de los casos tuvimos información sobre la presencia de problemas tales como infracciones o accidentes, lo cual puede avalar la decisión de la familia. Prácticamente todos los pacientes presentaban una fase inicial de demencia, que podría corresponderse al grupo de pacientes que, como se recoge en la literatura<sup>4,5</sup>, pueden mantener habilidades para una conducción segura. Se estima que la mitad de los pacientes dejan de conducir a los 3 años del diagnóstico<sup>9</sup>.

A nivel práctico, el punto más difícil para los clínicos es el de inferir, con la evaluación clínica, si un paciente con demencia en fase inicial puede seguir conduciendo de forma segura<sup>5,8</sup>, no habiendo evidencia suficiente que soporte la utilización de una única herramienta de cribado para predecir la capacidad de conducción<sup>13</sup>. Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral de las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias<sup>11</sup>, debería plantearse la limitación de la conducción cuando se detecten alteraciones en atención, orientación, funciones ejecutivas o praxis visuoespaciales. Los tests neuropsicológicos que se correlacionan más con las competencias cognitivas necesarias para la conducción, según Bádenes et al.<sup>2</sup>, son cubos de Kohs, *Trail-Making Test A*, test de aprendizaje de palabras, memoria lógica y memoria demorada, pero sin que exista consenso sobre cuáles de ellos son mejores<sup>8</sup>. Asimismo, la anamnesis reglada sobre aspectos relacionados con la conducción, como lentitud en tiempo de reacción, antecedentes de accidentes, rasguños o conducción impulsiva, entre otros, pueden ser de ayuda para la toma de decisiones<sup>5,6</sup>.

Carter et al.<sup>8</sup>, en su reciente trabajo, exponen la necesidad de protocolos (y ellos hacen una propuesta explícita en base a la

legalidad del Reino Unido) y muestran como el trabajo cooperativo entre clínicos y un equipo de evaluación de la conducción es la mejor fórmula de abordar estas cuestiones difíciles.

Ante la falta de estandarización y de protocolos específicos en nuestro entorno que nos ayuden a la toma de decisiones sobre el cese de la conducción en pacientes con demencia en fase inicial, la decisión continúa siendo individualizada para cada paciente. En este sentido, y en el marco de la atención centrada en la persona, la demencia (en este caso en fase inicial) es un ejemplo de toma de decisiones complejas y necesidad de personalización en la elaboración de un plan terapéutico y toma de decisiones. El grupo de trabajo de Hartford<sup>14</sup>, en una guía de ayuda para los enfermos con demencia que están conduciendo y sus familiares, exponen la necesidad que este pueda ser un proceso pactado, planificado y progresivo que permita minimizar el impacto negativo sobre el paciente y su familia, buscando el equilibrio entre conservar la independencia y garantizar la seguridad. Para ello, plantea opciones como reducir la necesidad de conducir, construir una red de apoyo social, buscar oportunidades para limitar el uso del automóvil... implicando a la familia en todo el proceso. La literatura<sup>6,9</sup> también recoge estrategias como «retirar/perder las llaves», «llevar el coche al taller/inutilizar el coche», que parecen ser menos recomendables<sup>14</sup> pero que quizá puedan ser útiles cuando existe falta de *insight* del paciente y/o cuando este no es conocedor del diagnóstico y, por lo tanto, no puede participar de forma autónoma en la toma de decisiones.

En la práctica diaria, desde nuestra unidad de diagnóstico, cuando se debe producir el cese de la conducción (ya sea de forma inminente o si consideramos que podrá realizarse de forma demorada) intentamos dar argumentos e indicaciones que resulten facilitadores a tal fin. Para ello es importante atender la situación individual de cada caso, es decir, debemos considerar la predisposición del enfermo y de la familia, la presencia de otras comorbilidades, la toma de fármacos, la presencia de déficits sensoriales y la fecha prevista de caducidad del permiso de conducción. En ocasiones hemos recomendado realizar de nuevo el examen de aptitud para la conducción, aportando el informe médico de nuestro centro con la conclusión diagnóstica.

Así pues, desde el punto de vista clínico, los equipos de valoración de trastornos cognitivos tenemos un papel importante en ayudar al paciente con demencia y su familia para decidir cómo y cuándo debe producirse el cese de la conducción, por dejar de ser esta segura. Será necesario que las unidades de demencia trabajemos de forma coordinada con la Dirección General de Tráfico y centros de reconocimiento para poder, desde el punto de vista normativo, dar respuesta a esta situación creciente tanto en número como en posibilidad de repercusiones negativas a nivel individual del enfermo/familia y colectivo, a nivel de la sociedad.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a Jacint Altirós Roset, de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Universitario de Vic, por su predisposición y colaboración.

## Bibliografía

- Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, López-Pousa S. Conducción de vehículos a motor y deterioro cognitivo en mayores de 74 años. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:657-60.

2. Bádenes D, Casas L, Cejudo JC, Aguilar M. Valoración de la capacidad de conducción de vehículos en pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia. *Neurología*. 2008;23:575–82.
3. Liddle J, Bennett S, Allen S, Lie DC, Standen B, Pachana NA. The stages of driving cessation for people with dementia: Needs and challenges. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:2033–46.
4. Sampredo A, Gonzalo R, García R, Vincent C, Frank A. Estudio descriptivo de las alteraciones en la conducción de vehículos en pacientes con deterioro cognitivo. *Alzheimer Real Invest Demenc*. 2011;47:24–32.
5. Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, Classen S, Dubinsky RM, Rizzo M. Practice parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010;74:1316–24.
6. Carr DB, Duchek JM, Meuser TM, Morris JC. Older adults drivers with cognitive impairment. *Am Fam Physician*. 2006;73:1029–34.
7. Ott BR, Daiello LA. How does dementia affect driving in older patients? *Aging Health*. 2010;6:77–85.
8. Carter K, Monaghan S, O'Brien J, Teodorczuck A, Mosiman U, Taylor JP. Driving and dementia: A clinical decision pathway. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30:210–6.
9. Porta G, Catena J. Aspectos ético-legales. En: Fort I, editor. *Atención a la demencia. Visión integradora de la geriatría*. Colección geriatría XXI. Barcelona: Nexus Medica; 2007. p. 161–78.
10. Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Evaluación de la conducción para el mantenimiento de la movilidad y la seguridad en conductores con demencia. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2015 Número ISSN 1745-9990.
11. Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
12. Real decreto 772/1997, de 30 de mayo de 1997. BOE n.º 135, junio de 1997, p. 17348-93.
13. Wernham M, Jarret PG, Stewart C, MacDonald E, MacNeil D, Hobbs C. Comparison of the SIMARD MD to clinical impression in assessing fitness to drive in patients with cognitive impairment. *Can Geriatr J*. 2014;17:63–9.
14. At the Crossroads. Family Conversations about Alzheimer's Disease, Dementia & Driving. The Hartford Corporate Gerontology Group; 2013 [consultado 15 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.thehartford.com/sites/thehartford/files/at-the-crossroads-2012.pdf>.