

MEDICAMENTOS QUE INTERFERIR AL CONDUCCIÓN		POSIBLES EFECTOS	RECOMENDACIONES
S I S T E M A  N E R V I O S O	<b>ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS.</b> Benzodiazepinas/BDZ 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 (-) frecuentes en la 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>ANALGÉSICOS /OPIÁCEOS</b> Morfina Codeína Dextropropoxifeno Tramadol, etc	<p>Somnolencia, disminución de la alerta psíquica, e incluso vértigo.</p>	<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 Tr crónicos con morfina.</p> <p>Algunas especialidades con estas sustancias son consideradas "analgésicos menores", lo que acarrea importantes consecuencias.</p>
	<b>ANTIDEPRESIVOS</b> Antidepresivos Tricíclicos o AT (imipramina, etc) Inhibidores de la Recaptación de Serotonina o ISRS (fluoxetina, etc)	<p>Efectos anticolinérgicos (visión borrosa), sedación e hipotensión ortostática.</p> <p>La supresión radical produce (con mayor frecuencia e intensidad): 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>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 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>
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			

<p><b>ANTIÉPILEPTICOS</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>ANTIPARKINSON</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" (bloqueos 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>ANTIPSICÓTICOS</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>ANESTÉSICOS</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>ANTIMIGRAÑOSOS</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>ANTIVERTIGINOSOS</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>