

EDITORIAL

La prevención de la lesividad por tráfico en ancianos desde la Atención Primaria de Salud



Prevention of traffic injury in the elderly from Primary Health Care

Desde hace ya algunos años, es unánimemente reconocido el problema de salud que representa la lesividad por tráfico entre la población anciana, así como la tendencia esperada a que dicho problema se incremente en años venideros. Y ello por un conjunto de razones por todos conocidas¹⁻³.

El progresivo envejecimiento de la población.

El aumento de la movilidad entre el colectivo de personas mayores: ya sea como conductores de vehículos (especialmente en la mujer), como pasajeros de los mismos y, especialmente, como peatones.

La pérdida de capacidades, tanto para la conducción como para deambular a pie, ligadas al envejecimiento y a sus factores asociados (enfermedades y medicaciones que limitan las habilidades del anciano como conductor y como peatón), si bien es cierto que esta pérdida de capacidad es parcialmente contrarrestada por las personas mayores a través de la adopción de estrategias de compensación (por ejemplo, la conducción defensiva).

La elevada vulnerabilidad de los ancianos al efecto de la energía liberada en una colisión de tráfico.

Las razones anteriores justifican el que, por una parte, las tasas de mortalidad por tráfico en las personas mayores superen a las de los restantes grupos de edad y, por otra, el que la tendencia de las mismas no muestre el mismo patrón descendente que se ha observado en otros grupos de edad^{4,5}.

Por lo tanto, parece evidente la necesidad de implementar estrategias de control que concilien el deseable aumento de la movilidad de este colectivo con un control efectivo de su lesividad por tráfico, actuando a cuatro niveles: evitando o reduciendo la movilidad de alto riesgo, controlando los factores de alta prevalencia en el anciano que aumentan su riesgo de provocar una colisión de tráfico, evitando o atenuando la transferencia de energía al anciano en caso de que se vea implicado en una colisión y minimizando las consecuencias de dicha transferencia sobre el organismo.

Como para cualquier otra lesión por causa externa y para cualquier colectivo de riesgo, el abordaje del problema

debe ser multisectorial, actuando de forma complementaria sobre los tres clásicos agentes implicados en toda colisión por tráfico: el individuo (mejorando la capacidad de los usuarios de las vías abiertas al tráfico para hacer un uso adecuado de las mismas), el vehículo (aplicando la tecnología que garantice los mejores estándares de seguridad activa y pasiva) y el entorno vial (diseñar vías seguras, que minimicen el riesgo de colisiones, así como el impacto de las mismas sobre las personas implicadas), sanitario (implementar una atención sanitaria rápida y de calidad a las personas implicadas en colisiones) y legal (establecer las condiciones requeridas para la circulación de personas y vehículos y sancionar su incumplimiento).

A partir del planteamiento definido en el párrafo anterior, la pregunta concreta es: ¿la atención primaria de salud debe jugar algún papel en este abordaje multisectorial? En nuestra opinión, la respuesta es claramente afirmativa. Los equipos de atención primaria, y en particular, los médicos de familia tienen, *a priori*, un enorme potencial para actuar sobre el anciano vulnerable, por las razones que se comentan a continuación^{6,7}.

Primero, porque muchos de los aspectos relacionados con la lesividad por tráfico de los ancianos están directamente ligados con problemas de salud que deben necesariamente ser abordados desde la atención primaria de salud (manejo de enfermedades crónicas y de medicaciones que limitan las habilidades de conducción).

Segundo, por la facilidad de acceso a este colectivo. En el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud, prácticamente todos los ancianos pasan con más o menos frecuencia por las consultas de atención primaria.

Tercero, porque, aún hoy en día, los profesionales sanitarios siguen siendo uno de los colectivos cuyos mensajes y consejos siguen inspirando un mayor grado de credibilidad y confianza en las personas que los reciben.

Estas razones justifican sobradamente la conveniencia de adoptar, desde el ámbito de la atención primaria de salud,

un conjunto de estrategias de fácil aplicación cuyo objetivo final sea reducir el impacto de las colisiones de tráfico sobre la salud de los ancianos, basado en la siguiente secuencia de actuaciones:

Identificar a ancianos particularmente vulnerables al riesgo de sufrir una colisión, ya sea como conductores o como peatones, así como las circunstancias que propician este riesgo.

Dar consejo al anciano y, en su caso, a sus familiares y allegados, acerca de cómo actuar sobre los factores identificados en el punto anterior.

Cuando sea necesario y el elevado riesgo de colisión así lo justifique, emitir informes para terceros que sirvan de base para intervenir de forma normativa sobre las personas.

Evidentemente, para poder aplicar esta estrategia se tienen que dar una serie de condiciones que afectan a los propios profesionales y a su entorno:

Que dichos profesionales estén suficientemente capacitados y motivados para realizar estas actividades.

Que su entorno laboral facilite el desempeño de estas tareas, en términos de cobertura legal, suministro de recursos educativos y, especialmente, disponibilidad de tiempo.

Dicho de forma simple, los profesionales sanitarios no harán estas actividades preventivas si no saben hacerlas (falta de capacidades), no pueden (falta de tiempo) o no quieren (falta de motivación)^{8,9}.

En este contexto, la revisión realizada por Jiménez Mejías y colaboradores, publicada en Medicina de Familia-SEMERGEN, es especialmente valiosa, pues pone de manifiesto los siguientes hechos hechos¹⁰.

En primer lugar, la escasa evidencia existente en la bibliografía al respecto del impacto de las intervenciones educativas sobre los médicos de familia de cara a mejorar su práctica clínica en relación con la prevención de la lesividad por tráfico en ancianos. Los estudios realizados fuera de nuestro país son pocos y su calidad metodológica es pobre.

En segundo lugar, que, a pesar de lo expuesto en el párrafo anterior, los resultados de estos estudios son consistentes: todos ellos sugieren que es posible intervenir sobre los profesionales sanitarios para capacitarlos y motivarlos en relación con la prevención de la lesividad por tráfico en ancianos^{11,12}.

En tercer lugar, la ausencia de estudios realizados en nuestro país al respecto, que nos impide tener respuestas para muchas preguntas relevantes en este contexto: ¿Cuál es el nivel actual de conocimientos de los médicos de familia que trabajan en España sobre el problema de salud que representa la lesividad por tráfico en ancianos? ¿En qué medida aplican dicho conocimiento a su práctica clínica habitual? ¿Cuál es su grado de motivación para desarrollar actividades preventivas para este problema y cuáles son las barreras que perciben como obstáculos para ello?

En conclusión, parece clara la necesidad de llevar a cabo estudios en España con un doble objetivo:

Conocer la realidad de nuestro país en relación con los conocimientos, actitudes y nivel de implicación en actividades preventivas sobre la lesividad por tráfico en ancianos por parte de los profesionales de atención primaria.

Evaluar de forma rigurosa la efectividad de estrategias educativas sobre dichos profesionales, con los recursos de

personal y tiempo disponibles, en relación con dos desenlaces deseables: el primero, intermedio: la mejora de la práctica clínica de estos profesionales con respecto a su papel en la prevención de las lesiones por tráfico en ancianos; el segundo, final: la reducción efectiva de dicha lesividad.

Bibliografía

1. Betz ME, Jones J, Genco E, et al. "Perspectives on tiered older driver assessment in primary care settings". *The Gerontologist*. 2016;56:272-328, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu038>.
2. Braver ER, Trempe RE. Are older drivers actually at higher risk of involvement in collisions resulting in deaths or non-fatal injuries among their passengers and other road users? *Inj Prev*. 2004;10:27-32, <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2003.002923>. PubMed.
3. Langford J, Bohensky M, Koppel S, Newstead S. Do older drivers pose a risk to other road users? *Traffic Inj Prev*. 2008;9:181-9, <http://dx.doi.org/10.1080/15389580801975632>.
4. Presentación de las cifras de siniestralidad vial 2018. Anexo estadístico. Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior. Julio de 2019. Consultado en: <http://www.dgt.es/Galerias/prensa/2019/07/INFORME.pdf>.
5. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial España 2017. Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior. Consultado en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las-principales-cifras-2017-Internet.pdf>.
6. Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 (Datos definitivos publicados el 22-1-2019). Consultado en: https://www.ine.es/prensa/pad_2019_p.pdf.
7. Adler G, Rottunda SJ. The driver with dementia: a survey of physician attitudes, knowledge, and practice. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011 Feb;26(1):58-64.
8. Jang RW, Man-Son-Hin M, Molnar FJ, Hogan DB, Marshall SC, Auger J. Family Physicians' Attitudes and Practices Regarding Assessments of Medical Fitness to Drive in Older Persons. *J Gen Intern Med*. 2007 Apr;22:531-43.
9. Martín Cantera C. "La factibilidad del consejo preventivo sobre accidentes de tráfico en atención primaria" [tesis]. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona; 2005. Disponible en: https://www.mutuamotera.org/gn/web/documentos/contenidos/2005_consejo_preventivo_accidentes_trafico_atencion_primaria.pdf.
10. Jiménez Mejías E, Martín de los Reyes LM, Martínez Ruiz V. Eficacia de las intervenciones formativas sobre médicos de atención primaria en la prevención de accidentes de tráfico en ancianos. *Semerger*. 2019;45:489-96.
11. Betz ME, Villacencio L, Kandasamy D, Kelley-Baker T, Kim W, DiGiuseppi C. Physician and Family Discussions about Driving Safety: Findings from the LongROAD Study. *Journal of American Board of Family Medicine*. 2019;32:607-13.
12. Sebo P, Haller DM, Favrat B, Huber P, Mueller Y, Vaucher P. Adherence to guidelines when evaluating fitness-to-drive in the elderly: a practice review of Swiss physicians. *Swiss Medical Weekly*. 2018;9, <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2018.14632>, 148:w14632.

Pablo Lardelli Claret
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Granada
Correo electrónico: lardelli@ugr.es