

La prevención de las lesiones derivadas de las colisiones de tráfico

F. J. Álvarez

Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid.

Por primera vez en su historia, la Organización Mundial de la Salud dedicó el día 7 de abril del año pasado (2004) a la prevención de los accidentes de tráfico y al desarrollo de la seguridad vial como una actividad de salud pública. El eslogan elegido no podría ser más claro: “la seguridad vial no es accidental”. Ello quiere incidir en un aspecto básico: la gran mayoría de las colisiones y lesiones por colisiones de tráfico son evitables y, por lo tanto, prevenibles. El término “accidentes” de tráfico es incorrecto para explicar las lesiones por colisiones de tráfico, por lo que en este artículo nos referiremos siempre a las lesiones por colisiones de tráfico.

Haddon¹, a través de la matriz de su mismo nombre, señaló que se podría intervenir en tres aspectos y en tres momentos diferentes con el fin de evitar las colisiones de tráfico. Estos tres factores sobre los que podemos intervenir serían: a) el vehículo, b) el medio ambiente (vía y tiempo) c) el individuo o “factor humano”. Los tres momentos en que podemos hacerlo serían: a) antes de que la colisión ocurra (preincidente), b) mientras la colisión ocurre (incidente) y c) después de que la colisión ocurra.

En la matriz de Haddon existirían 9 casillas con distintas posibilidades de intervención en la prevención de las colisiones de tráfico. Ello coincide con lo que ya sabemos, que en las colisiones de tráfico intervienen múltiples factores y que el abordaje de la prevención de las lesiones debidas a las colisiones de tráfico precisa de un enfoque interdisciplinario².

La medicina, generalizando, ha progresado enormemente en la atención urgente de los lesionados por colisiones de tráfico³. Igualmente otros campos como el desarrollo industrial o el diseño de vehículos han progresado enormemente en la fase de la colisión o incidente, con la introducción de dispositivos de seguridad como el airbag, o a nivel de la vía con la instalación de postes SOS.

La rehabilitación y reinserción de las personas con lesiones por colisiones de tráfico es objeto de mayor atención cada vez, lo que en ocasiones se ha llamado “el día después”. No cabe duda de que el sistema socio-sanitario, en mayor o menor medida, es capaz de ofrecer un cierto grado de atención a este nivel, si bien dada la gravedad de algunos casos (tetrapléjicos, etc.) ésta suele ser insuficiente.

Por ello es cada vez más evidente la necesidad de intensificar nuestra acción a nivel precolisión o preincidente, es decir, previniendo las lesiones de las colisiones de tráfico, ya que la mayoría de ellas son evitables.

Tal como señala la propia matriz de Haddon, no sólo es labor de los profesionales sanitarios interviniendo sobre el factor humano, la persona, sino que afecta al agente (vehículo), y al ambiente (vía y tiempo). En el campo del agente, el diseño del vehículo es un aspecto fundamental. Aunque los vehículos cada vez son más sofisticados y seguros, no dejan de ser máquinas mortales, de lo cual parecen olvidarse en ocasiones sus conductores, los legisladores y los fabricantes. A modo de ejemplo, muchos, o al menos algunos, de los vehículos denominados todo-terreno son excesivamente agresivos con los peatones y en su diseño no se ha señalado la necesidad de corregir esto hasta recientemente. La introducción del *alcolock* o *interlock*⁴, un dispositivo que impide arrancar el vehículo si la persona posee una determinada cantidad de alcohol en aire expirado, está siendo evaluado en la Unión Europea con el fin de su introducción con carácter preventivo.

Y qué decir de las carreteras. ¿Quién no tiene experiencias tercer-mundistas de nuestras flamantes autovías? No hace poco, un miembro de la administración sueca explicaba en la Dirección General de Tráfico (DGT) la filosofía de la visión zero (los “accidentes” de tráfico son evitables y no debería haber ninguno, aunque reconocía que el objetivo sería inalcanzable), según la cual el diseño de las carreteras se hacía con esta visión y la administración era responsable de las consecuencias del mal diseño, si éste existía.

Aplicando esta visión crítica a nuestra profesión, cabe preguntarnos si estamos haciendo todo lo posible por pre-

Correspondencia: F. J. Álvarez
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal s/n
47005 Valladolid
Correo electrónico: alvarez@med.uva.es

venir las lesiones debidas a las colisiones de tráfico. En los últimos años la situación ha cambiado radicalmente en nuestro país. Aún así hay posibilidades de mejorar nuestra acción en este campo. A continuación comento algunas áreas en las cuales quizá podamos mejorar nuestra acción sin que ello nos suponga sobrecargarnos de trabajo.

1) *¿Conduce nuestro paciente?* En teoría deberíamos o podríamos hacer prevención en toda la población, pues quien más o menos es conductor, peatón, etc. Yo quisiera proponer tres grupos en los que conocer si son conductores es fundamental por su mayor exposición al riesgo: a) los conductores profesionales, b) los ancianos (¿mayores de 65-70 años?) y c) aquellas personas que conducen todos los días al menos 40 minutos de manera continuada. En todos ellos estar al volante es una situación de riesgo, y tenerlo registrado en nuestras historias clínicas nos puede valer para ofrecer el consejo oportuno.

Respecto a las personas mayores, la valoración de su capacidad para conducir es un tema complejo. No permitir conducir a una persona puede suponer someterla a un cierto grado de aislamiento, especialmente cuando los transportes públicos son limitados. No advertirle, cuando proceda (deterioro debido a la edad más la patología que puede tener), del riesgo que supone su situación clínica puede suponer una mayor accidentalidad para ellos y para otros usuarios de las vías. En muchos casos puede ser suficiente con advertirles de sus limitaciones, de la necesidad de descansar cada poco tiempo (1 o 1,5 horas), evitar conducir después de comer, etc.

2) *Distintos procesos patológicos disminuyen la capacidad para conducir con seguridad.* Es bien cierto que la valoración de la aptitud para conducir se realiza en los centros de reconocimiento de conductores, pero ello no exime que seamos conscientes e informemos a los pacientes con una amplia gama de procesos patológicos, desde la diabetes a la apnea de sueño, de que pueden tener disminuida su capacidad para conducir con seguridad. Nuestra información debe ir en el sentido de que conozcan este déficit y de que tomen medidas para minimizarlo (descansar más frecuentemente, evitar conducir los días de mayor tráfico, etc.). En algunos países son los médicos de familia quienes informan a las autoridades de tráfico, o indican al paciente de que debe informar a las autoridades de tráfico de que éste no está en condiciones de conducir con seguridad^{5,6}.

En este sentido la DGT está distribuyendo la segunda edición del manual sobre aspectos médicos relacionados con la conducción de vehículos⁷, centrándose en cómo distintos procesos patológicos pueden interferir con una adecuada conducción de vehículos, así como las posibilidades de intervención.

3) *La prescripción de fármacos.* En general todos conocemos que en la mayoría de los casos los pacientes toleran mal los efectos sedantes de los fármacos. Esto es particularmente relevante para los conductores. Evitar los fármacos sedantes, vigilar la polifarmacia y la aparición de interacciones que potencien, entre otros, los efectos sedantes y anticolinérgicos, así como el consumo de fármacos y alcohol, debe de ser una de nuestras prioridades⁸.

4) *Conducir bajo los efectos del alcohol es una de las principales causas de las colisiones de tráfico*⁹. Debemos registrar el consumo de alcohol y ofrecer el consejo adecuado en función del mismo. En muchos casos el primer indicio de que una persona puede tener problemas relacionados con el alcohol es haber sido multado por conducir bajo los efectos del alcohol. Realizar *screening* de problemas relacionados con el alcohol en los implicados en colisiones de tráfico es una medida útil para detectar de forma precoz los problemas relacionados con el alcohol.

5) *Fomentar el uso de dispositivos de seguridad.* El médico puede potenciar actitudes positivas entre sus pacientes que promuevan la seguridad vial. Por ejemplo, promover el empleo del cinturón de seguridad y fomentar el uso de los dispositivos de seguridad o de retención infantiles³.

En este número de SEMERGEN, Canicatti et al¹⁰ han estudiado la utilización real de los dispositivos de seguridad de 408 niños en un centro de salud, y analizan con detalle los aspectos normativos y de utilidad de estos dispositivos.

Como se ha señalado⁷, los dispositivos de seguridad o de retención infantil son los menos conocidos por parte de los profesionales sanitarios, a pesar de su eficacia y de su utilidad en la prevención de las lesiones por colisiones de tráfico^{2,3,7}.

Quizá en este sentido sea útil comentar la experiencia del programa "El niño también viaja seguro"¹¹ realizada por la Comunidad Autónoma de Castilla y León y la DGT. En el marco de dicho convenio¹² se han adquirido una serie de dispositivos de seguridad infantiles para menores de un año, que son cedidos gratuitamente a los padres que los solicitan. Junto a ello se realiza el denominado consejo pediátrico acerca de la utilización de los dispositivos de retención dentro del automóvil^{11,12}. La experiencia ha demostrado que ha sido un programa útil y bien acogido por la población, lo mismo que ha permitido al personal sanitario inculcar a los padres la necesidad de que los niños viajen seguros y recordarles que los padres son los modelos en los que se fijan los hijos. Es decir, si no siguen las normas de tráfico, etc., están dando un mal ejemplo a sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Haddon W. A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *J Trauma*. 1972;12:193-207.
- Rubio C, Seguí-Gómez M. Los accidentes de tráfico y su impacto sobre la salud. Medidas preventivas desde el sistema sanitario. *JANO Medicina de Tráfico*. 2003;1:5-9.
- SEMERGEN. Programa sobre accidentes de tráfico: prevención y asistencia. Madrid: SEMERGEN; 2000.
- Laurell H. Hacia unas carreteras sin alcohol en Europa. *Trastornos Adictivos*. 2004;6:262-8.
- DVLA. At a glance to the current medical standards of fitness to drive. London: DVLA; 2004.
- Marshall SC, Guilbert N. Saskatchewan physician's attitude and knowledge regarding assessment of medical fitness to drive. *CAMJ*. 1999;160:170-4.
- Varios Autores. Manual sobre aspectos médicos relacionados con la conducción de vehículos. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2004.

8. Del Río MC, Álvarez FJ, González-Luque JC. Guía de prescripción farmacológica y seguridad vial. 2ª ed. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2002.
9. Álvarez FJ, del Río MC. Alcohol y accidentes de tráfico: el papel de los médicos en su prevención. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:256-8.
10. Canicatti AM, Martínez NR, Palomino MC, Grifo MJ, Sánchez M. Estudio sobre la seguridad infantil en el automóvil. Situación actual y perspectivas. *SEMERGEN*. 2005;31:154-60.
11. El niño también viaja seguro. Guía dirigida a padres sobre dispositivos de retención infantil dentro del automóvil. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2002.
12. Pereña JV. Intervención en seguridad vial desde los profesionales de la salud. El Consejo pediátrico. En: *Medicina y Seguridad Vial*. Curso de Verano de Laredo. Madrid: Dirección General de Tráfico; 1998. p. 125-68.