

## Influencia de los antidepresivos de segunda generación en la conducción

**Monika Justyna Trawinska**

Grado de farmacia. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid  
[trawinskamonika@gmail.com](mailto:trawinskamonika@gmail.com)

**Juana Benedí González**

Departamento de Farmacología (Farmacognosia y Farmacología Experimental). Facultad de Farmacia.  
Universidad Complutense de Madrid  
[jbenedi@farm.ucm.es](mailto:jbenedi@farm.ucm.es)

**Resumen:** los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) son grupo de fármacos frecuentemente utilizados en el tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, entre ellas, la depresión. Parecen ser tan efectivos como los antidepresivos de primera generación, pero con diferentes efectos adversos. No obstante, no se sabe exactamente su influencia sobre la conducción de vehículos. Como recurso principal se ha empleado distintos buscadores específicos de internet, así como diferentes bases de datos y revistas electrónicas (PubMed, Elsevier y otros). Los efectos adversos de los ISRS s que pudieran alterar la conducción serían: ansiedad, cefalea, aumento de pensamientos suicidas, problemas de sueño, autoagresión. A pesar de ello no hay evidencia que los ISRS puedan producir un efecto indeseado en la conducción. El tratamiento de los enfermos con mirtazapina produce una mejora del proceso. Sin embargo en personas sanas se producía un empeoramiento en el proceso de la conducción, aunque cuando se administra en dosis repetidas no se observa este efecto. Se precisan nuevos estudios que permitan relacionar los distintos tipos clínicos de la depresión y su respuesta a diferentes fármacos antidepresivos considerando el curso, duración de la enfermedad, enfermedades concomitantes y no solamente las características neuropsicológicas y neurobiológicas. Se precisa una nueva legislación que especifique los fármacos prohibidos para la conducción.

**Palabras clave:** depresión. Antidepresivos. Conducción.

### INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad con enorme prevalencia en la población. La mitad de los Estadounidenses han sufrido depresión (o uno de los desórdenes relacionados) en algún momento de su vida. Es muy importante prevenir esta enfermedad desde la adolescencia <sup>(1)</sup>.

En el mundo occidental la movilidad es prácticamente indispensable en la vida cotidiana. Los datos sobre la conducción de los pacientes con la depresión indican, que 80% de ellos tiene el carné de conducir en vigor y 70% de éstos conduce el coche con regularidad <sup>(2)</sup>. El objetivo de tratamiento farmacológico es la disminución de la remisión de los síntomas de la enfermedad para que los pacientes puedan llevar a cabo sus actividades cotidianas. Por lo tanto es muy importante controlar la seguridad vial con respecto a los conductores con tratamiento antidepresivo.

El mercado español de los fármacos antidepresivos es muy grande. Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina. En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio, cefalea. Estos efectos secundarios pueden inducir accidentes de tráfico o disminuir las habilidades del conductor.

## MÉTODOS

Como recurso principal se ha empleado distintos buscadores específicos de internet, así como diferentes bases de datos y revistas electrónicas (PubMed, Elsevier y otros). Se usó palabras clave como: “driving ability”, “depression”, “antidepressive”, “driving performance”. Se usó con prioridad los estudios más recientes.

## RESULTADOS

Hay pocos estudios clínicos sobre el efecto de los fármacos en la conducción. En un estudio realizado por Mura et al., (2003) <sup>(3)</sup> se ha demostrado que 1,8% de los conductores tratados con fármacos antidepresivos tienen accidentes, mientras que el grupo control 1,1%. En otros dos estudios epidemiológicos se analizó también la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico usando fármacos antidepresivos sedantes y no sedantes <sup>(4,5)</sup>. Algunos fármacos como agomelatina, duloxetina no tenían publicado ningún estudio clínico sobre la conducción.

En un estudio aleatorizado con placebo en el que se estudiaba el tratamiento agudo o subcrónico de la venlafaxina se mostraron también resultados sobre la conducción en las carreteras. En este estudio había una gran proporción de pacientes (19%) que abandonaron el estudio después de presentar los efectos secundarios de la medicación <sup>(6)</sup>.

El tratamiento agudo con mirtazapina en administración única diaria a pacientes sanos disminuye la habilidad de conducción en experimentos realizados directamente en la carretera <sup>(7)</sup> y en experimentos realizados en simuladores <sup>(8)</sup>. Con la administración nocturna del fármaco no se produce disminución de la habilidad o se disminuye sutilmente. El uso subcrónico no disminuye la habilidad, lo que probablemente se debe al efecto de tolerancia <sup>(8)</sup>. Los pacientes con depresión tratados con mirtazapina han demostrado una mejora significativa de la conducción <sup>(9)</sup>.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión. En todos los estudios clínicos participaban voluntarios sanos. Estos estudios dieron la información general sobre el efecto de los fármacos antidepresivos, pero no permiten saber los efectos en los pacientes enfermos en condiciones de tratamiento antidepresivo.

El tratamiento agudo o subcrónico con el escitalopram <sup>(7)</sup>, fluoxetina<sup>(10)</sup>, paroxetina<sup>(11)</sup>, citalopram<sup>(12)</sup> no dio resultados negativos en la conducción de los vehículos en las carreteras, conducción en los simuladores ni en los test psicomotores.

El resumen de los ensayos está presentado en la tabla 1.

Fármaco	Efectos en conducción de los controles sanos	Efectos en conducción de los pacientes
Agomelatina	—	—
Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina		
Duloxetina	—	—
Venlafaxina	●	—
Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico		
Mirtazapina	↓(agudo)	↑
	●(subcrónico)	↑
Reboxetina	—	↑
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina		
Paroxetina	●	—
Citalopram	●	—
Fluoxetina	●	—
Escitalopram	●	—

**Tabla 1. Resumen de los ensayos clínicos en los fármacos antidepresivos y la conducción. ●-no se produce deficiencia, ↓- se produce deficiencia, ↑ - mejoría, — falta de datos.**

## Legislación en la Unión Europea

De acuerdo con la directiva 91/439/EEC de Julio de 1991 sobre el permiso de conducción : “15.1.No debe expedirse ni renovarse el permiso de conducción a ningún candidato o conductor que consuma habitualmente sustancias psicotropas, sea cual sea su forma, que puedan comprometer su aptitud para conducir sin peligro, si la cantidad absorbida influye de manera negativa en la conducción. Lo mismo sucederá con cualquier medicamento o combinación de medicamentos que influya en la capacidad de conducir” <sup>(13)</sup>. La aplicación de esta directiva es obligatoria para todos los miembros de la Unión Europea.

La legislativa no permite conducir a los enfermos que usan las sustancias psicotropas, pero no especifica cuales fármacos influyen de manera negativa en la conducción. Todavía no se ha presentado ningún consenso para aplicar esta directiva. No hay bases de datos de la medicación que toman los conductores, no se hace test individuales de los conductores enfermos y su influencia en la conducción en función de dosis.

## CONCLUSIONES

Existen metodologías para cuantificar la relación entre la medicación y el efecto en la conducción. Muchos de los ensayos clínicos se centraban en el tratamiento agudo y subcrónico de la enfermedad. En éstos estudios normalmente participaban personas sanas y jóvenes. Había pocos ensayos con los pacientes mayores y enfermos. Muchos de los ensayos usaban los simuladores de conducción, los que oficialmente se usan para renovar el carné de conducir.

Resulta muy interesante el resultado del ensayo con reboxetina y mirtazapina en cuales los enfermos presentaban mayor habilidad para conducir. El tratamiento agudo con mirtazapina en los pacientes sanos disminuyó sus habilidades, pero después de administración de dosis repetidas no se producía este efecto.

Ensayos clínicos correspondientes a otros fármacos antidepresivos como venlafaxina, paroxetina, citalopram, fluoxetina, escitalopram no han demostrado ninguna empeora ni mejora de la conducción.

Con el continuo aumento de la esperanza de la vida y el aumento de los conductores se precisa de nuevos estudios clínicos realizados sobre personas mayores. La mayoría de los ancianos es polimedica lo que supone un aumento de las interacciones entre fármacos. Se precisa de nuevos estudios que relacionan la polimedicación de los mayores con depresión y su influencia en la conducción.

La legislación vigente no permite conducir a los enfermos que usan las sustancias psicótropas, pero no especifica cuales fármacos influyen de manera negativa en la conducción. No hay bases de datos de la medicación que toman los conductores y tampoco se hace test individuales de los conductores enfermos y su influencia en la conducción en función de dosis. Se precisa una nueva legislación que especifique los fármacos prohibidos para la conducción. Esto aumentaría la seguridad vial disminuyendo el número de accidentes.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
2. Brunnauer A, Laux G, Zwick S, David I, Schmauss M, Messer T, Hermisson I, Möller HJ, Steinberg R, Frommberger U. Mobility behavior of patients with mental illness. *Dtsch Z Nevenheilkd* 2008 27:120-121.
3. Mura P, et al. Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects : results of a French collaborative study. 2003. *Forensic Sci Int* 133:79-85.
4. Barbone F et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. 1998. *Lancet* 352:1331-1336.
5. Bramness JG, et al. Minor increase in risk of road traffic accidents after prescriptions of antidepressants: a study of population registry data in Norway. 2008. *J Clin Psychiatry* 69: 1099-1103.
6. O'Hanlon JF, et al. Venlafaxine's effects on healthy volunteers' driving, psychomotor, and vigilance performance during 15 – day fixed and incremental dosing regimens. 1998. *J Clin Psychopharmacol* 18:212-221.
7. Wingen M, et al. Actual driving performance and psychomotor function in healthy subjects after acute and subchronic treatment with escitalopram, mirtazapine, and placebo : a crossover trial. 2005. *J Clin Psychiatry* 66:436-443.
8. Ridout F, et al. A placebo controlled investigation into the effects of paroxetine and mirtazapine on measures related to car driving performance. 2003. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 18:261-269.

9. Brunbauer A, et al. The impact of reboxetine and mirtazapine on driving simulator performance and psychomotor function in depressed patients. 2008.J. Clin Psychiatry 69:1880-1886.
10. Wilson SJ et al. Effects of 5 weeks of administration of fluoxetine and dothiepin in normal volunteers on sleep, daytime sedation, psychomotor performance and mood. 2002. J Psychopharmacol 16:321-331.
11. Iwamoto K et al. The effects of acute treatment with paroxetine, amitriptyline, and placebo on driving performance and cognitive function in healthy Japanese subjects: a double – blind crossover trial. 2008. Hum Psychopharmacol Clin Exp 23:399-407.
12. Herberg KW. Verkehrs – und Alltagssicherheit bei Medikation mit Citalopram. 2001. Psychopharmakotherapie 8:81-88.
13. Directiva 91/439/CEE del Consejo, de 29 de julio de 1991, sobre el permiso de conducción. Consultado 5 de marzo de 2013. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31991L0439:ES:HTML>

Recibido: 7 noviembre 2013.

Aceptado: 24 febrero 2014.