



CARTAS AL EDITOR

Demencia y conducción

Dementia and driving

Sr. Editor:

Hemos leído con especial interés el artículo original de la Dra. Lorena Bajo Penas et al.¹, así como el editorial del número 51 de REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA del Dr. Javier Gómez Pavón² en relación con el tema de demencia y conducción.

En las últimas décadas se han producido enormes cambios demográficos siendo el más relevante el envejecimiento de la población debido a avances sustanciales en el sistema sanitario y social. Esto trasladado al terreno de la seguridad vial supone un mayor número de conductores de edad avanzada que pueden ser evaluados en las consultas de geriatría³.

Diversos estudios^{4,5} relacionan a este grupo de pacientes con un mayor número de accidentes y ponen de manifiesto que no es un problema etario sino que va ligado a una merma de las capacidades necesarias para conducir de una forma segura, hecho que puede evaluarse de forma adecuada a través de la batería informatizada «ASDE driver-test» utilizada en los centros de reconocimiento médicos, aunque no realizada en su totalidad habitualmente.

La normativa española⁶ prohíbe la conducción a personas con *delirium* o demencia de forma explícita en el reglamento de 2010 en su artículo 15. En la práctica diaria no suele ser tarea fácil llevar a cabo el cese de la conducción teniendo que recurrir con frecuencia a estrategias que permitan la no conducción con el menor impacto negativo posible para el paciente. El estudio del Dr. T.M. Meuser et al.⁷ pone de manifiesto la necesidad de mayor coordinación entre los especialistas que valoran el deterioro cognitivo y los centros de reconocimiento médico por las discrepancias objetivadas entre uno y otro grupo.

En nuestro servicio hemos realizado un estudio descriptivo entre enero y junio de 2016 para evaluar la prevalencia de pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo moderado o moderado-severo que rechazaron la recomendación de dejar de conducir emitida en la consulta. Se analizó edad media, sexo, índice de Barthel, valoración neuropsicológica y mortalidad. Conscientes del vacío existente en la manera de gestionar el cese de la conducción de pacientes con demencia reflejado en el reciente estudio del Dr. K. Carter et al.⁸, previamente al estudio contactamos con la Jefatura de la Dirección General de Tráfico de Tarragona y acordamos enviar el DNI de los pacientes con demencia moderada o moderada-severa que no siguieran las recomendaciones dadas en la consulta. También acordamos facilitar número de teléfono a través del cual contactar con el médico que enviaba dicha información. Si el facultativo del Centro de Reconocimiento Médico de la Dirección General de Tráfico solicitaba información adicional, decidimos enviarle un informe encriptado, proporcionándole las claves en un



mensaje diferente para cumplir la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999.

Se recogieron datos de 609 visitas por demencia valoradas en consultas de geriatría en el periodo descrito. De ellas, solo el 0,98% supuso llamada de atención al Centro de Reconocimiento Médico de Tráfico para re-evaluar el caso de forma individualizada. La edad media fue de 82 años con predominio masculino (100%). La capacidad funcional evaluada mediante el índice de Barthel fue de dependencia leve > 65 en el 83,4% de los casos. La valoración neuropsicológica mostraba alteración predominante en áreas ejecutivas, visuo-espaciales, de memoria episódica y de trabajo. Mortalidad del 16,6% al finalizar el estudio. Desde el centro de reconocimiento médico hemos recibido una llamada telefónica y no se ha solicitado ningún informe adicional hasta el momento. Todavía no disponemos de más información sobre los pacientes evaluados porque las visitas de seguimiento suelen ser anuales.

Los datos representativos de nuestro medio difieren un poco de otros estudios⁹, con una prevalencia baja, aunque la metodología y los parámetros analizados han sido diferentes.

Estamos de acuerdo con otros autores¹⁰ en la necesidad de que los geriatras asumamos el papel de responsables que nos corresponde frente al problema expuesto, coordinándonos con la autoridad competente de forma conjunta para evaluar adecuadamente a pacientes con deterioro cognitivo, de forma individualizada, con la utilización de la batería «ASDE driver-test» en su totalidad por parte de los centros de reconocimiento médicos.

También creemos necesario establecer programas de ayuda y adaptación a la no conducción por su clara relación con aumento del aislamiento social, la soledad y la depresión².

Agradecimientos

A la Dra. Montse Escoda, al Sr. Tomás Aznar por la colaboración en la elaboración de la base de datos y a la Dra. Mercè Clois por la revisión del texto.

Bibliografía

1. Bajo Penas 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.
2. Gómez Pavón J. Cognición y conducción: una realidad que afecta a todos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:130–1.
3. Foster L, Walker A. Active and successful aging: A European policy perspective. *Gerontologist*. 2015;55:83–90.
4. Woolnough A, Salim D, Marshall SC, Weegar K, Porter MM, Rapoport MJ, et al. Determining the validity of the AMA guide: A historical cohort analysis of the assessment of driving related skills and crash rate among older drivers. *Accid Anal Prev*. 2013;61:311–6.
5. Ikpeze TC, Elfar JC. The geriatric driver: Factors that influence when to stop driving. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2016;7:106–9.
6. DG de TD en: Reglamento de tráfico. [consultado 20 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/normativa-y-legislacion/>

7. Meuser TM, Berg-Weger M, Carr DB, Shi S, Stewart D. Clinician effectiveness in assessing fitness to drive of medically at-risk older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:849–54.
8. Carter K, Monaghan S, O'Brien J, Teodorczuk A, Mosimann U, Taylor J-P. Driving and dementia: A clinical decision pathway. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30:210–6.
9. Andrew C, Traynor V, Iverson D. An integrative review: Understanding driving retirement decisions for individuals living with a dementia. *J Adv Nurs*. 2015;71:2728–40.
10. 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.

Alodia de Val *, Gloria Rovira, Rosa Cívico y Miquel Domènech

Servicio de Geriátría, Pius Hospital de Valls, Valls, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adeval@piushospital.cat (A. de Val).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.10.006>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Frecuencia de sarcopenia y características de los pacientes estudiados mediante criterios EWGSOP uniformes en estudios españoles



Frequency of sarcopenia and characteristics of the patients studied using uniform EWGSOP criteria in Spanish studies

Sr. Editor:

La definición clínica de sarcopenia se basa actualmente en los criterios del European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) que requieren la detección de baja masa muscular y debilidad muscular y/o marcha lenta¹. Esta definición operativa ha permitido unificar los criterios y posibilita las comparaciones entre diferentes estudios. Las variaciones de prevalencia encontrada en las series son amplias, probablemente a causa de diferencias en los puntos de corte empleados y a las características heterogéneas de las muestras, como zona geográfica, entorno rural o urbano de

aplicación, nivel asistencial (residencia, unidad de agudos, consultas específicas) de procedencia, edad media de los sujetos estudiados y distribución de sexos².

Existen en nuestro país varios estudios que evalúan la frecuencia de sarcopenia en ancianos mediante los criterios EWGSOP y que utilizan los mismos puntos de corte para masa muscular y fuerza. Hace pocos años fueron publicados en España unos valores de referencia de masa muscular medida mediante bioimpedancia eléctrica (BIA)³ y más recientemente, han sido publicados estudios de prevalencia en residencias y consultas de geriatría^{4,5} que utilizan dichos criterios y que emplean los puntos de corte de Lauretani et al. para la clasificación de la fuerza muscular⁶.

En relación con estos estudios, quisiéramos aportar los datos obtenidos por nuestro grupo que ha analizado con los mismos puntos de corte y la misma metodología (salvo la medición de la velocidad de la marcha, impracticable antes de la intervención quirúrgica en la fractura de cadera [FC]) la frecuencia de sarcopenia en una muestra de pacientes agudos con FC, ya que creemos que puede

Tabla 1

Comparación de la frecuencia de sarcopenia y las características de los pacientes sarcopénicos en varias series españolas

Procedencia de los sujetos	Estudio ELLI ⁵ Residencia	Cohorte FONDA Residencia	Masanés et al. ³ Comunidad	Estudio ELLI ⁴ Consultas	Cohorte FONDA Comunidad
N.º	276	116	200	298	393
Edad media	86,2 (± 5,8)	88 (± 6,1)	75 (± 4,8)	82,7 (± 5,6)	84,9 (± 6,9)
Sexo (mujer), %	69	79	45	63	79
Índice de Barthel basal	85 (70-95)	60 (40-85)	99 (± 2) varones 99 (± 3) mujeres	95 (85-100)	90 (75-100)
Errores test de Pfeiffer	1 (0-3)	7 (3-9)	—	1 (0-3)	2 (0-6)
IMC (kg/m ²)	27 (24-30)	24 (21-27)	—	27 (24-30)	25 (23-28)
IMM (kg/m ²)					
Varones	9,2 (8,6-10,3)	10,1 (± 2,5)	9,8 (± 1,3)	—	10,5 (± 2,3)
Mujeres	6,7 (6,1-7,6)	8,06 (± 2,2)	7,08 (± 0,8)	—	8,3 (± 2,0)
Masa muscular baja, %	37	25	23	20	17
Varones (< 8,31 kg/m ²), %	—	23,8	10	—	9,2
Mujeres (< 6,68 kg/m ²), %	—	25,3	33	—	17,9
Fuerza muscular (kg)					
Varones	—	14,6 (5,6) ^b	17,7 (± 2,3) ^a	—	21,3 (8,8) ^b
Mujeres	—	9,6 (± 4,6) ^b	11,9 (± 2,9) ^a	—	11,97 (± 5,0) ^b
Debilidad muscular (varones < 30 kg; mujeres < 20 kg), %	95	100	100	81	89
Marcha lenta, %	85,6	—	—	68,8	—
Sarcopenia (EWGSOP), %	36,6 ^c	24,3 ^d	—	19,1 ^c	15,2 ^d
Varones, %	15,1 ^c	23,8 ^d	—	12,7 ^c	9,2 ^d
Mujeres, %	46,3 ^c	24,4 ^d	—	22,9 ^c	16,3 ^d

Datos en %, mediana (rango intercuartil) o media (± DE).

IMC: índice de masa corporal; IMM: índice de masa muscular.

^aFuerza muscular deltoides.

^bFuerza prensión manual.

^cMasa muscular reducida + lentitud + debilidad muscular.

^dMasa muscular reducida + debilidad muscular.