

<b>MEDICAMENTOS QUE PUEDEN INTERFERIR EN LA CONDUCCIÓN</b>		<b>POSIBLE EFECTO</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b><u>SISTEMA NERVIOSO</u></b>	<b><u>ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS.</u></b> <b>Benzodiazepinas (BZD)</b> Zopiclona Zaleplon Zolpidem, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones psicomotrices y de alerta, incluso a dosis terapéuticas.</li> <li>- Sedación excesiva como consecuencia de la acumulación de BZD de acción larga con la administración repetida.</li> <li>- Efectos derivados de la privación o retirada: insomnio de rebote, ansiedad, reacciones de agresividad, síndrome de abstinencia. Son menos frecuentes en las BZD de acción larga.</li> </ul>	<p>Los pacientes tratados con BZD deberían evitar en lo posible la conducción, especialmente durante las primeras horas de la mañana (por la somnolencia residual) y, por supuesto, no ingerir bebidas alcohólicas.</p> <p>Hay dos reglas en el tratamiento de pacientes geriátricos: seleccionar BZD que no sufran biotransformación hepática y que no se acumulen, y ajustar progresivamente la dosis.</p>
	<b><u>ANALGÉSICOS OPIÁCEOS</u></b> Morfina Codeína Dextropropoxifeno Tramadol, etc.	Somnolencia, disminución de la alerta psíquica, e incluso vértigo.	<p>Las personas que utilizan este tipo de medicamentos, no deberían conducir vehículos.</p> <p>Varios autores afirman que una prohibición absoluta es excesiva, especialmente en los tratamientos crónicos con morfina.</p> <p>Algunas especialidades con estas sustancias son consideradas "analgésicos menores", lo que acarrea importantes consecuencias.</p>
	<b><u>ANTIDEPRESIVOS</u></b> Antidepresivos Tricíclicos o AT (imipramina, etc) Inhibidores de la	Efectos anticolinérgicos (visión borrosa), sedación e hipotensión ortostática. La supresión radical produce (con mayor frecuencia e intensidad):	<p>Es aconsejable que los pacientes con depresión mayor conduzcan una vez que se ha estabilizado el tratamiento y obtenida una respuesta positiva al mismo, evaluada por el psiquiatra.</p> <p>La norma más común para suspender un tratamiento</p>

	<p>Recaptación de Serotonina o ISRS (fluoxetina, etc)</p>	<p>alteraciones digestivas (náuseas, dolor abdominal, diarrea), alteraciones del sueño, letargo y alteraciones afectivas. Con los ISRS: vértigo, fotofobia y parestesias. Todos ellos desaparecen rápidamente al reanudar el tratamiento.</p>	<p>antidepresivo que haya durado más de ocho semanas, consiste en ir reduciendo la dosis a lo largo de un período no inferior a un mes. En cualquier caso, es especialmente importante informar a los pacientes acerca de esta cuestión. Los ISRS afectan en menor medida a la aptitud de conducir.</p>
	<p><b><u>ANTIEPILÉPTICOS</u></b> Topiramato Lamotrigina Fenitoína, Carbamazepina, etc.</p>	<p>Ataxia (descoordinación motora), temblor, somnolencia, letargo o estados de confusión o aturdimiento. La necesidad de buscar el fármaco adecuado, conlleva un período de coexistencia que implica posibles interacciones, con pérdida de efectos (crisis epiléptica) o de potenciación de efectos adversos neurológicos, y posibilidad de crisis de rebote.</p>	<p>La epilepsia en sí incapacita para conducir, lo que se contempla incluso en el código de la circulación. En general se considera que un paciente epiléptico está capacitado para conducir solo cuando, gracias al tratamiento, han transcurrido dos años desde la última crisis, la suspensión de la medicación se realiza gradualmente y sus efectos secundarios están controlados.</p>
	<p><b><u>ANTIPARKINSON</u></b> Levodopa Pramipexol Ropinirol, etc.</p>	<p>Con levodopa es frecuente una pérdida progresiva de eficacia hacia los 3-5 años de tratamiento, con aparición de síntomas parkinsonianos acusados (fenómeno on-off). Pramipexol y ropinirol pueden provocar ataques repentinos de sueño.</p>	<p>Hay que tener especial cuidado en caso de conducir por los efectos del tratamiento, pero también por los episodios de "freezing" (bloques motores que impiden durante unos segundos la iniciación o la continuación de un movimiento) y el temblor inducido por estrés. Estas manifestaciones son componentes de la propia enfermedad de Parkinson y ocurren incluso en ausencia de tratamiento.</p>

	<p><b><u>ANTIPSIKÓTICOS</u></b> Olanzapina, Risperidona, etc.</p>	<p>Somnolencia y visión borrosa (típicamente anticolinérgicos). Al inicio, síntomas extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia y distonía según la dosis; hipotensión ortostática (más intensa en la administración i.m.), hipertensión, taquicardia, etc.</p>	<p>En general, los pacientes con esquizofrenia u otros cuadros de naturaleza psicótica no deberían conducir, salvo en aquellos casos adecuadamente estabilizados. Aun así, se recomienda viajar acompañados, moderar la velocidad, evitar las horas punta y los viajes nocturnos, etc).</p>
	<p><b><u>ANESTÉSICOS</u></b></p>	<p>Efectos residuales significativos, lo que merma la capacidad de reacción de los pacientes.</p>	<p>Por ello, se recomienda que aquellos que han recibido un anestésico, no conduzcan en un periodo mínimo de 48 horas, ya que la eliminación de estos fármacos es lenta.</p>
	<p><b><u>ANTIMIGRAÑOSOS</u></b> Sumatriptán, Rizatriptán.</p>	<p>Mareos y somnolencia por la propia migraña y por estos fármacos.</p>	<p>No se recomienda la conducción de vehículos durante el tratamiento con “triptanes”</p>
	<p><b><u>ANTIVERTIGINOSOS</u></b> Flunarizina, Cinarizina.</p>	<p>Potente efecto antihistamínico (somnolencia) y vasodilatador.</p>	<p>No parece prudente que un paciente con un ataque de vértigo conduzca un automóvil, incluso aunque esté siendo tratado.</p>
<p><b><u>APARATO RESPIRATORIO</u></b></p>	<p><b><u>ANTIISTAMÍNICOS (H<sub>1</sub>)</u></b> Clorfenamina Difenhidramina, etc.</p> <p><u>AntiH1 2ª generación:</u> Astemizol, Azelastina, Fexofenadina, Loratadina Mizolastina, Terfenadina</p>	<p>Los antihistamínicos "clásicos" tienen acción anticolinérgica y la capacidad de producir somnolencia. Se han desarrollado antihistamínicos de 2ª generación que carecen de estos efectos. Los efectos neurológicos asociados al bloqueo de los receptores histaminérgicos y colinérgicos incluyen:</p>	<p>La recomendación básica a realizar a los pacientes es que eviten conducir bajo la influencia de medicamentos antihistamínicos, aunque sean de "segunda generación", dado que, aunque el riesgo de somnolencia es inferior respecto a los “clásicos”, no puede descartarse por completo. El hecho de que los antihistamínicos sean utilizados mayoritariamente para síntomas no relacionados con el sistema nervioso (como la alergia al polen o rinitis alérgica) contribuye a confundir a los pacientes no informados. Esto</p>

	Cetirizina, Elastina, etc.	ansiedad, parestesia, alteraciones visuales e incluso alucinaciones.	se agrava porque muchas fórmulas son EFP.
	<b><u>DESCONGESTION NASAL</u></b>	Muchas preparaciones comerciales contienen antihistamínicos	Aunque no es probable que los efectos neurológicos sean marcados, debe informarse a los pacientes.
	<b><u>ANTITUSIVOS</u></b> Dextrometorfano Codeína	Somnolencia, vértigo, excitabilidad, confusión, nistagmo, dificultad al hablar.	Se recomienda mucha prudencia al conducir.
<b><u>APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO</u></b>	<b><u>ANTIDIABÉTICOS</u></b> Insulina Antidiabéticos orales	Posibilidad de hipoglucemia intensa, sobre todo con insulina. Los cuadros de hipoglucemia asociados a los antidiabéticos orales suelen ser menos intensos y menos frecuentes. Diversos estudios han demostrado que la capacidad de conducción se empieza a deteriorar cuando los niveles de glucemia bajan a 3,6 mmol/l (65 mg/dl).	Ante el menor signo de mareo, el paciente diabético debería apartarse al arcén y, si es posible, tratar su hipoglucemia con una pequeña cantidad de azúcar. Siempre deberá dejar transcurrir el tiempo necesario para recuperar todas sus capacidades cognitivas. Las recomendaciones básicas para la conducción por parte de los pacientes diabéticos es que controlen frecuentemente su glucemia, conozcan perfectamente los síntomas asociados a la hipoglucemia y estén preparados para actuar con rapidez. Esto supone que pueden conducir siempre que tengan bien controlada su diabetes.
	<b><u>PROGINÉTICOS</u></b> Metoclopramida, Cleboprida, etc.	Producen frecuentemente (10-25%) agitación, somnolencia, astenia o sedación.	Su uso no es aconsejable, especialmente al principio del tratamiento.
	<b><u>ESTIM. APETITO</u></b> Ciproheptadina	Son antihistamínicos y anticolinérgicos, lo que produce	Precaución al conducir. Se debe informar al paciente.

	Pizotifeno, etc.	somnolencia, sequedad de boca y visión borrosa	
	<b><u>ANTIEMÉTICOS</u></b> Ondansetrón, etc.	Cefalea, estreñimiento o diarrea (10-25%) y mareo, astenia o sedación(1-9%)	Se recomienda evitar la conducción de vehículos y el manejo de maquinaria peligrosa.
<b><u>APARATO CARDIOVASCULAR</u></b>	<b><u>BETABLOQUEANTES</u></b> Propranolol, Atenolol, etc.	Especialmente al principio del tratamiento, fatiga, mareos, cefalea, insomnio, y sensación de hormigueo.	La mayoría no presentan gran riesgo para la conducción, pero se aconseja utilizar este grupo de medicamentos de forma muy precautoria o incluso no usarlos en conductores diabéticos.
	<b><u>ANTIHIPERTENSIVOS</u></b> Prazosina, Doxazosina, etc	Hipotensión postural (en general tras la primera toma), con mareos o vértigo en los movimientos bruscos.	Comenzar con dosis bajas, que se incrementan progresivamente. Advertir al paciente que durante el inicio del tratamiento, o si se ajusta la dosis, debe tener precaución al conducir.
	<b><u>ANTIANGINOSOS</u></b> Antagonistas del calcio (nifedipina, diltiazem, etc). Nitratos (dinitrato y mononitrato de isosorbida, etc).	Antagonistas del calcio: mareos y/o cefaleas al principio del tratamiento. Ocasionalmente, ansiedad, somnolencia, astenia, parestesia y calambres musculares. Nitratos: cefaleas graves y persistentes. Taquicardia e hipotensión marcada (10-25%), y a veces bradicardia paradójica y angina de pecho aumentada.	Antagonistas del calcio: Se aconseja precaución durante la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria peligrosa o de precisión, Nitratos: En general, no se aconseja la conducción de vehículos durante las primeras semanas de tratamiento.
	<b><u>ANTIARRÍTMICOS</u></b>	Todos ellos producen	La mayoría de los antiarrítmicos de uso ambulatorio

	Propafenona, Flecainida	frecuentemente mareos y visión borrosa.	contraindica la conducción durante las primeras semanas de tratamiento.
	<u>VASODILATADORES PERIFÉRICOS</u>	Mareos (1-9%), hipotensión ortostática, insomnio y cefalea.	No se aconseja la conducción de vehículos durante las primeras semanas de tratamiento.
	<u>ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS</u> Dipiridamol	Frecuentemente (10-25%) se asocia a mareos y ocasionalmente (1-9%) a cefalea.	No se aconseja la conducción de vehículos, ni el manejo de maquinaria peligrosa durante las primeras semanas de tratamiento.
<u>APARATO LOCOMOTOR</u>	<u>RELAJANTES MUSCULARES</u> Carisoprodol, Metocarbamol. Baclofeno Ciclobenzaprina, etc.	Carisoprodol: taquicardia, hipotensión, mareos, somnolencia, cefalea y ataxia. Metocarbamol: somnolencia, visión borrosa, vértigo, nerviosismo y ansiedad. Baclofeno y ciclobenzaprina: hipotonía muscular, somnolencia. Ocasionalmente mareos, parestesia, visión borrosa.	En general, se debe evitar la conducción de vehículos bajo los efectos de este tipo de fármacos, porque los reflejos se encuentran disminuidos. Los AINE no suelen suponer una contraindicación para la conducción
<u>TUBERCULOSIS</u>	Isoniazida Etambutol	Visión borrosa y mareos. así como confusión e incluso alucinaciones.	Precaución en la conducción.
<u>APARATO GENITOURINARIO</u>	Lisurida, Clomifeno, Antiespasmódicos urinarios	Lisurida: posible disminución de la capacidad de reacción Clomifeno: alteraciones de la visión Trospio, oxibutinina, tolterodina: visión borrosa, mareos y fotofobia.	Se debe advertir al paciente.

OFTALMOLÓGICOS

Colirios, pomadas  
oftálmicas, etc.)

Son capaces de perturbar temporalmente la capacidad visual de los pacientes.

