



EDITORIAL

Cognición y conducción: una realidad que afecta a todos

Cognition and driving: A reality that affects to everybody

Javier Gómez Pavón

Servicio de Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Madrid, España



Conducir no es un derecho sino un privilegio otorgado por el estado tras cumplir los requisitos marcados por ley que avalan una conducción segura tanto para el propio conductor como para el resto de los ciudadanos que en cualquier instante de su vida pueden verse afectados. Dos realidades acompañan al cambio demográfico y económico del último siglo. Por un lado, conducir constituye una parte más de la integridad del ser humano confiriéndole autonomía y movilidad junto a otros importantes beneficios psicosociales. Por otra parte, el número de conductores mayores de 65 años ha aumentado (actualmente cerca del 40% de dicha edad¹, y aumentará en los próximos años, sobre todo los mayores de 80 años, los de mayor crecimiento demográfico²).

Dejar de conducir va unido a depresión, soledad, aislamiento social, con reducción drástica de actividades y relaciones sociales³ y necesidad de adaptarse a una movilidad reducida condicionada al pobre y en ocasiones inexistente transporte público.

Conducir hoy en día es la última actividad instrumental de la vida diaria. Dicha actividad requiere la combinación de tareas automatizadas, como cambiar de marcha, acelerar, frenar o mantener la atención durante largos periodos de tiempo con la búsqueda visual y de valoración del tráfico circundante, para así actuar de la forma más adecuada y segura⁴. Un conductor de cualquier edad que renueve su carné de conducir ha de ser capaz de⁵: mantener la atención, valorar distancias, atender estímulos simultáneos, interpretar las señales de tráfico y reaccionar con rapidez. Áreas cognitivas esenciales para la conducción serían pues la ejecutiva, el lenguaje y la visuoespacial, además de la memoria de trabajo y episódica.

Los mayores presentan mayores infracciones en la conducción como mayor frecuencia de atravesar semáforos en rojo y stop, ceder peor el paso especialmente en rotondas. . . , con mayor número de multas y de colisiones. El dato más alarmante es que los accidentes de tráfico han disminuido excepto en todos los tramos de edad de los mayores de 65 años (65-74, 75-84, \geq 85 años)¹.

Estos datos ponen en el punto de mira al deterioro cognitivo leve y la demencia como patologías degenerativas más prevalentes con

la edad y potenciales causantes de parte de estos riesgos de la conducción asociados a la edad. Los estudios son concluyentes^{6,7}: la demencia aumenta el riesgo de accidente de un 2 a un 4,5%, mayor cuanto mayor es el grado de deterioro, con más riesgo de perderse, menor uso del cinturón de seguridad, menor velocidad en la conducción y aumento de colisiones, incluidas las graves⁸. Por su parte, el deterioro cognitivo leve presenta resultados menos concluyentes, debido a la mayor dificultad de inclusión en los estudios, pero también se asocia a un aumento del riesgo cercano a 2 sobre todo en deterioros multidominio⁹.

En el año 2010 la Academia Americana de Neurología⁷ fue bien explícita recomendando que los pacientes con demencia en el «Clinical Dementia Rating scale» 1 no deberían conducir (nivel evidencia A), considerando como elementos que apoyan dicha recomendación: una historia documentada por el cuidador de una capacidad de conducción del paciente insegura o limitada (nivel B); aumento de colisiones o multas de tráfico (nivel C); reducción del kilometraje de conducción o evitar la actividad de manera autorreferida por el paciente (nivel C); características de personalidad agresiva o impulsiva (nivel C); no siendo útiles la autorreferencia del paciente de conducción segura (nivel A) ni la falta de situaciones de rechazo (nivel C).

La legislación española es clara y así lo deja reflejado en el nuevo reglamento del 2010 en su artículo 15¹⁰: «No deben existir supuestos de delirium o demencia. Tampoco se admiten casos de trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos que supongan un riesgo para la conducción», y admiten «adaptaciones, restricciones y otras limitaciones. . .», que permiten que las renovaciones sean: apto ordinario; no apto; o apto extraordinario (aceptado el riesgo pero manteniendo un nivel de seguridad adecuado, con renovaciones anuales o cada 6 meses y/o restricciones de uso como por ejemplo solo conducir distancias de 20 km, no conducir de noche, etc.).

Ahora bien Tráfico no establece cómo deben de ser dichas evaluaciones por parte de los centros de reconocimientos de conductores, quienes por ley, son los autorizados para emitir el certificado médico del que depende si la persona puede o no conducir. Aunque no está consensuado ningún test o batería neuropsicológica^{5,6,11}, algunos resultados abogan por la utilización de baterías computarizadas como el «ASDE driver test N-845» completo o similares¹². Dicha prueba realizada por parte de los centros

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.003>

Correo electrónico: javiergomezpav@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.009>

0211-139X/© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

de reconocimiento detectaría más del 90% de pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve no aptos para la conducción. Cuando el resultado ofreciera dudas, sería necesaria una evaluación directa de la conducción con una parte médica (la habitual más función cognitiva) más una parte práctica en la calle^{5,12}.

Sin embargo, la mayoría de los centros de reconocimiento españoles no utilizan ningún test de detección de deterioro cognitivo, y aunque usan la batería «ASDE driver-test», no la realizan en su totalidad. Esto explicaría las cifras actuales que reflejan que hasta un 20% de pacientes con demencia renuevan anualmente su carné de conducir y que más del 40% de los pacientes con demencia siguen conduciendo^{6,13}. Muchos de estos pacientes no transmiten su patología a los centros de reconocimiento, por no considerarla relevante o por «olvido» propio de su enfermedad. Pero en otras ocasiones porque ellos y/o sus propias familias no están de acuerdo en dejar de conducir, no siendo conscientes que dicho incumplimiento de ley podría acarrearles la pérdida de cobertura del seguro y una responsabilidad administrativo-penal¹⁴.

En la consulta clínica diaria pueden no ser infrecuentes los pacientes con demencia leve e incluso moderada, conduciendo incluso largas distancias al pueblo o de vacaciones, con nietos al colegio, etc., a los que la sola recomendación facultativa de no conducir provoca un claro e irritante conflicto entre el paciente, la familia y el médico con graves efectos en la relación médico-paciente.

En la mayoría de los casos el paciente-familia cree que prevalece su «derecho a conducir» no aceptando las recomendaciones médicas en base a las catastróficas consecuencias psicosociales y empeoramiento de su situación psicoafectiva. Para aliviar dicho rechazo el consejo de no conducción debería de ser un proceso con seguimiento y ayuda para minimizar este daño^{5,6} que resaltaría los beneficios tanto para el propio paciente como para su entorno sociofamiliar (dejar una conducción peligrosa). El estudio realizado por la Dra. Lorena Bajo et al.¹⁵, nos muestra esta realidad, exponiendo datos por primera vez desde el ámbito geriátrico del problema detectado y del manejo llevado a cabo.

Pero, aparte de las disposiciones administrativas y legales, hay estudios que muestran que pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia leve podrían conducir de forma segura⁶. El deterioro cognitivo y la conducción no es un todo o nada, es un *continuum*, por lo que es necesario evaluar muy bien dichas capacidades para no dañar el principio de autonomía del paciente. De la misma manera que es razonable aconsejar a un paciente diagnosticado de demencia dejar de conducir, podría ser un error extender esta recomendación a todas las personas con deterioro cognitivo leve.

Los clínicos y especialmente los geriatras por el grupo de pacientes involucrados, tenemos la obligación de exigir y ayudar a la autoridad competente, a que organicen la cognición-conducción de forma urgente y coordinada entre los clínicos, los centros de reconocimiento y la Dirección General de Tráfico, con puntos de partida tales como^{5,6,15}:

- Normativa común en la Comunidad Europea (un carné de conducir apto lo es en sus países miembros).
- El médico, tanto en atención especializada como primaria, ante un deterioro cognitivo leve o demencia, debería advertir al paciente y familia de la conveniencia de reevaluar su capacidad de conducción o de dejar de conducir (si es claro el déficit). Y debe reflejarlo en la historia y los informes clínicos (si conduce o no conduce, y su recomendación).

- El médico si lo considera pertinente (situaciones de rechazo claro, . . .) informaría a dichas autoridades, a través de una vía bien establecida, para que estas evalúen apropiadamente su apto, no apto, o apto con restricciones.
- Adecuación por ley de todos los centros de reconocimiento para detectar alteraciones cognitivas que impidan la conducción segura, y cuando esto ocurra si no está diagnosticado, notificarlo a su médico de atención primaria.
- Unido a lo anterior, establecer programas de ayuda y adaptación a la no conducción, con mejora clara y facilidades de acceso a los transportes públicos.

Tal y como expone el primer original presentado a este respecto en la REGG¹⁵, la acción de ayuda y adaptación a no conducir es tan importante como la de prohibición. Sin este soporte de adaptación, que sirve además como feedback de cumplimiento de la ley, los resultados serían los mismos que cualquier acción curativa inacabada, castradora sin más, ante personas enfermas y familiares a los que debemos aliviar el sufrimiento de una enfermedad como la demencia con el añadido de no poder conducir en la sociedad del siglo XXI.

Bibliografía

1. Las principales cifras de siniestralidad vial España 2013. Edita Ministerio del Interior, Dirección General de Tráfico. [consultado 6 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/>.
2. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, 2015. Informes Envejecimiento en red n.º 10. [consultado 6 Jun 2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>.
3. Marottoli RA, de Leon CFM, Glass TA, Williams CS, Cooney LM, Berkman LF, et al. Driving cessation and increased depressive symptoms: prospective evidence from the New Haven EPESE. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. J Am Geriatr Soc. 1997;45:202-6.
4. O'Neill D. Deciding on driving cessation and transport planning in older drivers with dementia. Eur Geriatr Med. 2010;1:20-5.
5. Wheatley CJ, Carr DB, Marottoli RA. Consensus statements on driving for persons with dementia. Occup Ther Health Care. 2014;28:132-9.
6. Carter K, Monaghan S, O'Brien J, Teodorczuk A, Mosimann U, Taylor JP. Driving and dementia: a clinical decision pathway. Int J Geriatr Psychiatry. 2015;30:210-6.
7. 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.
8. Barco PP, Baum CM, Ott BR, Ice S, Johnson A, Wallendorf M, et al. Driving errors in persons with dementia. J Am Geriatr Soc. 2015;63:1373-80.
9. Olsen K, Taylor JP, Thomas A. Mild cognitive impairment: Safe to drive? Maturitas. 2014;78:82-5.
10. Reglamento de tráfico. Dirección General de Tráfico. [consultado 6 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/normativa-y-legislacion/>.
11. Martin AJ1, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013;29:CD006222.
12. Badenes Guia D, Casas Hernanz L, Aguilar Barberà M, Cejudo Bolívar JC. Discriminación de la valoración de la capacidad de conducción de vehículos en personas con diagnóstico de deterioro cognitivo ligero y demencia en los exámenes de conducción normalizados. MAPFRE MEDICINA. 2007;18:98-107.
13. Cable G, Reisner M, Gerges S, Thirumavalavan V. Knowledge, attitudes, and practices of geriatricians regarding patients with dementia who are potentially dangerous automobile drivers: a national survey. J Am Geriatr Soc. 2000;48:14-7.
14. Carmody J, Carey M, Potter J, Marchetti E, Traynor V, Iverson D. Driving with dementia: Equity, obligation, and insurance. Australas Med J. 2014;7:384-7.
15. Bajo Peñas L, Romero Mas T, Espauella Panicot J. Conducción y demencia: análisis de casos en una unidad de diagnóstico de trastornos cognitivos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:150-3.