

Posicionamiento de la American Academy of Neurology sobre la información a terceros por parte de los médicos en relación con los trastornos que pueden afectar a la capacidad para conducir

D. Bacon, MAPA
R. S. Fisher, MD, PhD
J. C. Morris, MD
M. Rizzo, MD
M. V. Spanaki, MD,
PhD

Neurology 2007;68:1174-1177

La American Academy of Neurology (AAN) representa a más de 20.000 neurólogos y profesionales de la neurociencia, muchos de los cuales tienen pacientes para los que conducir es un privilegio incierto debido a la progresión de las enfermedades que afectan a su cognición, su conciencia, su visión o sus habilidades motoras. Se espera que los médicos informen a las autoridades competentes sobre las enfermedades de un paciente que afectan a la conducción cuando éstas pueden suponer un riesgo para su seguridad y la de otras personas, especialmente cuando el paciente no se somete a las pruebas que debería y no deja de conducir. Hacer que el médico tenga la obligación de informar acerca de este tipo de incidencias, sin embargo, puede tener un fuerte impacto negativo sobre la relación entre el médico y el paciente, y puede que finalmente no proporcione ningún beneficio extra al público ni al paciente, que puede sentirse obligado a ocultar información médica importante. Leyes mal diseñadas que obliguen al médico a informar sobre el estado de un paciente dado pueden también exponer a los médicos a una responsabilidad no merecida sobre los resultados de la conducción del paciente, incluso cuando un médico haya seguido todas las leyes de forma honesta y capaz. Por estas y otras razones, la AAN ha desarrollado un nuevo posicionamiento dirigido a mejorar la política de todas las partes implicadas en la discusión: pacientes, ciudadanos y también médicos.

ASPECTOS LEGALES Y POLÍTICOS ACTUALES

RELEVANTES. Las leyes sobre conducción de vehículos por parte de individuos con trastornos médicos relevantes varían mucho en los diferentes estados. En Estados Unidos, los conductores actuales o potenciales con trastornos médicos relevantes deberían comunicar su situación al Department of Motor Vehicles (DMV) y obtener un informe de su médico para confirmar su capacidad para conducir. Muchos de estos trastornos (pero no todos) son de naturaleza neurológica, como la demencia, la epilepsia y la enfermedad de Parkinson. De forma discrecional u obligatoria, un médico puede estar obligado a informar sobre un paciente al DMV cuando la enfermedad de éste convierte su conducción en un peligro. De acuerdo con la Epilepsy Foundation, seis estados en Estados Unidos (California, Delaware, Nevada, Nueva Jersey, Oregón y Pennsylvania) tienen actualmente algún tipo de ley en vigor que obliga al médico a informar sobre algunas de estas circunstancias¹. Oregón ha revisado sustancialmente sus estatutos en los últimos años, mientras que California y Flori-

da, respectivamente, han buscado reformar o implementar la obligatoriedad de informar por parte del médico.

La mayoría de estados, sin embargo, dan a los médicos la posibilidad de elegir si informan sobre un paciente cuyo estado requiere consideraciones adicionales por parte de las autoridades estatales de tráfico. La mayoría de estados tienen completa inmunidad legal en vigor para médicos que cumplen de buena fe con todas las leyes (p. ej., Iowa y Nuevo México)². En algunos estados, como Arkansas y Georgia, los médicos pueden correr el riesgo de ser demandados por informar acerca de un paciente con una capacidad de conducir dudosa, puesto que esto podría resultar en una supuesta violación de la confidencialidad entre médico y paciente². De la misma forma, un médico que elige no informar acerca de un paciente que parece ser un conductor seguro—basándose en los estándares médicos válidos así como en las leyes estipuladas para esa jurisdicción—se pone a sí mismo en riesgo si el paciente causa un accidente (p. ej., Michigan y Montana).

POSICIONAMIENTOS RELACIONADOS ADOPTADOS POR LA AAN. En 1992, la AAN, juntamente con la Epilepsy Foundation y la American Epilepsy Society, elaboró un documento de consenso (que fue publicado en 1994) respecto a la emisión de permisos de conducir y la epilepsia³. Se incluyeron los siguientes puntos clave:

- Es inapropiado que los médicos tengan que informar obligatoriamente de todos los casos de epilepsia o trastornos similares; el paciente debería informar de su enfermedad cuando obtenga o renueve su permiso de conducir.
- Es apropiado informar sobre pacientes (sin inmunidad) si el médico cree que el paciente supone un riesgo y no lo ha comunicado él mismo.
- Los médicos deberían disfrutar de inmunidad para elegir si informan o no, siempre y cuando esta decisión se tome de buena fe. Los médicos deberían estar obligados a informar al DMV sobre pacientes y opinar acerca de las condiciones de éstos, pero no a determinar si el paciente es adecuado para obtener el permiso de conducir.
- En el caso de la epilepsia, un intervalo de tres meses sin crisis es suficiente (teniendo en cuenta los modificadores favorables y desfavorables); aunque el estándar de tres meses continúa teniendo el apoyo de la mayoría de los miembros de la AAN, ésta apoya una investigación y una vigilancia continuadas para determinar si este intervalo de tres meses sin crisis es el mejor indicador de que la conducción sea razonablemente segura.
- Debería haber permisos de conducir restringidos.
- Los estados deberían tener comités de asesoramiento médico diseñados para establecer estándares de conducción, revisar casos individuales y asistir al DMV en la toma de decisiones sobre seguridad vial.

El consenso también ofreció una legislación modelo y reglamentaciones que en gran medida recogieron estos puntos clave. El texto sobre la decisión de un médico de no informar sobre un paciente no incluyó la necesidad de actuar de buena fe para asegurar que no se abuse de la confidencialidad. Esto puede haber sido un descuido accidental, al considerar que este requerimiento quedaba explícitamente manifiesto en el propio documento de consenso. La AAN no ha participado en discusiones similares respecto a la necesidad de informar en otras enfermedades. Sin embargo, la AAN tiene una guía práctica del año 2000 que recomienda que los profesionales de la salud sugieran a las personas con demencia tipo Alzheimer (DA) leve que dejen de conducir⁴. Al mismo tiempo, la sola

presencia de DA no constituye base suficiente para que se retire el permiso de conducir al paciente⁵.

DECLARACIONES DE ORGANIZACIONES MÉDICAS PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES DE APOYO.

Los grupos de apoyo a pacientes y las organizaciones médicas han formulado un cierto número de posicionamientos sobre el hecho de informar sobre conductores de riesgo por discapacidades médicas. La American Medical Association (AMA) emitió en 1998 un dictamen en el que se apuntaba que los médicos tienen la responsabilidad moral de informar sobre las condiciones médicas de sus pacientes en los casos en que: 1) la condición supone una amenaza y 2) el paciente parece no seguir el consejo del médico de no conducir. Hubo división de opiniones entre los médicos sobre este dictamen, fundamentalmente respecto a la responsabilidad y privacidad. Al año siguiente, la AMA volvió sobre este dictamen y añadió que se necesitaban exenciones de responsabilidad para garantizar la seguridad del médico al participar (en una encuesta reciente, patrocinada por la National Highway Transportation Safety Administration, los responsables de emitir permisos de conducir situaron la inmunidad de los médicos respecto a su responsabilidad civil entre las cinco principales causas de descuidos médicos de importancia)^{6,7}. Sobre el tema de la obligación de informar, la AMA sostuvo que «el papel del médico es informar sobre condiciones médicas que pudieran perjudicar la conducción segura según dicten sus leyes respecto a la obligación de informar y los estándares de la práctica médica. Determinar que el paciente no es apto para conducir sin peligro debería ser tarea del Department of Motor Vehicles del estado». Sobre la cuestión de si es preferible que informar sea obligatorio o electivo, la AMA remitió la cuestión a las sociedades médicas estatales. Sin embargo, la AMA sí apuntó que la obligación de informar podría comprometer la percepción de confidencialidad del paciente y el sentido de discreción del médico, mientras que la electividad de informar deja a los médicos con menos directrices y un riesgo de responsabilidad potencialmente mayor⁷.

En el año 2000, el Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York (MSSNY) presentó un informe sobre los requisitos a la hora de informar por parte de los médicos⁸. La MSSNY estuvo de acuerdo con la afirmación de la AMA de que los médicos tienen la obligación ética de informar sobre aquellos pacientes cuya forma de conducir suponga una amenaza para la seguridad y afirmó que deben hacerse los máximos esfuerzos para proteger la confidencialidad del paciente (p. ej.,

solicitar al DMV, sin mencionar la condición motivo de tal petición, que examine de nuevo a un paciente). La MSSNY también apoyó la obligación de informar en condiciones de riesgo extremo siempre que el estado considere cuidadosamente cada caso y pidió la inmunidad del médico cuando éste informe, o no informe, de buena fe acerca de la condición médica relevante de un paciente.

La MSSNY también llamó la atención acerca de dos aspectos reformables importantes relacionados con el hecho de informar y los médicos. Primero, se necesita más investigación y planificación para ayudar a las autoridades del estado a evaluar la seguridad vial de los conductores con ciertas alteraciones médicas. Publicaciones recientes confirman que la típica batería de pruebas de conducción y visión del DMV no proporcionó información adecuada sobre la capacidad de conducción del examinado, y que se necesita introducir sistemas más sofisticados y refinados para conseguir una mejor indicación de la capacidad de un conductor. Específicamente, los episodios de pérdida de conciencia necesitan métodos de valoración que estimen la probabilidad de nuevos episodios, mientras que los métodos de evaluación para la demencia podrían incluir pruebas cognitivas, simuladores de conducción y evaluaciones sobre la marcha realizadas por profesionales de la salud especialmente entrenados⁸.

En segundo lugar, la MSSNY indicó que las agencias estatales necesitan hacer más para asegurar alternativas de transporte para la gente que ya no puede conducir como resultado de estas leyes. En realidad, la falta de acceso a medios de transporte alternativos es un problema serio para las personas con alteraciones médicas que afectan a la conducción. Una encuesta reciente realizada a pacientes con epilepsia mostró una falta de disponibilidad de medios de transporte significativa: mientras que el 49 % de los que respondieron afirmaron que contaban con transporte público disponible en su área, el 66 % dijeron que legalmente no se les permitía conducir (comunicación escrita de Vogtle L., del 17 de agosto de 2006). El acceso adecuado a medios de transporte alternativos debería asegurarse mediante los mecanismos oportunos que localmente se estimen apropiados para promover una mejor calidad de vida.

Diversas organizaciones de apoyo a pacientes han reclamado posicionamientos sobre la obligatoriedad de informar. Tanto la Epilepsy Foundation como la American Epilepsy Society trabajaron con la AAN para desarrollar el comunicado de consenso anteriormente mencionado y continúan oponiéndose a la obligación de informar. La Alzheimer's Association ha permanecido neutral sobre la obligación de infor-

mar¹⁰, quedando pendiente la revisión del impacto de tales políticas sobre pacientes y familias. (McConnell S. Alzheimer's Association. Comunicación escrita del 18 de agosto de 2006. El Alzheimer's Association's National Ethics Advisory Panel recomendó en 1998 que se opusieran a la obligación de informar, expresando su preocupación de que la confidencialidad entre médico y pacientes pudiera verse comprometida, y de que el paciente pudiera ocultar información médica importante por miedo a perder su permiso de conducir. Por razones ya mencionadas, la asociación al completo no adoptó las recomendaciones del panel).

PUNTOS ADICIONALES A CONSIDERAR. Un asunto clave acerca de la obligación de informar es su impacto sobre la disposición del paciente a revelar información médica relevante. La obligación de informar puede potencialmente entorpecer los esfuerzos de los médicos para proporcionar buenos cuidados y evaluar la seguridad potencial de un paciente para conducir. Un estudio de la AAN realizado en el año 2003 reveló que en California (un estado donde informar es obligatorio) el 9 % de los pacientes con crisis epilépticas encuestados comunicaron que habían ocultado información relevante a sus médicos. El 50 % de los pacientes que habían sufrido una suspensión previa de su permiso de conducir admitieron haber ocultado información relevante al médico, frente al 16 % de los pacientes que no habían sufrido una suspensión previa¹¹.

Una encuesta de 1992 reveló preocupaciones comparables sobre los inconvenientes de la obligatoriedad de informar. El 16 % de los que respondieron dijeron que no revelarían una crisis que pudiera suponer una suspensión a sus médicos si éstos estaban bajo la obligación de informar, frente al 4 % si el médico no estaba obligado a informar. La obligación de informar puede proporcionar un mejor cumplimiento del reglamento de conducción: el 67 % de los encuestados cumplirían con las leyes para obtener el permiso de conducir bajo la obligatoriedad de informar, frente al 47 % en un sistema opcional. Sin embargo, bajo la obligatoriedad de informar, los pacientes tuvieron una probabilidad seis veces mayor de comprometer sus propios cuidados médicos para conducir ilegalmente (49 frente a 8 %), lo que no es bueno para la seguridad del público ni para la del paciente¹².

Los conductores profesionales o aquellas personas que proporcionan servicios profesionales de conducción pueden necesitar estándares más estrictos respecto a la conducción y la obligación de informar. Al posicionarse sobre las leyes relativas a la obligatoriedad de informar, la Epilepsy Foundation indicó que «... una suspensión sistemática del permiso de

conducir a todas las personas que alguna vez tuvieron epilepsia es inapropiada. Las normativas que regulan los permisos de conducir profesionales deberían proporcionar formas de determinar de forma individualizada la adecuación de cada candidato para conducir y las circunstancias de su trabajo»¹³. Mientras que la AAN estaría de acuerdo en que una política de negativa automática en la conducción profesional sería excesiva, un estándar más alto para los criterios de escrutinio sigue siendo apropiado: estos conductores pasan más tiempo en la carretera, a veces deben transportar mercancías peligrosas y proporcionan transporte a decenas de personas al mismo tiempo. Al tratar este tema, es posible que tengamos que cambiar parte de la terminología para reflejar mejor la situación. La «pérdida de conciencia» es un ejemplo en particular: no todas las alteraciones neurológicas que tienen incidencia en la capacidad de conducción de un individuo implican pérdida de conciencia. Términos como, por ejemplo, «episodios neurológicos que perjudican la conducción» o «episodios de alteración de la conciencia o pérdida del control del cuerpo», que se han utilizado en otros textos, pueden ser más apropiados.

Finalmente, muchas entidades médicas que requieren un examen más detallado de los conductores están fuera del campo de la neurología. Entidades como la arritmia y la diabetes también se han mencionado en las normativas (p. ej., en Massachusetts) y el Federal Motor Carriers Society of America las está considerando cuidadosamente. Este tema merece una mayor aportación por parte de la comunidad médica para asegurar que todo el abanico de preocupaciones médicas se pone sobre la mesa.

POSICIÓN DE LA AAN. La AAN representa a más de 19.000 neurólogos y profesionales de las neurociencias, muchos de los cuales atienden a pacientes para los cuales conducir es un privilegio incierto debido a la progresión de enfermedades que afectan su cognición, su conciencia o sus habilidades motoras. Se espera que los médicos informen a las autoridades competentes sobre las enfermedades de un paciente que afectan a la conducción cuando éstas pueden suponer un riesgo para su seguridad y la de otras personas. Hacer que el médico tenga la obligación de informar, sin embargo, puede tener un fuerte impacto negativo sobre la relación entre el médico y el paciente y es posible que al final no proporcione mayor seguridad al público ni al paciente, que puede sentirse forzado a ocultar información médica importante. Leyes mal diseñadas que obliguen al médico a informar sobre la situación de un paciente dado pueden también exponer a los médicos a una responsabilidad

no merecida sobre los resultados de la conducción del paciente, incluso cuando un médico ha seguido todas las leyes en vigor de forma honesta y capaz.

La AAN ha adoptado los siguientes principios acerca de la obligación de los médicos de informar de entidades médicas que puedan dificultar la conducción en sus pacientes:

1. La AAN apoya que informar sea opcional para individuos con enfermedades que puedan tener un impacto en la capacidad de conducir de forma segura, especialmente en casos en que la seguridad del público ya se ha visto comprometida o está claro que la persona ya no tiene las habilidades necesarias para conducir de forma segura.
2. La AAN reitera su apoyo a los comunicados de consenso de 1994 con las actualizaciones que se mencionan a continuación. Los «antecedentes negativos de mala conducción» no necesitan incluirse como un factor desfavorable para el período de tres meses sin crisis, puesto que no suponen una consideración médica. La falta de sueño no debería ser una causa de excepción para el período de tres meses sin crisis. No debería ser necesario un examen práctico de conducción para determinar la capacidad de conducir de un paciente que ha sufrido crisis, a no ser que existan otras alteraciones médicas relevantes (como un deterioro cognitivo). Los efectos cognitivos y psicomotores derivados del uso de fármacos antiepilépticos deberían evaluarse cuidadosamente en todo paciente con crisis epilépticas que pretenda conducir.
3. La AAN apoya el desarrollo y promoción de mejores herramientas de evaluación para valorar la seguridad de un conductor, tanto en lo que se refiere a ayudar a los médicos a reconocer cuándo se debería aconsejar a un conductor que fuese reevaluado como en asistir a las autoridades estatales a la hora de llevar a cabo estas evaluaciones. Este entrenamiento y tales herramientas deberían desarrollarse en cooperación con las autoridades de tráfico estatales y otros grupos de expertos médicos para incluir organizaciones de médicos y pacientes.
4. La AAN apoya estándares de conducción e información más estrictos para conductores profesionales, especialmente los que trabajan en el transporte público de personas o transportan mercancías peligrosas.
5. La AAN apoya la clarificación de las políticas de inmunidad para médicos para hacer constar que un médico debería tener garantizada su inmunidad tanto por informar como por no informar sobre la condición médica de un paciente cuando

tal acción se hace de buena fe, cuando el paciente ha sido razonablemente informado del riesgo que corre al conducir y cuando tales acciones están documentadas por el médico de buena fe.

6. La AAN apoya los esfuerzos estatales y federales para planificar medios de transporte adicionales para cubrir las necesidades de los pacientes afectados que ya no pueden o no están autorizados a conducir.
7. La AAN anima a los médicos a revisar las leyes de conducción aplicables a su área con sus pacientes y a tratar y documentar sus recomendaciones médicas con sus pacientes.
8. La AAN anima la colaboración con otros especialistas para participar en la discusión presente con el objetivo de mejorar la seguridad vial y asegurar que se respete el derecho de privacidad de los pacientes así como su privilegio de conducir.

NOTA. Este posicionamiento suplementa la declaración de la AAN sobre «Posicionamientos de consenso, provisiones estatutarias de muestra y reglamento modelo acerca de la obtención de permisos de conducir y su relación con la epilepsia», que adoptaron la AAN, la American Epilepsy Society y la Epilepsy Foundation of America, que se publicó en *Epilepsia* 1994;35: 696-705.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen las inestimables contribuciones de las siguientes personas que ofrecieron su tiempo y conocimientos para ayudar a hacer posible este posicionamiento: David A. Bennett, MD; David B. Carr, MD; Mark A. Granner, MD; James S. Grisolia, MD; Martha Morrell, MD, FAAN; Murray G. Sagsveen, JD; Shlomo Shinnar, MD, PhD, FAAN; Erik K. St. Louis, MD, y Laura K. Vogtle, PhD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epilepsy Foundation. Driving: physician reporting. 2005. Available at: <http://www.epilepsyfoundation.org/answerplace/Legal/transit/drivelaw/driverrreport.cfm>. Accessed August 7, 2006.
2. American Medical Association. Physician's guide to assessing and counseling older drivers. Chapter 8: State licensing

requirements and reporting laws. May 2003. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/chapter8.pdf>. Accessed August 14, 2006.

3. American Academy of Neurology, American Epilepsy Society, and Epilepsy Foundation of America. Consensus statements, sample statutory provisions, and model regulations regarding driver licensing and epilepsy. *Epilepsia* 1994; 35:696-705.
4. Dubinsky RM, Stein AC, Lyons K. Practice parameter: Risk of driving and Alzheimer's disease (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 54:2205-2211. Available at: <http://www.neurology.org/cgi/reprint/54/12/2205.pdf>. Accessed August 7, 2006.
5. Morris JC. Driving safety and dementia: a focus on communication. Colloquium course guidebook, AAN. Available at: http://www.aan.com/professionals/patient/pdfs/colloquium_syllabi_06.pdf. Accessed August 7, 2006.
6. CEJA Report 1-1-99: Impaired drivers and their physicians. American Medical Association, committee report, 1999. Available at: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/ceja_1i99.pdf. Accessed August 8, 2006.
7. Lococo K, Staplin L. Summary of Medical Advisory Board practices in the United States. 2003. NHTSA Publication: DTNH22-02-P-05111.
8. Berger JT, Rosner F, Kark P, Bennett AJ, for the Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. Reporting by physicians of impaired drivers and potentially impaired drivers. *J Gen Intern Med* 2000; 15:667-672. Available at: <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11029682>. Accessed August 8, 2006.
9. Rizzo M, Eslinger P. Safe and unsafe driving. Chapter 9. In: Principles and practice of behavioral neurology and neuropsychology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004.
10. Alzheimer's Association. Driving. October 2001. Available at: http://se.arch.alz.org/Advocacy/downloads/statements_driving.pdf. Accessed August 8, 2006.
11. Rodrigues K, Fisher RS. Mandatory reporting of seizures can have negative impact. American Academy of Neurology press release, April 2, 2003. Available at: <http://www.aan.com/press/press/index.cfm?fuseaction=release.view&release=133>. Accessed August 9, 2006.
12. Salinsky MC, Wegener K, Sinema F. Epilepsy, Driving Laws, and Patient Disclosure to Physicians. *Epilepsia* 1992; 33:469-472.
13. Epilepsy Foundation. Driver licensing. 2005. Available at: <http://www.epilepsyfoundation.org/advocacy/govaff/pp5.cfm>. Accessed August 9, 2006.