

2011

ENCUESTA CEFALEAS, MIGRAÑA Y RIESGO PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

Conocer primero para Prevenir después

Con la colaboración de:



FUNDACIÓN MAPFRE



Documento con Inscripción en RPI nº V-566-11. Autores/as del documento:

MT Vicente-Herrero, L Capdevila García, MV Ramírez Iñiguez de la Torre, AA
López González, MJ Terradillos García, C Santamaría Navarro



Autores/as: Grupo de Neurología de la Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (AEEMT)

M^a Teofila Vicente Herrero (Coordinación)

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales (Ergonomía). Grupo de Neurología AEEMT

Luisa Mercedes Capdevila García

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo y Medicina de Familia. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales (Ergonomía, Higiene y Seguridad). Grupo de Neurología AEEMT

M^a Victoria Ramírez Íñiguez de la Torre

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales (Seguridad). Grupo de Neurología AEEMT

M^a Jesús Terradillos García

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales (Ergonomía). Grupo de Neurología AEEMT

Ángel Arturo López González

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales (Ergonomía). Profesor Asociado- Universidad Illes Balears. Grupo de Neurología AEEMT

Autora Colaboradora:

Cristina Santamaría Navarro

Profesora Universidad Politécnica de Valencia. Departamento de Matemática Aplicada.

PRIMERA PARTE

LAS CEFALEAS Y LA MIGRAÑA COMO RIESGO POTENCIAL EN LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

INTRODUCCIÓN. LA IMPORTANCIA DE LAS CEFALEAS Y SUS TERAPIAS

Cefaleas, tipos y riesgos asociados a sus síntomas y a los tratamientos prescritos.

Las cefaleas constituyen un grupo de patologías extraordinariamente prevalentes en la población general con índices que varían según el país y la población de referencia estudiada (las cifras de migraña se sitúan entre el 11-22% de población afectada y en la cefalea tensional oscilan entre el 40-80% de afectados)¹, con incidencia mayoritaria en las edades más productivas social, familiar y laboralmente (entre 30-50 años) y una evolución prolongada (5-10 años), por lo que los enfermos recurren a frecuentes y variadas terapias para su control. La migraña como forma específica de cefalea es un trastorno neurovascular caracterizado por crisis de dolor, disfunción del sistema nervioso autónomo y, en algunos pacientes, síntomas neurológicos acompañantes.

La IHS establece una Clasificación de las Cefaleas en dos grupos: (The International Classification of headache Disorders. 2ª Edición, Cephalalgia, 2004, 24 (suppl 1).

- Cefaleas primarias: las más frecuentes, se caracterizan por ser recidivantes y de curso benigno. En este grupo se incluyen:

- migraña sin aura
- migraña con aura
- cefalea tensional
- cefalea crónica diaria por abuso de medicación.
- Cefalea en racimos.

- Cefaleas secundarias: se caracterizan por ser síntoma de una patología subyacente (traumatismo craneal, trastornos vasculares, alteraciones metabólicas, alteraciones

¹ -Headache among medical and psychology students. Ferri-de-Barros JE, Alencar MJ, Berchielli LF, Castelhamo Junior LC. Arq Neuropsiquiatr. 2011 Jun;69(3):502-8

-Drug Ther Bull. 2010 Jun;48(6):62-5. Acupuncture for tension-type headaches and migraine.

estructurales craneales, infecciones, neuralgias, etc.) y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional y atención especializada.

Fármacos utilizados como tratamiento preventivo en cefaleas primarias.

Entre otros, los más utilizados son:

Betabloqueantes: Propanolol, nadolol, atenolol, metoprolol, timolol

Calcioantagonistas: Flunarizina, verapamilo, nifedipino, diltiazem, nimodipino.

Antidepresivos: Amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, paroxetina.

Antiepilepticos/neuromoduladores: Gabapentina, topiramato, ácido valproico, lamotrigina, carbamazepina.

Ansiolíticos y relajantes: Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam, Ketazolam, Clorazepato.

Fármacos utilizados como tratamiento sintomático en cefaleas primarias.

Entre otros:

1. Analgésicos simples: paracetamol, ácido acetilsalicílico.
2. Analgésicos combinados: +cafeína, +AINE.
3. AINES: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, ketorolaco.
4. Ergotamínicos: ergotamina, dihidroergotamina, ergonovina.
5. Esteroides: dexametasona, prednisona.
6. Triptanes: Sumatriptan, rizatriptan, frovatriptan, almotriptan, zolmitriptan, naratriptan, eletriptan, donitriptan.

Síntomas de Riesgo en cefaleas primarias (migrañas)

1. Dolor de intensidad y duración variable

2. Síntomas visuales limitantes (escotoma, diplopía, centelleo, destellos, fotofobia, lacrimo) Hay que considerar que más del 90% de la información que recibe el conductor le llega a través de la visión².
3. Síntomas sensitivo-motores en miembros superiores o inferiores, reversibles (parestias, hormigueo, pérdida de fuerza o sensibilidad, alteraciones de la movilidad)
4. Mareo, alteraciones del equilibrio o la estabilidad
5. Nauseas o vómitos
6. Somnolencia, alteraciones de la concentración, letargo, agotamiento.

Riesgos asociados a fármacos y ligados a la conducción de vehículos o al uso de maquinarias peligrosas.

Un fármaco es aquella sustancia química purificada que se utiliza para el tratamiento, la cura, la prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado. Pero, antes de que un fármaco inicie su comercialización es sometido a numerosos estudios y análisis encaminados a evaluar si los beneficios aportados superan a los posibles riesgos, de forma que sólo si el balance es positivo, las autoridades sanitarias proceden a su aprobación. No obstante, ningún fármaco es seguro al cien por cien, siempre existen riesgos. Todos los fármacos utilizados actualmente, incluso los remedios naturales, pueden presentar efectos no deseados para como **efecto o reacción adversa de un medicamento**, cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser la salud.

Según el RD 1344/2007, se define humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos,

² Médicos por la Seguridad Vial. Campaña 2006. Instituto de Seguridad Vial. Fundación MAPFRE

incluyendo las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación.

De su detección, coordinación, estudio y prevención se encarga la farmacovigilancia, ocupándose también de cualquier otro problema relacionado con los medicamentos, incluidos los errores de medicación que provocan daños en el paciente.

En España, la farmacovigilancia se organiza a partir de 17 centros autonómicos que forman el Sistema Español de Farmacovigilancia Humana (SEFV-H). El SEFV-H es coordinado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). La AEMPS comparte las reacciones adversas graves con la Agencia Europea de Medicamentos y con las demás agencias nacionales del medicamento de la Unión Europea³

La mayoría de las reacciones adversas son predecibles y muchas se pueden prevenir. Gran parte de las sospechas de reacciones adversas parten de lo que cuentan los pacientes a los profesionales sanitarios y de la notificación que éstos hacen de estos efectos no detectados a las entidades encargadas de la vigilancia farmacológica. Por ello es trascendental la participación activa del profesional sanitario, debiendo informar de los síntomas no esperados que noten los pacientes durante el tratamiento⁴

Al estudiar la epidemiología de las causas de accidentalidad laboral, se contempla siempre al factor humano como uno de los posibles orígenes de los accidentes laborales. La tensión emocional, la angustia, el estrés, el déficit visual, junto con la ingesta de medicación, se describen como factores de riesgo, de origen humano, que aumentan la posibilidad de que ocurran lesiones o accidentes.

³ Efectos adversos de los medicamentos. Revista Ocu-salud nº84 Jun/Jul 2009. Disponible en: <http://www.aemps.es/cuidadanos/farmacovigilancia/home.htm>.

⁴ Notificación de sospechas de reacciones adversas, Octubre 2008. Subdirección General de medicamentos de uso humano. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: fvigilancia@agemed.es

El **Reglamento General de Circulación** prohíbe conducir tras haber ingerido medicamentos que “alteren el estado físico o mental”. Así se especifica en su **artículo 27** dice que:

*"No podrá circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, el conductor que haya ingerido o incorporado a su organismo drogas tóxicas o estupefacientes, o **se encuentre bajo los efectos de medicamentos u otras sustancias que alteren el estado físico o mental apropiado para hacerlo sin peligro**".*

Por todo lo reflejado hasta ahora, en los pacientes con cefalea es de especial interés la **puesta en marcha de actuaciones preventivas**, que permitan disminuir el riesgo de accidentes de tráfico en estos enfermos. Para ello, es **de especial interés por ello, la puesta en marcha de actuaciones preventivas**:

1. Valorar los efectos adversos de los fármacos utilizados en el tratamiento de la cefalea.
2. Evaluar y valorar los factores de riesgo en relación con la conducción de vehículos, tanto por la propia enfermedad como por los fármacos, y planificar las actuaciones necesarias para su prevención:
 - a) Dificultad para la concentración
 - b) Alteraciones de la visión
 - c) Fatiga
 - d) Lentitud de respuesta y falta de coordinación motora
 - e) Reducción de la alerta / atención
 - f) Desprecio de la percepción del riesgo
 - g) Trastornos del ánimo
 - h) Trastornos de sueño

En la **Tabla del Anexo II**, se relacionan los efectos adversos más relevantes de aquellos fármacos utilizados con mayor frecuencia en el tratamiento de los distintos tipos de cefaleas⁵ y su posible interferencia en la accidentalidad laboral.

Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia: Muy frecuentes: $\geq 1/10$ (al menos 1 de cada 10 pacientes); Frecuentes: $\geq 1/100$, $< 1/10$ (al menos 1 de cada 100 pacientes, pero menos de 1 de cada 10 pacientes); Poco frecuentes: $\geq 1/1.000$, $< 1/100$ (al menos 1 de cada 1.000 pacientes, pero menos de 1 de cada 100 pacientes); Raras: $\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$ (al menos 1 de cada 10.000 pacientes, pero menos de 1 de cada 1.000 pacientes); Muy raras: $< 1/10.000$ (menos de 1 de cada 10.000 pacientes); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) .

CONSEJOS-RECOMENDACIONES PREVENTIVAS EN ESTAS PATOLOGIAS

A) Para los pacientes con cefaleas

Los avances farmacológicos de los últimos años y especialmente la aparición de fármacos específicos para el tratamiento de la cefalea, han contribuido de forma decisiva a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen cefaleas, tanto en el plano personal como laboral y han supuesto una disminución de las repercusiones económicas de estas enfermedades, al disminuir las bajas por enfermedad, mejorar la productividad o reducir las estancias en hospitales, entre otros. Pero todos estos beneficios, claramente demostrados, no se han conseguido sin ningún coste. El aumento de la potencia de los nuevos fármacos además de proporcionar una mayor eficacia, también comporta una mayor frecuencia y gravedad

⁵ Referencias:

-Vademecum Internacional, Edición 2007. Editorial Medicom.

-Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

de efectos no deseados o reacciones adversas. No obstante, es irrefutable que el beneficio global de los medicamentos ha sido muy positivo.

Un **medicamento** es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. Considerándose también como tales aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas usadas para establecer un diagnóstico médico⁶.

La **automedicación** es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).

La automedicación responsable puede ser conveniente si se utiliza para tratar síntomas menores, como por ejemplo el dolor, la fiebre, la acidez de estómago, el resfriado, etc. y durante un tiempo limitado. De hecho, existen medicamentos que no necesitan receta médica para su dispensación en la farmacia. Aun así, que un medicamento no requiera receta para su venta, no quiere decir que sea inocuo y no pueda resultar perjudicial en determinadas situaciones, puesto que no deja de ser un medicamento⁷.

La automedicación sin control médico o farmacéutico comporta una serie de riesgos para la salud que en muchos casos son desconocidos por los ciudadanos:

- **Toxicidad:** efectos secundarios, reacciones adversas y en algún caso intoxicación.
- **Falta de efectividad** porque se utilizan en situaciones para las que no están indicados. Por ejemplo, a veces se toman antibióticos por tratar procesos víricos en los que no son efectivos.

⁶ Los medicamentos. CedimCat Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2434/index.html>

⁷ La automedicación. CedimCat Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2434/doc10877.html>

- **Dependencia o adicción.**
- **Enmascaramiento de procesos clínicos graves** y, por tanto, retraso en el diagnóstico y en el tratamiento.
- **Interacciones** con otros medicamentos o alimentos que la persona está tomando. Puede haber una potenciación o una disminución del efecto del medicamento.
- **Resistencias a los antibióticos.** El uso excesivo de antibióticos puede hacer que los microorganismos desarrollen mecanismos de resistencia ante éstos de forma que dejen de ser eficaces.

Estos riesgos se pueden evitar siguiendo unos **consejos básicos sobre la automedicación:**

- En general, evitar la automedicación. No tome ningún medicamento que deba ser prescrito por un médico, sin su previa supervisión. Pida consejo al farmacéutico en caso de necesitar medicamentos que no requieren receta médica para su dispensación.
- La automedicación debe tener una duración razonable. Si los síntomas continúan o su estado empeora consulte a su médico.
- Seguir las instrucciones de su médico sobre cómo utilizar la medicación, qué dosis tomar, cómo y durante cuánto tiempo. Si olvida una dosis, consulte lo que ha de hacer. En general, si ha transcurrido poco tiempo, tome la dosis lo antes posible, pero si ha pasado un periodo más largo (más de la mitad del intervalo entre dos dosis consecutivas), sáltesela y siga con la dosis siguiente en su horario normal.
- Consultar al médico sobre el tipo de tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta el tipo de actividad que se vaya a realizar.
- Leer y conservar siempre los prospectos de los medicamentos que se vayan a ingerir, sobretodo en caso de iniciar un nuevo tratamiento.

Conserve los medicamentos en su embalaje original. Éste contiene información importante como la caducidad, el lote, si se debe guardar en nevera, etc. Además el embalaje protege el medicamento y garantiza su adecuada conservación⁸.

En la mayoría de los casos, las personas que consuman un fármaco no experimentarán reacciones adversas, sin embargo nunca se podrá descartar en su totalidad la posibilidad de que esto ocurra. Ningún medicamento está completamente libre de efectos secundarios, aunque muchos de estos efectos son muy infrecuentes.

Se define como **reacción adversa**, cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos, incluyendo las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación⁹.

Dependiendo del estado de la persona, algunos medicamentos de uso común pueden constituir un riesgo.

Consejos básicos para reducir el riesgo de padecer **reacciones adversas** a los medicamentos:

- No tome ningún medicamento que no sea una especialidad farmacéutica publicitaria (EFP), sin que haya sido prescrito por un médico. Incluso en el caso de las EFP, pida consejo a su farmacéutico. Si los síntomas continúan o su estado empeora consulte con su médico.

⁸ Notificación de sospechas de reacciones adversas, Octubre 2008. Subdirección General de medicamentos de uso humano. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: fvigilancia@agemed.es

⁹ Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE número 262 de 1/11/2007, páginas 44631 a 44640.

- Informe a su médico de todos los medicamentos que toma o ha tomado recientemente (también las hierbas medicinales, vitaminas, suplementos dietéticos, homeopatía, etc.).
- Lea y conserve el prospecto del medicamento.
- No tome dosis superiores o inferiores a las que le ha recetado el médico.
- No abandone el tratamiento antes del tiempo durante el que se lo ha prescrito el médico aunque se encuentre mejor.
- Si al finalizar el tratamiento aún no se encuentra bien, no prolongue el tratamiento por su cuenta sin consultar con el médico.
- Evite el consumo de alcohol cuando esté tomando medicamentos ya que puede afectar a su capacidad de reacción por ejemplo en la conducción de vehículos o en la realización de otras actividades peligrosas.
- Intente conocer la respuesta individual ante la medicación que está tomando. Evalúe la afectación de sus habilidades para realizar tareas complejas. Si se observa que el tratamiento influye sobre los reflejos, la capacidad de concentración, produce somnolencia, etc., se debe indicar al médico prescriptor y evitar conducir o exponerse a determinados riesgos relacionados con el trabajo.

Se dice que existe una **interacción medicamentosa** cuando un fármaco no ejerce el efecto esperado ya sea debido a la administración simultánea (al mismo tiempo) o sucesiva de otro medicamento, fármaco, hierba medicinal, alimento, bebida o contaminante ambiental. Hay ciertas condiciones fisiológicas (como el embarazo) o patológicas (como la insuficiencia renal o hepática) que también pueden afectar al comportamiento de un determinado medicamento en nuestro organismo.

El resultado de una interacción se puede traducir en una disminución del efecto del medicamento y un consecuente posible fallo del tratamiento, la aparición de efectos

secundarios inesperados o un aumento del efecto del medicamento y, por ello, posible toxicidad¹⁰.

Consejos básicos sobre las interferencias medicamentosas:

- Cuando se prescriben varios medicamentos o se añade un nuevo medicamento a su plan de medicación, pregunte a su médico o farmacéutico qué fármacos puede tomar juntos y entre cuales debe haber un tiempo de separación entre ellos, y ante cualquier duda consúlteles: ¿Qué debo esperar de este nuevo medicamento?, ¿Puedo tomarlo junto con otros medicamentos o suplementos dietéticos?, ¿Debo evitar ciertos alimentos, bebidas u otros productos?
- Es muy importante que el paciente conozca en cada momento la medicación prescrita, el motivo por el cual su médico se le ha prescrito y cómo debe tomársela.

B) Medidas preventivas para los pacientes con cefalea que conducen o manejan maquinaria peligrosa.

La acción de conducir un vehículo o de manejar cualquier máquina compleja, con independencia de los riesgos que ello implique, requiere un proceso continuo de integración de las áreas sensoriales, cognitiva y motora cerebrales, amén de unas condiciones físicas tanto más exigentes cuanto mayor sea la responsabilidad que ello implique. Muchas de estas capacidades son susceptibles de verse afectadas de forma temporal o permanente por una amplia diversidad de factores: fisiológicos, patológicos, farmacológicos, etc.¹¹

¹⁰ Uso seguro de los medicamentos. CedimCat Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2456/index.html>

¹¹ Medicamentos y conducción. Asociación Foro Farmacéutico. 7ª Campaña del Foro Farmacéutico. Publicado en www.correofarmacéutico.com el 28/03/2003.

- Deben evitarse mientras se conduce aquellos factores que puedan desencadenar o empeorar la cefalea y a su vez ocasionar despistes, como las discusiones con compañeros de viaje, la radio en un volumen muy alto, los destellos luminosos, la insolación, etc.

Los conductores de vehículos o maquinarias deben procurar adoptar una postura confortable en el vehículo para evitar posturas forzadas, movimientos repetitivos y sobreesfuerzos musculares de la columna vertebral que podrían desencadenar o potenciar la cefalea.

Una posición adecuada del reposacabezas, permitirá además evitar o minimizar posibles lesiones cervicales (latigazo cervical) en caso de accidente de tráfico.

- Antes de iniciar un viaje o una jornada laboral se deben valorar los aspectos ergonómicos colocando adecuadamente el respaldo del sillón, el refuerzo lumbar, la altura del asiento, el reposacabezas, los retrovisores y la distancia al volante y a los pedales.
- Si se utiliza casco, se debe escoger el modelo que mejor se adapte a nuestras condiciones anatómicas, evitando que el peso del mismo y la mala adaptación al tamaño de la cabeza o del cuello, empeore la situación de base.

La fatiga y el sueño producen cefalea y, a su vez, la fatiga y la cefalea podrían incrementar la somnolencia mientras se conduce un vehículo¹².

- Se debe descansar en cantidad y calidad adecuada antes de iniciar un viaje.
- En caso de padecer de síndrome de apnea del sueño asociado a la cefalea, se hará constar esta situación tanto al médico del trabajo como al médico asistencial.

¹² Enfermedades neurológicas. Médicos por la Seguridad Vial: Capítulo 11 Parte I. Fundación MAPFRE.

Disponible en: <http://www.medicosporlaseguridadvial.com/index.asp>

- Evitar la ingesta de fármacos que puedan ocasionar somnolencia o cefalea como efecto adverso o que potencien este efecto junto con la medicación prescrita para la cefalea.

Algunos tipos específicos de cefaleas como por ejemplo, la Migraña con aura, la Neuralgia del trigémino, las algias vasculares o la Arteritis temporal de Horton, cursan con accesos dolorosos intensos que hacen que se extreme el riesgo de un accidente laboral y que incapacitan de forma temporal para la conducción y, en general, para la realización de la mayoría de las tareas de un puesto de trabajo, de forma temporal¹³.

- El paciente que conduciendo comienza con síntomas iniciales jaquecosos debe detener el vehículo en un lugar seguro, solicitar ayuda y no forzar la conducción.
- Es conveniente llevar entre la documentación un informe médico con los datos básicos de la enfermedad y de los fármacos prescritos, tanto para los agentes de tráfico, como para el servicio de urgencias o el facultativo que hubiera de atender al paciente en caso de urgencia.
- No se recomienda volver a conducir tras el cese inmediato de la crisis, pues la misma cefalea o los efectos secundarios de los fármacos (triptanos, ergotamínicos, antiepilépticos, etc.) se acompañan con frecuencia de la aparición de somnolencia.

C) Recomendaciones al personal sanitario que prescribe fármacos con riesgo potencial de interferir en la conducción de vehículos o uso de maquinaria peligrosa

En la historia clínica es fundamental reseñar si el paciente, por su trabajo o por su forma de vida, desarrolla una actividad en la que la clínica de **cefalea**, o los posibles **efectos adversos** por la medicación indicada, puedan suponer un riesgo de accidente.

¹³ Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes (Monografía 2009). Editorial: Lettera Publicaciones, S.L.

Cuidar la prescripción, valorando circunstancias individuales y laborales, tratando de seleccionar, de entre la oferta de fármacos de los que disponemos, aquellos que menos limiten la capacidad laboral y que minimicen o eviten el riesgo de accidentalidad¹⁴.

Interrogar siempre por los medicamentos que el paciente está tomando, por ésta u otras patologías, y valorar la posible interferencia con la medicación que se prescribe, el rendimiento psicomotor y la capacidad para realizar actividades laborales.¹⁵

Establecer pautas terapéuticas que supongan las mínimas interacciones posibles para la realización de las tareas propias del puesto de trabajo, considerando la posibilidad de dosis fraccionadas o nocturnas o evitando formas de administración asociadas a la presencia de efectos secundarios más frecuentes¹⁶.

Tranquilizar al paciente, explicándole los aspectos básicos de la migraña o del tipo de cefalea que padezca, educando y asesorando sobre los hábitos de vida más aconsejables y advirtiéndole, que si toma medicamentos, debe extremar la precaución en la conducción o en el manejo de maquinaria, si toma medicamentos¹⁷.

Recomendar al trabajador que analice su situación personal y busque causas o agravantes de su cefalea; esto restará preocupación y ansiedad al paciente y facilitará que encuentre soluciones alternativas y evitar abusar de los medicamentos.

En las Neuralgias del trigémino, si quedan secuelas neurológicas posteriores a la cirugía, deben ser comunicadas mediante informe médico, evaluar la capacidad de conducción del paciente y aconsejarle en este sentido. Así mismo, se debe recomendar al paciente que para prevenir las descargas dolorosas, no dirija la salida del aire

¹⁴ Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes (Monografía 2009). Editorial: Lettera Publicaciones, S.L.

¹⁵ La automedicación. CedimCat Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2434/doc10877.html>

¹⁶ Medicamentos y conducción. Asociación Foro Farmacéutico. 7ª Campaña del Foro Farmacéutico. Publicado en www.correofarmacéutico.com el 28/03/2003.

¹⁷ Enfermedades neurológicas. Médicos por la Seguridad Vial: Capítulo 11 Parte I. Fundación MAPFRE. Disponible en: <http://www.medicosporlaseguridadvial.com/index.asp>

acondicionado directamente a la cara, no mastique chicle conduciendo, y procure conducir calmado sin apretar los maxilares.

Se desaconseja la conducción en la cefalea ocasionada por anemia, hasta que la causa esté solucionada, y el tratamiento haya remontado hasta la normalidad y de forma estable las cifras de hemoglobina¹⁸.

La cefalea que con frecuencia acompaña a los conductores con insuficiencia respiratoria por EPOC, es un síntoma que debe inducir al médico a desaconsejar la conducción a su paciente, hasta que se consiga la mejoría de la enfermedad de base. En caso de padecer SAOS asociado a la cefalea, se hará constar esta situación tanto para su Historial médico-laboral como a su Medico Asistencial¹⁹.

El paciente que es hipertenso y conduciendo comienza con síntomas, debe cuanto antes, aparcarse el vehículo, tranquilizarse y esperar a que los síntomas remitan. Si no mejora, pedirá ayuda para ser llevado al centro médico más cercano y que el médico realice la toma de tensión, confirme el diagnóstico e instaure el tratamiento adecuado. Es importante insistirle al paciente que no debe intentar acudir al centro médico conduciendo.

Al paciente hipertenso y con cefalea pulsátil se le debe recomendar no conducir. En la HTA secundaria y sintomática, se recomienda no conducir hasta que el diagnóstico completo esté realizado, los riesgos de la enfermedad causal se hayan establecido y el tratamiento aplicado sea satisfactorio.

Por tanto, se desaconsejará la conducción al paciente hipertenso sintomático y/o refractario al tratamiento médico, pues estas situaciones dificultan la conducción y aumentan los riesgos al volante. Si las lesiones viscerales son importantes o existen datos de encefalopatía hipertensiva, no se podrá conducir.

¹⁸ Enfermedades neurológicas. Médicos por la Seguridad Vial: Capítulo 11 Parte I. Fundación MAPFRE. Disponible en: <http://www.medicosporlaseguridadvial.com/index.asp>

¹⁹ Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes (Monografía 2009). Editorial: Lettera Publicaciones, S.L.

El conductor que es diagnosticado de cefalea secundaria a accidente vascular cerebral, no puede conducir hasta la resolución del cuadro clínico sin secuelas, y siempre con informe médico favorable en este sentido.

La legislación vigente [Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, Ley General de Sanidad de 1986, Real Decreto 1344/2007 sobre farmacovigilancia humana²⁰) obliga a todos los profesionales sanitarios a colaborar, mediante la notificación de sospechas de reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Se debe notificar una RAM ante la sospecha de una posible relación causal entre los signos y síntomas del paciente y el uso de un medicamento. Principalmente, se recomienda notificar:

- Todas las sospechas de RAM a los NUEVOS medicamentos lanzados en los 5 últimos años.
- Las RAM “graves” asociadas con el resto de medicamentos, tales como las que:
 - Provoquen la muerte,
 - Amenacen la vida del paciente,
 - Provoquen su hospitalización, o la prolonguen,
 - Ocasionen incapacidad laboral o escolar,
 - Induzcan defectos congénitos, o
 - Sean importantes bajo criterio médico.
- Se deben notificar también las RAM que resulten por interacciones de medicamentos entre sí o con alcohol, tabaco, o incluso con alimentos (zumo de cítricos como pomelo, y crucíferas, etc.), o que se originen por errores de medicación (por nombres

²⁰ LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 178, de 27 de julio de 2006).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986, páginas 15207 a 15224
Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE número 262 de 1/11/2007, páginas 44631 a 44640.

parónimos, o durante la administración, la dispensación o la prescripción y que provoquen daño al paciente)²¹.

Los profesionales sanitarios deben actualizar su información sobre la seguridad de los medicamentos que utilizan (RD 1344/2007, artículo 7). Disponen de la Ficha técnica de la gran mayoría de medicamentos en uso. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) pone a su disposición las fichas técnicas y prospectos actualizados, a través de su página Web (www.agemed.es >> en 'Búsqueda de Medicamentos autorizados').

Advertir al trabajador que la interacción del alcohol con los fármacos deteriora la capacidad psicomotriz y cognitiva, y que los efectos adversos no sólo dependen de factores inherentes al fármaco, sino también de la propia persona, pues los medicamentos afectan por igual a todos los organismos²².

La nicotina, por su efecto vasoconstrictor, empeora habitualmente la cefalea. No se debe fumar cuando se conduce. Produce distracción, riesgo de incendio y, al hacerlo con el habitáculo cerrado, disminuye la capacidad de concentración y atención, aumenta la cefalea y genera posible pérdida de control del vehículo²³.

Realizar y recomendar al paciente que lleve entre la documentación un informe médico con los datos básicos de la enfermedad y de los fármacos prescritos, tanto para los agentes de tráfico, como para el servicio de urgencias o el facultativo que hubiera de atender al paciente en caso de urgencia²⁴.

²¹ Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE número 262 de 1/11/2007, páginas 44631 a 44640.

²² Notificación de sospechas de reacciones adversas, Octubre 2008. Subdirección General de medicamentos de uso humano. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: fvigilancia@agemed.es

²³ Enfermedades neurológicas. Médicos por la Seguridad Vial: Capítulo 11 Parte I. Fundación MAPFRE. Disponible en: <http://www.medicosporlaseguridadvial.com/index.asp>

²⁴ Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes (Monografía 2009). Editorial: Lettera Publicaciones, S.L.

Sería necesario regular la coordinación entre la medicina asistencial y la especializada, fundamentalmente de las unidades de cefalea, con el médico del trabajo, de cara a conocer las circunstancias laborales, las características del puesto y las tareas que realiza el paciente/trabajador²⁵.

Puestos de trabajo que se pueden considerar con especial riesgo de accidentalidad por cefaleas o los fármacos:

- Trabajos en alturas: albañiles, encofradores, arquitectos, ingenieros, técnicos en prevención de riesgos laborales, mantenimiento, electricistas.

- **Conductores de automóviles**, por la posibilidad de accidentes “in itinere” o en misión, que se contempla, en general, como una de las causas más frecuentes de accidentabilidad laboral.

- **Conductores de vehículos de pasajeros:** autobuses, metro, tranvía, trenes.

- Controladores aéreos, pilotos.

- **Conductores de vehículos con mercancías peligrosas.**

- **Conductores de maquinaria industrial:** gruistas, conductores de retroexcavadoras, camiones, remolques,...

- Trabajos de precisión: cirujanos, joyeros, trabajos con determinadas maquinarias que requieran una correcta coordinación psicomotriz, etc.

- Trabajos con maquinas cuyo mal uso, por un factor humano, pueda conllevar un riesgo para la integridad del trabajador: cizalladoras, prensas.

- Trabajadores a turnos (sanitarios, fuerzas de orden público, cadenas de producción).

²⁵ Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes (Monografía 2009). Editorial: Lettera Publicaciones, S.L.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO REALIZADO MEDIANTE ENCUESTA A PACIENTES DE CEFALÉAS CEFALÉAS, MIGRAÑA Y RIESGOS PARA LA CONDUCCIÓN

OBJETIVOS DE LA ENCUESTA CEFALEAS, MIGRAÑA Y CONDUCCIÓN.

1. Conocer la percepción de los pacientes de la Asociación Española de Pacientes con cefaleas, sobre: las características de su dolor, las características demográficas del colectivo de afectados, sus tratamientos.
2. Conocer la repercusión de los efectos adversos de las terapias o la sintomatología que sufren implica y su percepción del riesgo para la conducción de vehículos.
3. Conocer cuál ha sido la respuesta personal del afectado/a o de los agentes de tráfico en las situaciones de posibles limitaciones vividas.
4. Valorar la percepción subjetiva del afectado sobre la necesidad de ser portadores de información médica básica sobre su enfermedad y tratamientos (informe médico)
5. Tener una base sobre la que actuar en el futuro en prevención frente al riesgo potencial de accidentalidad asociado a estas patologías.
6. Establecer estrategias de futuro con esta base entre el colectivo de pacientes afectados de cefaleas y la Fundación MAPFRE y su aportación como entidad de prestigio en esta temática de riesgos en la conducción.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se realiza una encuesta anónima y dirigida a población general afectada de cefaleas y pertenecientes a la asociación española de pacientes con cefalea. La encuesta que consta de 32 preguntas de respuesta múltiple, se cuelga en la página Web de la AEPAC y permanece a disposición de los socios/as desde enero de 2010 hasta enero de 2011. Conjuntamente con la difusión realizada en la AEPAC, la Fundación MAPFRE como entidad que ha trabajado el riesgo en la conducción de forma tradicional en colaboración con distintos grupos de médicos, cuelga la encuesta en su página y facilita el acceso a la de AEPAC.

Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS 17.0. Para el análisis estadístico de los resultados se emplea un descriptivo variables con determinación de frecuencias absolutas y relativas. Se relacionan posteriormente diferentes variables de acuerdo a su proporción en la muestra mediante tablas de contingencia y comparación de proporciones, empleando para ello la prueba de chi cuadrado. El comparativo entre las variables establece un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La encuesta es respondida en su totalidad por 393 personas. Se analizan los resultados de 351 personas que han respondido la encuesta en su totalidad, se han descartado las encuestas incompletas (42 encuestas). Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

1.- ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES RECOGIDAS

Al ser todas las variables categóricas, se hace un estudio de las frecuencias.

En relación con el sexo de los participantes, la mayoría, el 77,8% de las participantes son mujeres.

En relación con la variable de edad el 65,2% de las personas que responden la encuesta se encuentran comprendidas en el bloque de edad de 31 a 50 años y un 25,9 está por debajo de los 30 años, lo que hace de forma conjunta el 91,1 sean personas menores de 50 años y por ello comprendidas en la etapa con mayor productividad social y laboral.

En relación con el país de residencia, el 82,9% son residentes en España, quedando un porcentaje minoritario, del 17,1% de residentes en otros países que han tenido acceso a la página de AEPAC por internet.

En cuanto al tiempo que hace que tiene dolor de cabeza, el 64,6% de las personas que han respondido refieren sufrir de dolor de cabeza más de 10 años y el 15,7% entre 5-10 años, lo que hace que de forma conjunta el 30,3% sufra de dolor de cabeza desde hace más de 5 años.

Respecto al tipo de dolor de cabeza que sufren, el 47,7% refiere sufrir migraña (25,4% con aura y 22,3% sin aura) y el 27,7% refiere sufrir migraña asociada a cefalea tensional.

Preguntados sobre **cuántos días tienen dolor de cabeza al mes**, el 35,5% refiere tener más de 15 días al mes de dolor de cabeza y si se les pregunta si esto se repite **más de 3 meses consecutivos**, el 48,6% responden de forma afirmativa.

En cuanto a la pregunta sobre otras **patologías asociadas o concomitantes**:

- En relación a **ansiedad o depresión**, el 63,4% responden de forma negativa
- En relación a **alteraciones del ciclo del sueño**, el 43,1% refiere dormir bien en general

Con relación a la **toma de fármacos** por sus cefaleas:

- El 95,4% toma de forma habitual **analgésicos**
- Con relación a las **medicaciones preventivas**:

El 49,9% no ha tomado nunca betabloqueantes, si bien un 37% refiere haberlos tomado anteriormente, pero no en ese momento.

El 57,1% refiere no tomar calcioantagonistas, si bien el 34,6% refiere haberlos tomado con anterioridad pero no en ese momento.

El 61,5% refiere no haber tomado nunca amitriptilina, si bien el 25,6% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento.

El 65,2% refiere no haber tomado nunca antidepresivos, si bien el 21,4% refiere haberlos tomado con anterioridad pero no en ese momento.

El 65,1% refiere no haber tomado nunca topiramato, si bien el 23,4% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento.

El 85,2% refiere no haber tomado nunca valproato, si bien el 13,1% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento.

El 91,6% refiere no haber tomado nunca nicardipino, si bien el 6,9% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento

Cuando se pregunta a las 146 personas, de las 351 totales que respondieron afirmativamente a algunas de las cuestiones sobre **fármacos preventivos sobre el tiempo que llevan con dicha medicación**, el 34,9% afirma llevar con ella más de 3 años y el 13,7% entre 1 y 3 años, lo que de forma conjunta hace que el 48,6% de ellos lleve más de 1 año con la medicación preventiva.

EFFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN SOBRE LA CONDUCCIÓN

Preguntados los 146 que refieren tomar **medicación preventiva** sobre los **efectos adversos percibidos** con dichas medicaciones, los resultados son los que se muestran a continuación:

- El 52,7% refieren problemas o dificultad para concentrarse
- El 41,1% refiere alteraciones en la visión
- El 68,5% sensación de fatiga o cansancio
- El 41,1% lentitud de reflejos.
- El 29,5% sensación de desorientación.
- El 42,5% dificultad para encontrar las palabras precisas al hablar.
- El 28,1% lentitud en la respuesta y falta de coordinación en los movimientos.
- El 35,6% reducción de la alerta o de la atención.
- El 11,6% desprecio subjetivo de la percepción de riesgo.
- El 43,8% trastornos del estado de ánimo (tristeza, inquietud).
- El 59,6% trastornos del sueño (somnolencia o insomnio)

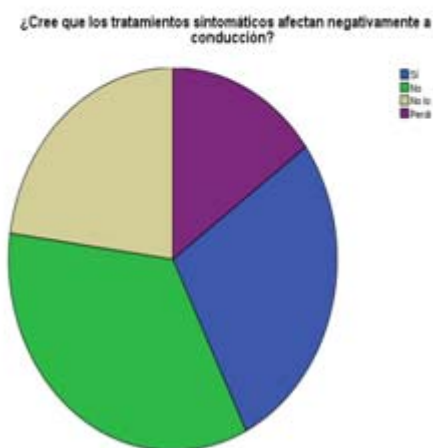
En referencia expresa a la relación de los **efectos adversos de la toma de medicación preventiva y riesgo en la conducción de vehículos**:

- El 71,5% no cree que le afecten negativamente en la conducción (un 38% si lo cree)

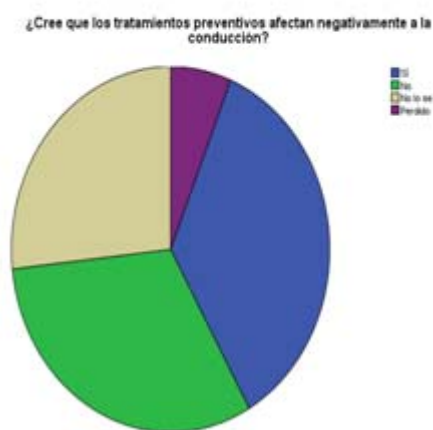
En referencia expresa a la relación de los **efectos adversos de la toma de medicación sintomática y su riesgo en la conducción de vehículos**, en los 333 sujetos que han respondido afirmativamente en la pregunta nº 11 a su toma habitual:

- El 40,6% piensa que no le afectan frente a un 32,5% que si lo cree. Un 26,9% no lo sabe.

Efectos de la medicación sintomática en la conducción



Efectos de la medicación preventiva en la conducción



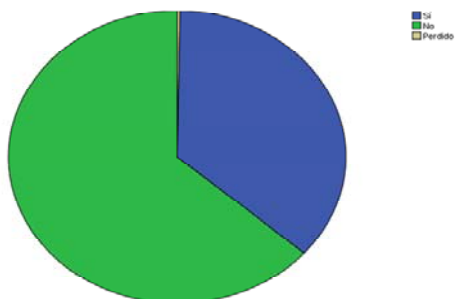
En referencia a la relación de **otros fármacos y sus efectos adversos sobre la conducción de vehículos**:

- El 59,1% piensa que no les afectan y el 40,9% que si lo hacen.

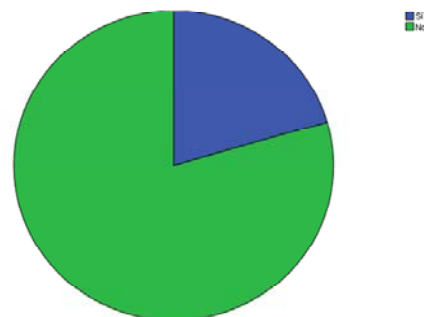
EFECTOS ADVERSOS DE LA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LAS CEFALEAS SOBRE LA CONDUCCIÓN

- El 36,3% de los encuestados ha tenido **problemas de visión o auras visuales** por cefaleas mientras conducía
- El 20,5% de los encuestados ha tenido falta o **disminución de movilidad** de la mano o pierna asociado a la cefalea mientras conducía.
- El 20,8% de los encuestados ha tenido **falta de sensibilidad en la mano o pierna** mientras conducía.
- El 42,6% de los encuestados ha tenido que **dejar de conducir y parar** por problemas asociados a las cefaleas.

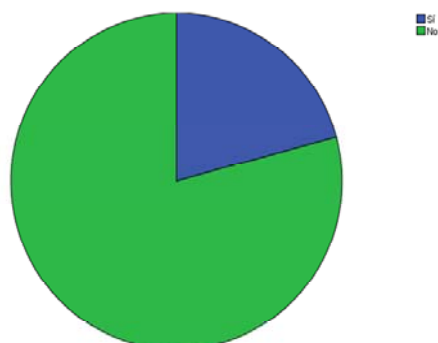
¿Alguna vez ha tenido problemas de visión (aura) mientras conducía?



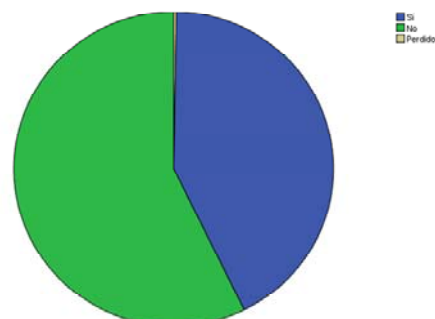
¿Alguna vez ha tenido falta o disminución de movilidad de la mano o pierna mientras conducía con dolor de cabeza?



¿Ha tenido falta de sensibilidad en la mano o en la pierna mientras conducía?



¿Ha tenido que parar de conducir por este problema o por el dolor de cabeza?



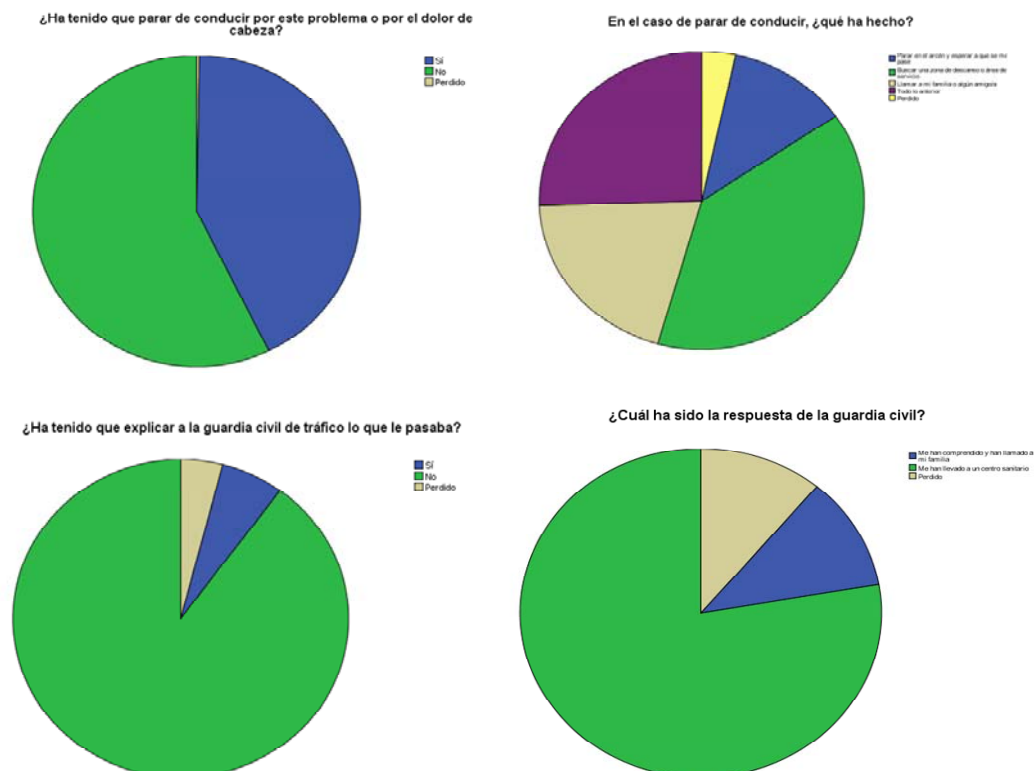
Considerando los 149 casos que han respondido afirmativamente en el caso anterior y habían tenido que parar cuando conducían por estos problemas:

- El 40,3% ha parado en zona de descanso o área de servicio
- El 20,8% ha llamado a un familiar o amigo.
- El 12,5% ha parado en el arcén hasta la desaparición de los síntomas
- El 26,4% ha hecho todo lo anterior

En estos mismos casos, el 93,7% **no** ha tenido necesidad de dar **explicaciones por su comportamiento a la guardia civil de tráfico**.

De los 9 casos que sí habían tenido necesidad de dar una explicación a la guardia civil de tráfico:

- En el 87,5% de ellos los habían llevado a un centro sanitario
- El 12,5% habían llamado a sus familias



Cuando se pregunta sobre la conveniencia de llevar informes médicos sobre la enfermedad o la medicación:

- El 76,4% afirma no llevar ningún informe sobre este tema
- El 78,6% considera conveniente llevar un informe médico explicativo.

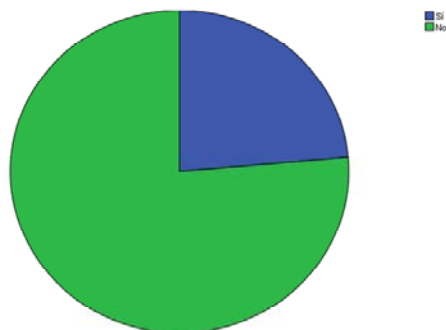
Respecto a la pregunta sobre el **riesgo** que los encuestados consideran que supone la migraña o las **cefaleas para la conducción**:

El 32,9% considera que sí supone un riesgo

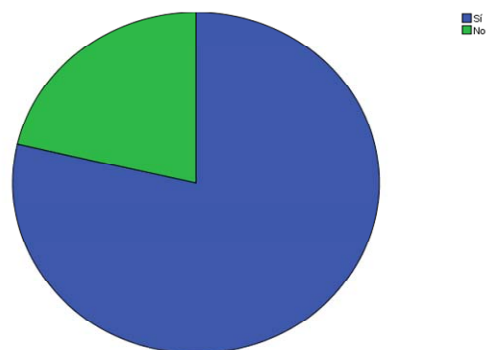
El 54,2% considera que es un riesgo en algunas ocasiones

Un 13% considera que no supone ningún riesgo.

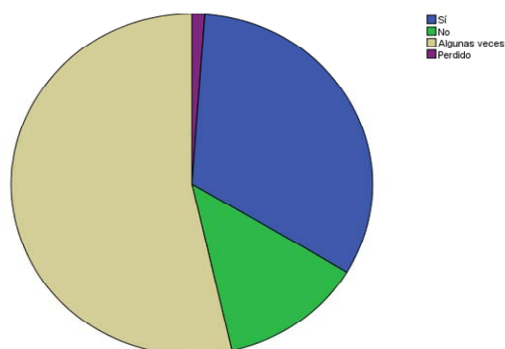
¿Lleva encima algún informe que explique su enfermedad y la medicación que toma?



¿Cree que es conveniente llevar un informe médico explicativo?

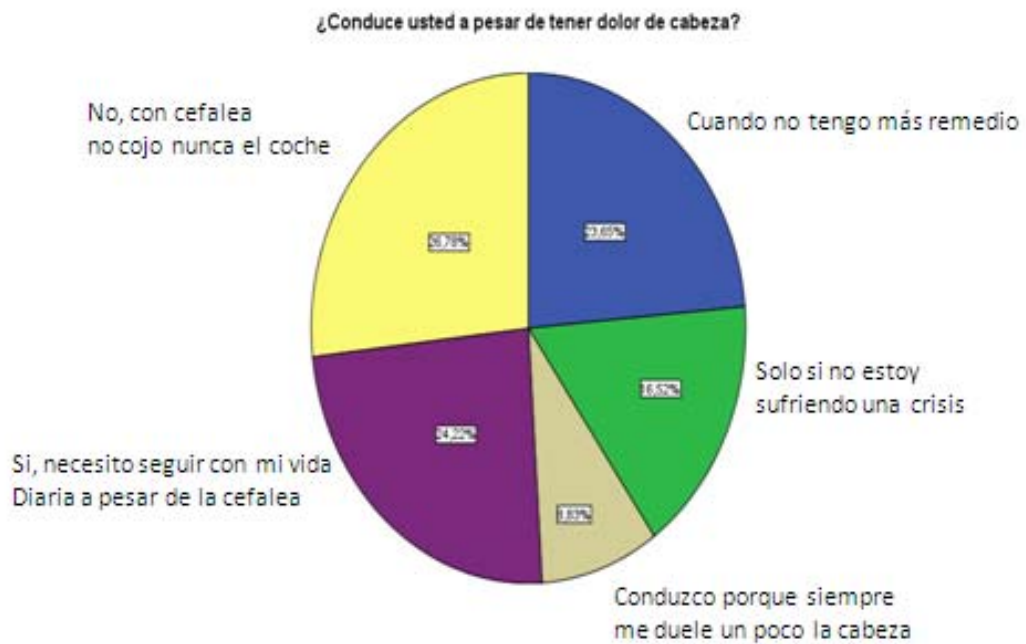


¿Cree que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo para conducir?



A la pregunta **de si conducen a pesar de tener dolor de cabeza:**

- El 26,8 no conduce cuando tiene migraña o cefaleas y el 16,5% conduce solo si no está sufriendo una crisis en ese momento.
- El 24,2% sigue conduciendo porque lo necesita en su vida diaria
- El 23,6% conduce cuando le es imprescindible
- El 8,8% conduce siempre porque tiene habitualmente dolor de cabeza.



2.- VALORACIONES COMPARATIVAS SEGÚN EL TIPO DE CEFALEA

Tipo de cefalea. Entre los encuestados, la mayoría (un 27.7%) sufren migraña y cefalea tensional, seguido de un 25.4% migraña con aura y 22.3% de los encuestados migraña sin aura.

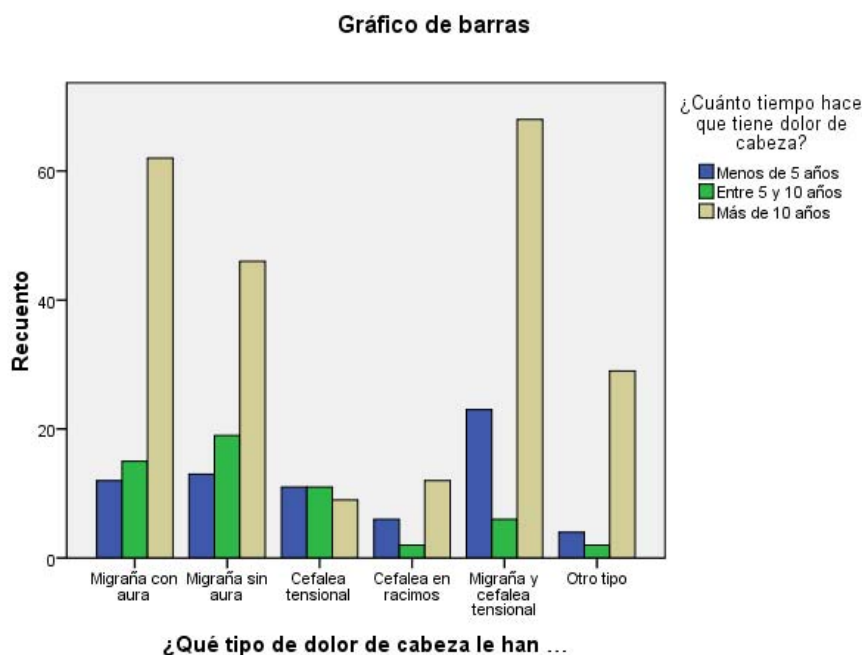


Tipo de cefalea sufrida y Tiempo de evolución de la misma. Existe una relación significativa entre el dolor de cabeza diagnosticado y el tiempo que lleva la persona con dolor de cabeza (test chi-cuadrado p_valor 0.000). Entre las personas con menos de 5 años de evolución del dolor de cabeza, la mayoría (un 33.3%) han sido diagnosticados de migraña y cefalea tensional. Entre las personas con dolor entre 5 y 10 años, la mayoría (un 34.5%) han sido diagnosticadas de migraña sin aura y un 27.3% de migraña con aura. Y de las personas que llevan más tiempo sufriendo el dolor de cabeza (más de 10 años), la mayoría ha sido diagnosticada (con un 30.1%) de migraña y cefalea tensional, seguido de migraña con aura (con un 27.4%).

Se Observa que el tipo de dolor de cabeza se relaciona con las siguientes variables recogidas:

Tipo de dolor de cabeza y Tiempo con dolor de cabeza.

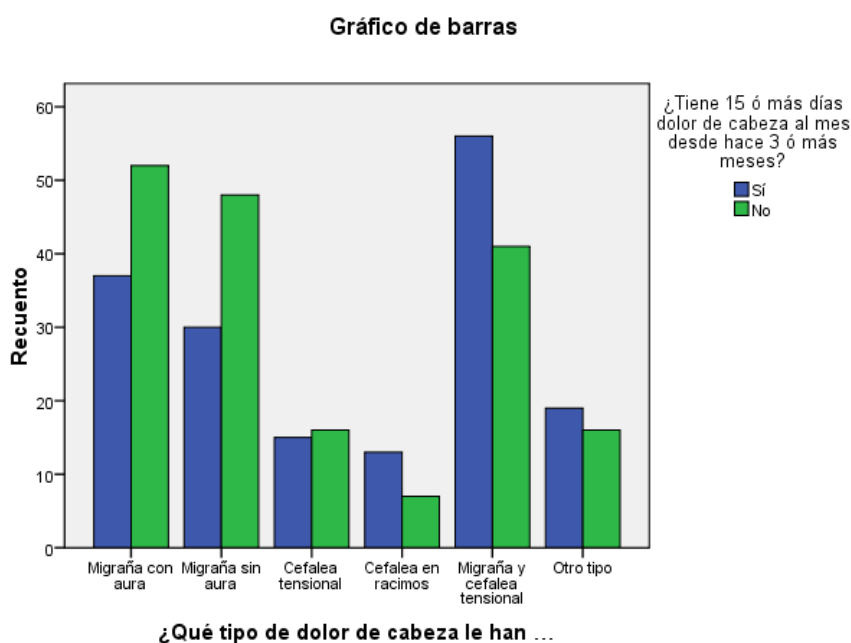
Existe una relación significativa entre el dolor de cabeza diagnosticado y el tiempo que lleva la persona con dolor de cabeza (test chi-cuadrado p_valor 0.000). Entre las personas con **menos de 5 años** con dolor de cabeza la mayoría (un 33.3%) los diagnósticos más frecuentes han sido **migraña y cefalea tensional**. Entre las personas con dolor **entre 5 y 10 años**, la mayoría (con un 34.5%) han sido diagnosticados de **migraña sin aura** seguido con un 27.3% de **migraña con aura**. Y las personas que llevan más tiempo sufriendo el dolor de cabeza (**más de 10 años**), en su mayoría ha sido diagnosticadas (con un 30.1%) de **migraña y cefalea tensional**, seguido de migraña con aura (con un 27.4%).



Tipo de dolor de cabeza y dolor al mes 15 o más días.

Observamos cierta relación (nivel 10%, test chi-cuadrado p_valor 0.055), entre el tiempo que llevan sufriendo dolor de cabeza y la cronificación del dolor (si tienen o no 15 días o más de dolor de cabeza al mes).

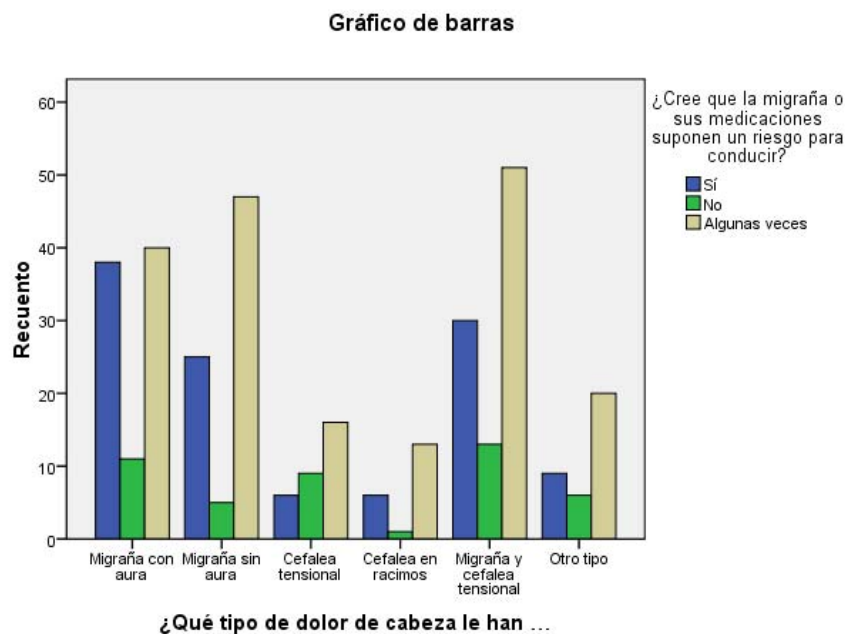
Entre los que tienen migraña con aura y sin aura la mayoría **no** tiene **15 o más días dolor de cabeza al mes** (un 58.4% y 61.55 respectivamente); entre los que tienen cefalea tensional, en un porcentaje parecido (un 48.4% y 51.6%) -sí y no- sufren 15 o más días dolor de cabeza al mes. Y para la cefalea tensional junto con migraña y el resto de dolores diagnosticados la mayoría, sí sufre 15 o más días de cabeza al mes, un 65%, 57.7% y 54.3% en la **cefalea en racimos, migraña y cefalea tensional y otros tipos** de dolor respectivamente.



Tipo de dolor de cabeza, medicaciones que se toman y riesgo en la conducción.

Se observa relación entre los que piensan que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo para conducir y el tipo de dolor de cabeza diagnosticada, con un nivel de significación del 10% (test chi-cuadrado, p_valor 0.060). La mayoría de los que piensan que sí supone un riesgo están diagnosticados de **migraña con aura** (33.3%) seguidos con un 26.3%

diagnosticados de **migraña con cefalea tensional**. Entre los que piensan que algunas veces supone un riesgo, la mayoría con un 27.3% están diagnosticados de **migraña y cefalea tensional**, seguidos con un 25.1% diagnosticados de migraña sin aura. Los que piensan que no supone un riesgo están diagnosticados mayoritariamente de migraña con cefalea tensional (un 28.9%).

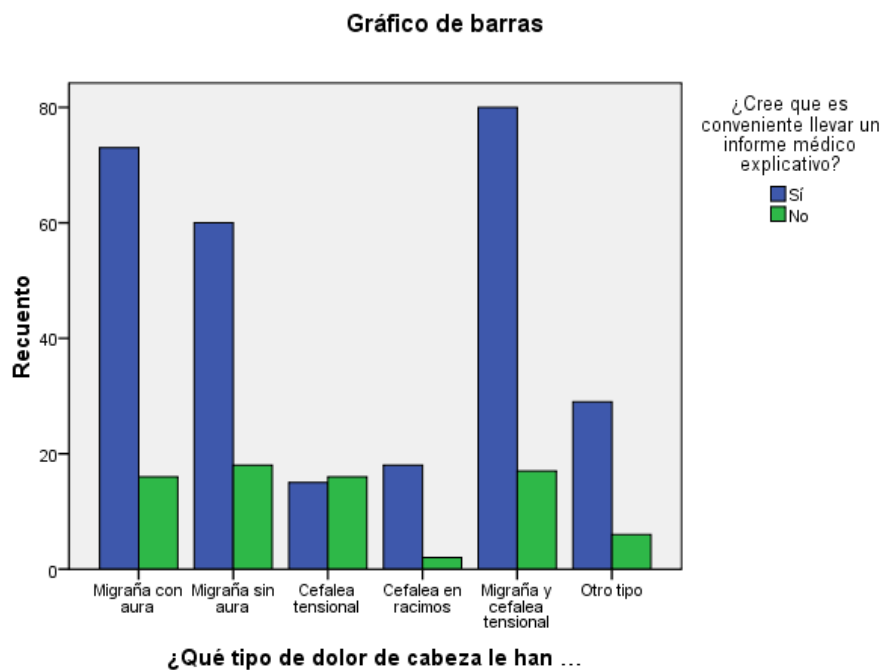


Tipo de cefalea y necesidad de detener la conducción por el dolor de cabeza.

Observamos que se relacionan significativamente el tipo de dolor de cabeza y el haber tenido que parar por el dolor o la falta de sensibilidad en pierna o brazo (test chi-cuadrado p_valor: 0.002). En particular, entre los que han tenido que parar, la mayoría han sido diagnosticados de **migraña con aura** con un 32.2%, seguido con un 24.2% de **migraña y cefalea tensional**; en el caso de los que no han parado nunca, la mayoría están diagnosticados de migraña con cefalea tensional (un 30%) seguidos de los que padecen migraña sin aura con un 28%.

Tipo de dolor de cabeza e informe médico de la patología y sus tratamientos.

No se observa una relación significativa entre las personas que llevan encima un informe médico y el tipo de dolor de cabeza diagnosticado, sin embargo sí existe una relación significativa con el considerar importante el llevar encima tal informe (test chi-cuadrado, p_valor: 0.001). **En todos los tipos de cefalea** la mayoría cree conveniente llevar tal informe, **excepto los diagnosticados de cefalea tensional**, con escasa diferencia entre los que piensan que es importante (48.4%) y los que opinan que no lo es (51.6%).



Para el resto de variables del estudio no se identifica ninguna relación significativa con el tipo de cefalea.

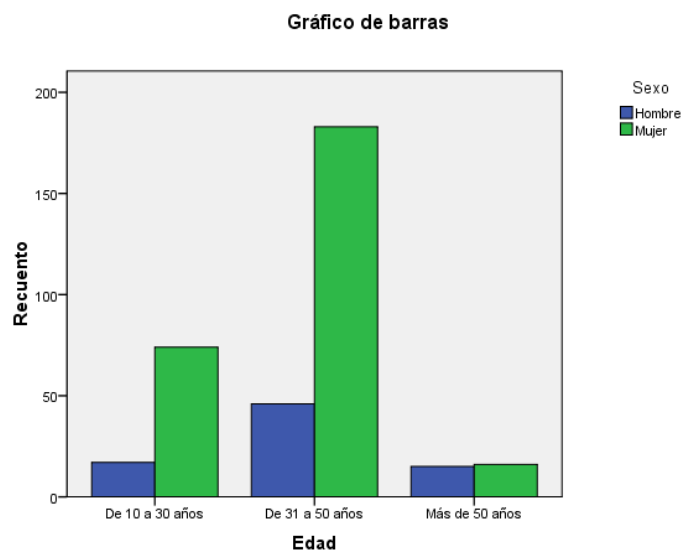
3.- RELACIONES EXISTENTES ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES ANALIZADAS Y LA EDAD Y SEXO DE LOS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA

La encuesta ha sido realizada a 351 personas, 78 hombres (22.2%) y 273 mujeres (77.8%).

En un primer paso se han analizado las relaciones entre las variables recogidas y la edad y sexo de los encuestados y se han obtenido los siguientes resultados con relaciones estadísticamente significativas.

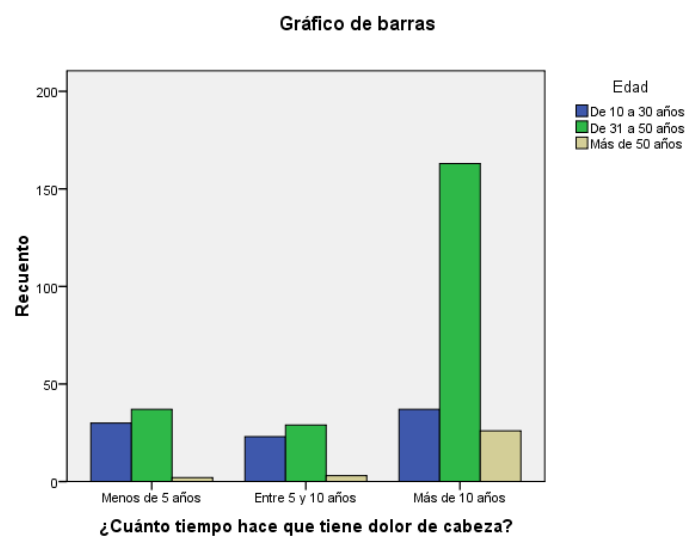
Edad

Se Consideran tres niveles de edad (Entre 10 y 30 años, entre 31 y 50 años, y más de 50 años) y se observa que existe una relación significativa con el sexo (Chi- cuadrado p_valor: 0.001). En el tercer grupo de más edad, existen prácticamente el mismo número de hombres y mujeres (48.4% y 51.5%), pero, sin embargo, en los otros dos grupos de edad, **la mayoría** (un 81.3% y 79.9%) **son mujeres**.



Tiempo que lleva padeciendo de cefaleas

Se Reagrupan en tres categorías los niveles iniciales de esta pregunta pasando de 5 niveles (menos de 1 año; entre 1 y 2 años; entre 2 y 5 años; entre 5 y 10 años; y más de 10 años) a tres niveles (menos de 5 años; entre 5 y 10 años; y más de 10 años). No se observa relación significativa entre el tiempo con dolor de cabeza y el sexo, pero sí con edad (chi-cuadrado p_valor: 0.000): **el grupo de edad entre 31 y 50 años es el grupo que lleva más tiempo con dolor de cabeza** (más de 10 años); solo el 16.4% de las personas entre 10 y 30 años, y el 11.5% de las personas con más de 50 años llevan más de 10 años con dolor de cabeza.



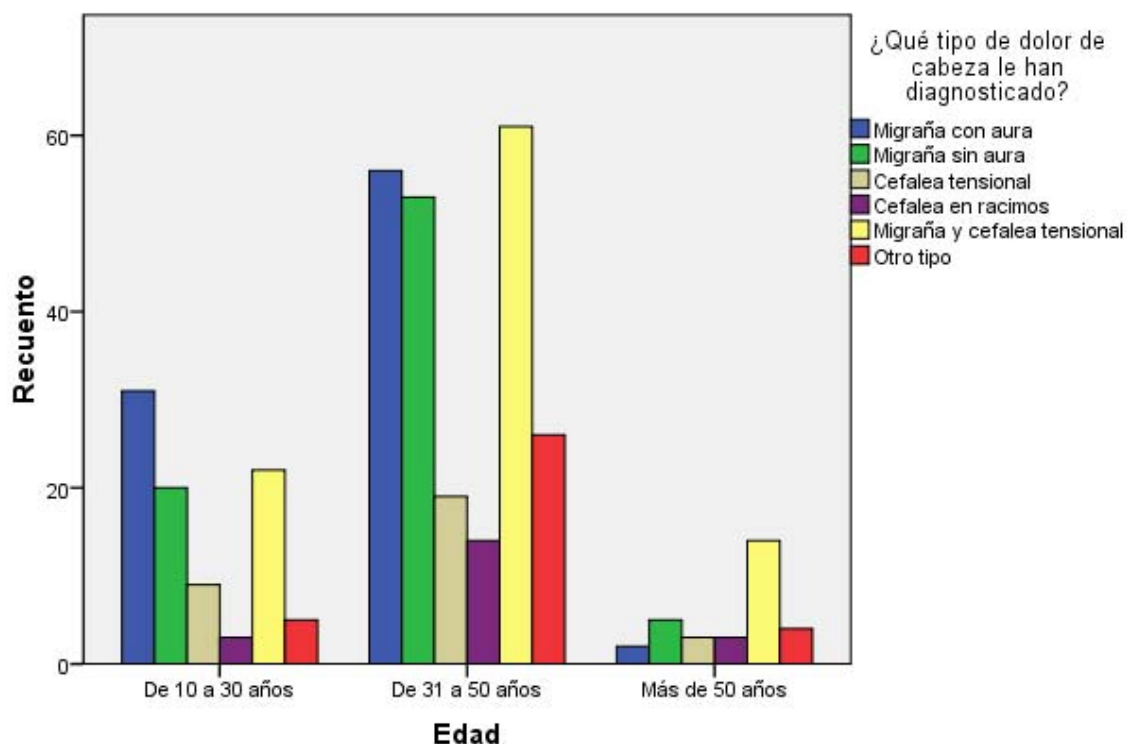
Tipo de dolor de cabeza.

Se observa que existe una relación significativa entre el tipo de dolor de cabeza diagnosticado y el sexo (chi-cuadrado p_valor 0.000).

Dentro de las mujeres el dolor de cabeza más frecuente (en un 32%) **es la migraña y cefalea tensional**, le sigue con un 29% la migraña con aura y con un 21% la migraña sin aura, el resto de dolencias están por debajo del 10%. **Entre los hombres destaca la migraña sin aura** (en un 26.9% de los casos), el resto de dolencias están en un porcentaje similar (entre el 12.8% y 17.9%).

Existe también una relación significativa a un nivel del 10% entre los grupos de edad y el tipo de dolor de cabeza (chi-cuadrado p_valor 0.091). En el grupo más joven destaca con un 34.4% la migraña con aura (seguido de la migraña con cefalea tensional y migraña sin aura en un 24.4% y 22.2% respectivamente; el resto de dolencias por debajo del 10%), en el grupo de edad entre 31 y 50 años con un 26.6% la migraña con cefalea tensional (seguido de la migraña con aura y sin aura con un 24.5% y 23.1% respectivamente; el resto de dolencias por debajo del 11.1%) y en el grupo de edad de más de 50 años destaca la migraña con cefalea tensional (en un 45.2% de los casos, el resto de dolencias por debajo del 6.1%).

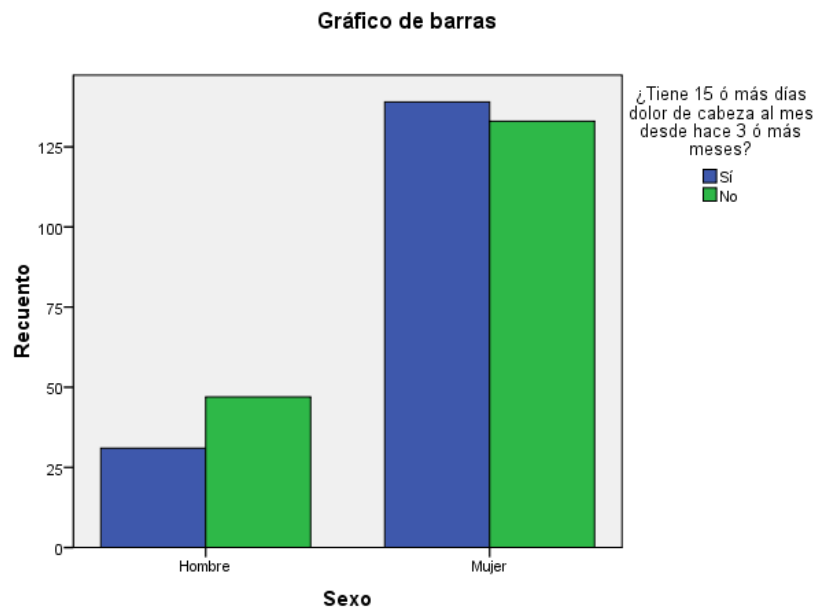
Gráfico de barras



Tener 15 o más días de dolor de cabeza al mes desde hace 3 o más meses.

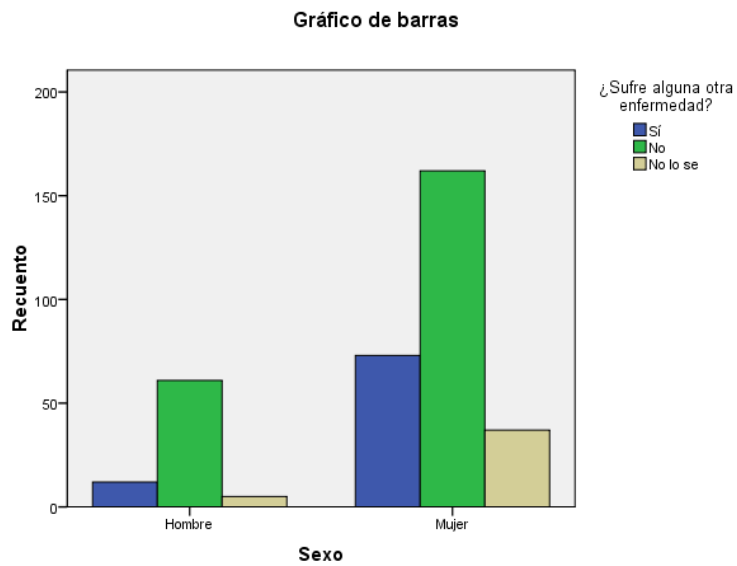
Se observa que en el grupo de mujeres, prácticamente la mitad (51.1%) sufren 15 días o más dolor de cabeza frente a la otra mitad que no (48.9%). Sin embargo en el grupo de hombres el porcentaje de hombres con dolor de cabeza más de 15 días al mes es

inferior (39.7%) al de hombres que no sufren dolor de cabeza (60.3%). Por tanto, los hombres presentan un porcentaje inferior de dolor de cabeza, sin embargo **esa asociación entre el dolor de cabeza y el sexo es ligeramente significativa** (nivel 10%).



Sufre alguna otra enfermedad junto con cefaleas.

Los datos muestran que el 26.8% de las mujeres sufre alguna otra enfermedad, siendo inferior dentro de los hombres este porcentaje: (el 15.4% de los hombres sufren alguna otra enfermedad). Entre las mujeres, el 59.6% no sufren ninguna otra enfermedad y el 13.6% no saben si sufren alguna otra enfermedad. En el caso de los hombres, el 78.2% consideran que no sufren ninguna otra enfermedad y el 6.4% desconocen si padecen alguna otra. Esta asociación entre el padecer otra enfermedad y el sexo es significativa al 1%.



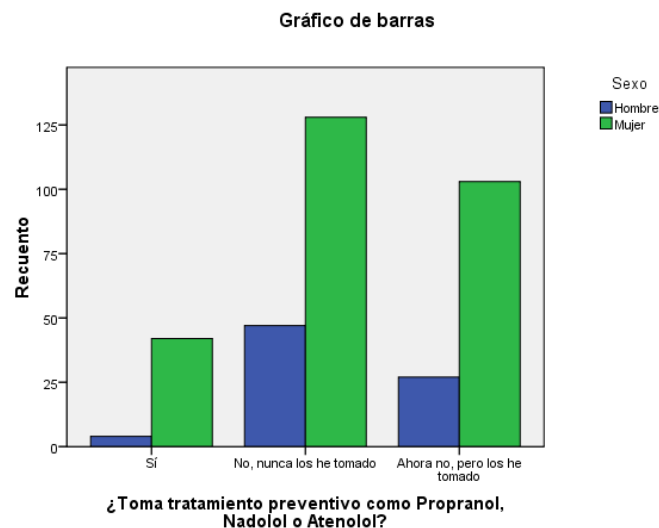
Toma de analgésicos.

Se observa un porcentaje significativamente inferior (Test exacto de Fisher p_valor 0.012) de toma de analgésicos en hombres que en mujeres. En la muestra estudiada, la probabilidad de tomar analgésicos en lugar de no tomarlos es inferior (un 84% menor) en un hombre que en una mujer (Riesgo relativo: 0.266, IC 95%= (0.096,734)



Toma de betabloqueantes.

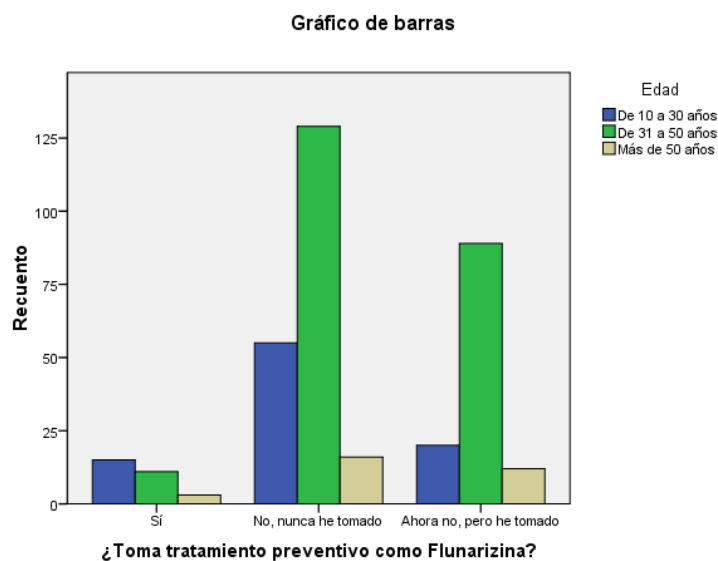
Existe también una relación significativa entre la toma de betabloqueantes y el sexo (chi-cuadrado p_valor 0.027). Un 39.7% de los hombres de la muestra han tomado o toman este fármaco; entre la muestra de mujeres más de la mitad (53.1%) han tomado o toman betabloqueantes.



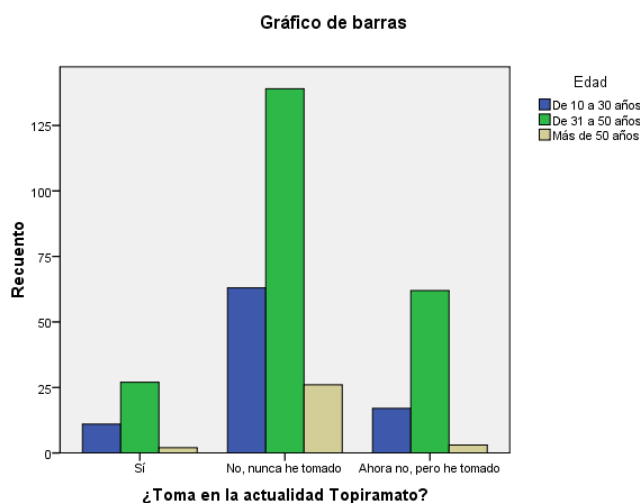
Toma de Flunarizina, Topiramato y Valproato.

La toma de estos fármacos está relacionada con la edad: la toma de flunarizina (al nivel 5% chi-cuadrado p valor 0.002); la toma de Topiramato y Valproato al nivel 10% (chi-cuadrado p valor: 0.091 y 0.071 respectivamente).

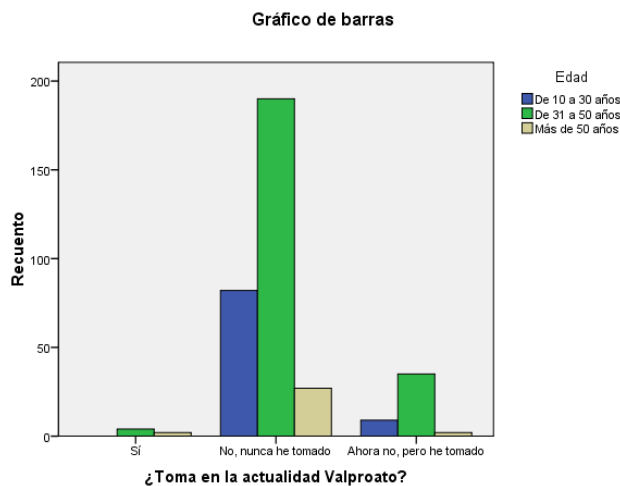
Respecto a la flunarizina, el grupo de edad que lo toma actualmente mayoritariamente es el comprendido entre 10 y 30 años (un 51.7% de los que lo toman pertenecen a este grupo de edad).



En el caso del fármaco **Topiramato**, se observa que en los tres grupos de edad (entre 10-30; 31-50 y más de 50 años) actualmente lo toman el 12.1%, el 11.8% y el 6.5% respectivamente; y nunca lo han tomado el 69.2%, 61% y 83.9 respectivamente.

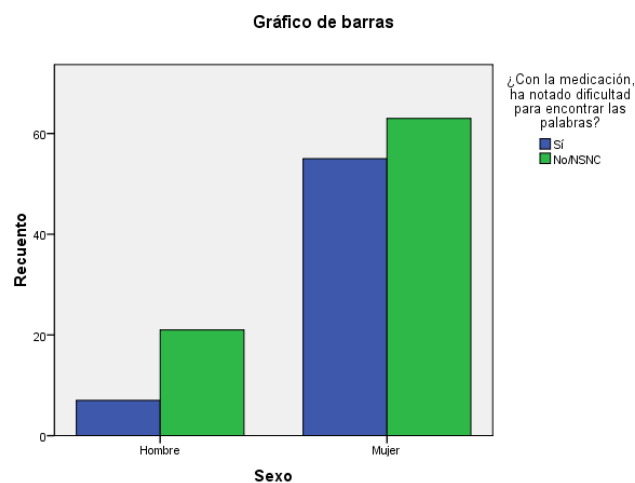


Para el **valproato** los datos muestran que el grupo más joven no lo toma actualmente y el 90.1% de este grupo de edad no lo ha tomado nunca. El grupo de edad que actualmente lo toma mayoritariamente es el grupo entre 31 y 50 años (un 66.7%).



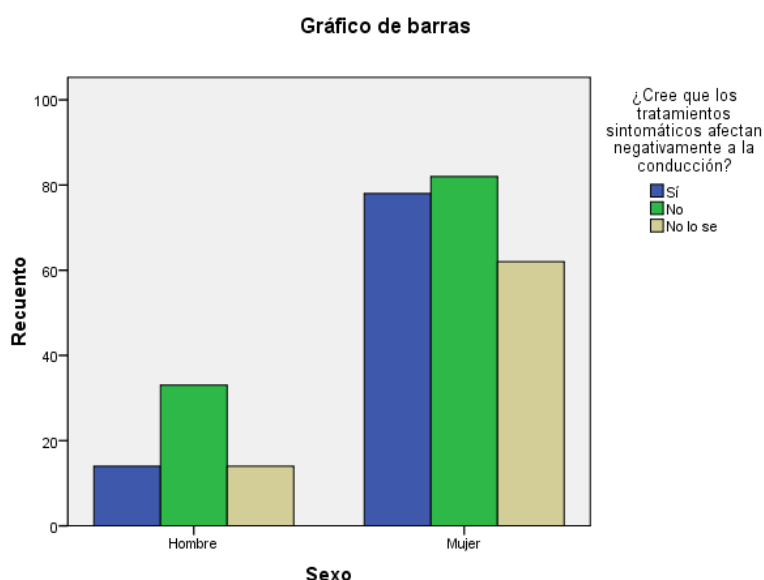
Efecto secundario: Dificultad para encontrar las palabras.

Dentro del estudio de los posibles efectos producidos por la medicación, tan solo se observa relación entre “Dificultad para encontrar las palabras” y el sexo (test chi-cuadrado p valor 0.038). Entre las mujeres, son similares los porcentajes de las que consideran que sí, como las que no tienen dificultad para encontrar las palabras (46.6% sí han notado dificultad y un 53.4% no la ha notado). Mientras que en los hombres, la diferencia es más notable: un 25% ha notado dificultad para encontrar palabras con la medicación frente a un 75% de los hombres que no ha notado este efecto con la medicación.



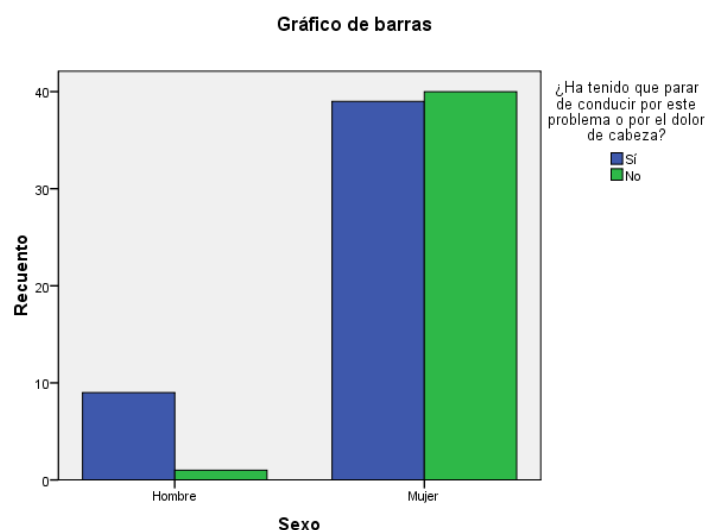
Efecto de los Tratamientos sintomáticos sobre la conducción.

Considerando las 283 personas que toman analgésicos para el dolor de cabeza. Existe una relación significativa (test chi-cuadrado p valor 0.047) entre el sexo y creer que los tratamientos sintomáticos afectan negativamente a la conducción. El 35.1% de las mujeres y un 23% de los hombres piensa que sí afectan, en cambio el 54.1% de los hombres y un 36.9% de las mujeres piensa que no afectan a la conducción (un porcentaje parecido de las mujeres que sí piensan que afectan). El resto, un 21.6% de los hombres y un 27.9% de las mujeres, no saben si afectan o no a la conducción.



Efectos negativos sobre la conducción: Ha parado de conducir por el dolor de cabeza u otro problema relacionado con la cefalea.

Entre las mujeres, el 49.4% sí ha parado de conducir frente al 50.6% que no ha tenido que parar, debido al dolor de cabeza u otro problema como falta de sensibilidad en la mano o pierna. Entre los hombres, el 90% ha parado, frente al 10% que no ha tenido que parar. Esta relación es significativa al 5% (test exacto de Fisher p valor 0.018).



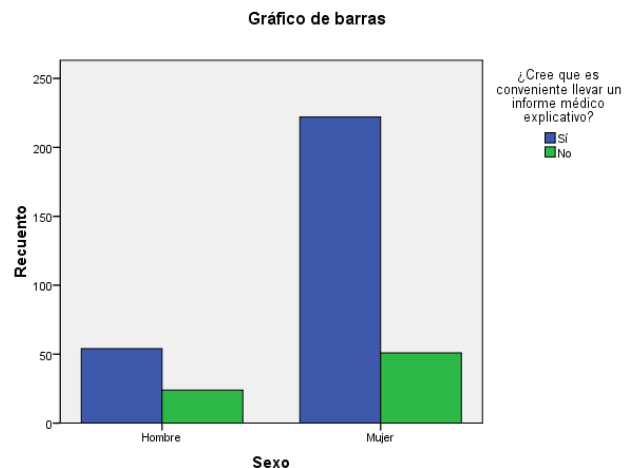
Respuesta ante este problema ¿Qué ha hecho al parar de conducir?

Para las 144 personas que respondieron que sí habían parado por el dolor de cabeza o falta de sensibilidad en la mano o pierna, se observa cierta relación (al nivel del 10%; test chi-cuadrado p-valor: 0.084) entre la actuación al parar y el sexo. Un 13.6% de los hombres y un 12% de las mujeres, paró en el arcén y esperó a que se le pasara. Un 54.5% de los hombres y un 34% de las mujeres, buscó una zona de descanso o área de servicio. Un 15.9% de los hombres y un 23% de las mujeres llamó a un familiar o amigo, y finalmente un 15.9% de los hombres y un 31% de las mujeres hizo todo lo anterior.

Cree conveniente llevar informe médico.

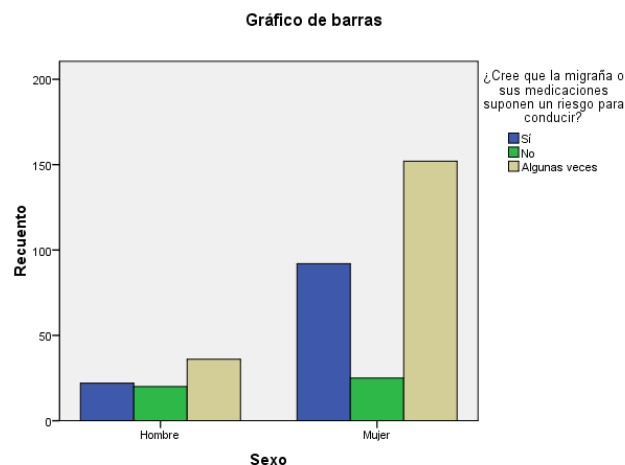
El 76.4% de las personas encuestadas no llevan documentación o informe que explique la enfermedad y medicación que toma. Estudiando la relación con el sexo, no se observa relación significativa, pero sin embargo si hay relación al 5% entre el sexo y el creer conveniente llevar tal información encima (test chi-cuadrado p_valor 0.022). El 69.2% de los hombres sí cree conveniente llevarlo, mientras el 30.8% no piensa que sea conveniente. En el caso de las mujeres el 81.3% cree conveniente llevarlo frente al 18.7% que piensa que no es necesario. Por tanto, más del doble de hombres piensa

que sí es necesario, que hombres que piensan que no es necesario. En el caso de las mujeres, el número que piensa que es necesario es más de cuatro veces superior a las que piensan que no lo es.



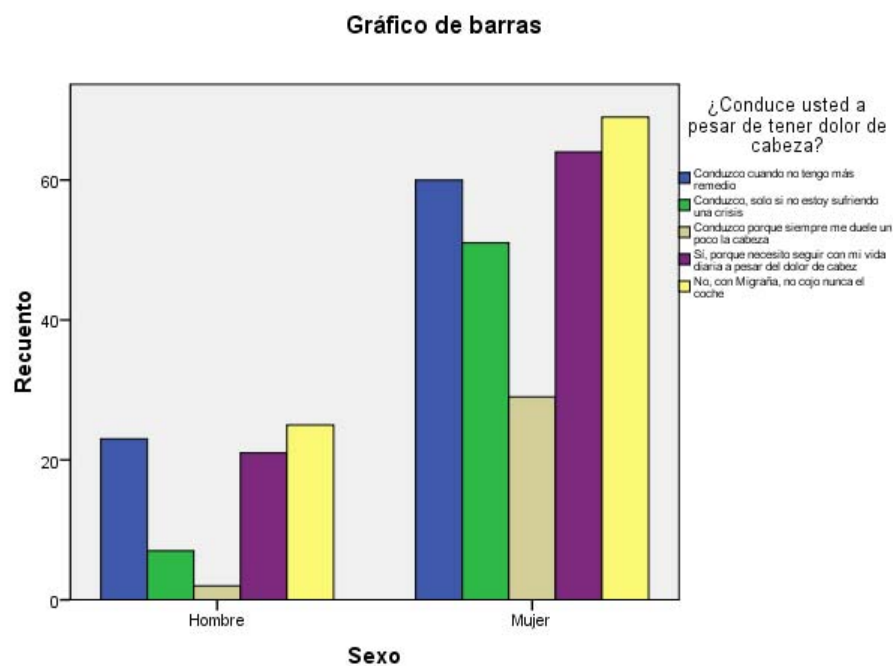
Consideración de que Las cefaleas y en especial la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo en la conducción.

Se detecta la existencia de relación entre creer que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo en la conducción y el sexo del encuestado. Tanto entre los hombres como entre las mujeres, la mayoría piensan que algunas veces es un riesgo (el 46.2% de los hombres y el 56.5% de las mujeres). Un porcentaje parecido de hombres piensa que sí es un riesgo (28.2%) y que no es un riesgo (25.6%). En el caso de las mujeres el 34.2% piensa que sí es un riesgo y solo un 9.3% de las mujeres piensa que no lo es.



Actitud frente a las limitaciones: Conducir a pesar de tener dolor de cabeza.

También existe relación entre conducir con dolor de cabeza y el sexo (test chi-cuadrado, p_valor 0.030). La mayoría de los hombres (el 32.1%) afirma que con migraña no cogen nunca el coche y también la mayoría de las mujeres no cogen el coche con migraña, pero en un porcentaje menor (el 25.3%). Sin embargo el 9% de los hombres dice que conduce solo si no está sufriendo una crisis y en las mujeres este porcentaje es del 18%.



Resumen y Conclusiones

1. Prototipo de persona que ha respondido a la encuesta

Se trata de una mujer, entre 31-50 años, con residencia en España, más de 10 años de evolución de la cefalea que sufre que suele ser migraña (con o sin aura). Una tercera parte tienen más de 15 días al mes de dolor y durante más de tres meses (tendencia al a cronificación), sin otra patología asociada, con ingesta habitual de medicación sintomática para su control, sin que esté tomando en el momento de la encuesta medicación preventiva, pero con referencia a toma de dicha medicación en periodos anteriores. Los que están tomando fármacos preventivos, lo están haciendo durante más de 1 año (entre 1y 3 años)

2. Conclusiones más relevantes

Efectos adversos de la medicación sobre la conducción

- a) Más de la mitad de los encuestados refieren sensación de fatiga o cansancio, efectos adversos sobre la capacidad de concentración y trastornos en el ciclo del sueño que relacionan con la medicación que toman
- b) En menor proporción (entre el 11-45%) refieren alteraciones en la visión, dificultad para encontrar las palabras, lentitud de reflejos, disminución de la atención o alerta, alteraciones en su estado de ánimo, falta de coordinación o lentitud en los movimientos y escasamente desprecio subjetivo en la percepción de riesgo.
- c) La mayoría de ellos, no cree que estos efectos adversos le afecten negativamente en la conducción, si bien algo más de una tercera parte sí cree que les afecta.

- d) Respecto a otros fármacos que tomen no relacionados con esta patología, la mayoría piensa que no les afecta en la conducción.

Efectos adversos de la sintomatología relacionada con las cefaleas sobre la conducción.

- a) La sintomatología relacionada con las cefaleas que más limita en la conducción (a una tercera parte de los encuestados) son los problemas de visión o auras visuales seguidos, en menos número de casos, por la falta o disminución de movilidad de la mano o pierna o por falta de sensibilidad en la mano o pierna.
- b) En el 42,6% de los casos, les ha obligado a tener que dejar de conducir y parar por estos problemas.

Actitud de los afectados por limitaciones en la conducción y respuesta obtenida de tráfico.

- a) La mayoría de los encuestados, en estos casos de limitaciones, ha parado en un área de descanso o zona de servicio. En menos casos han llamado a un familiar o amigo o han parado en el arcén.
- b) La mayoría de los afectados no ha tenido necesidad de dar explicaciones de ello a la guardia civil de tráfico
- c) En los pocos casos en que esto ha sido necesario, la respuesta mayoritaria obtenida de los agentes de tráfico ha sido llevarlos a un centro sanitario y en menor proporción llamar a sus familias.
- d) La mayoría no lleva ningún tipo de informe médico explicativo de su patología o tratamientos, aunque la mayor parte considera necesario llevarlo.
- e) La mayoría considera que estas limitaciones suponen siempre o en ocasiones un riesgo en la conducción

- f) La mayoría conducen pese al riesgo potencial, pero solo si no tienen crisis en ese momento o si les es imprescindible, aunque un porcentaje pequeño lo hace de todas formas porque lo necesita para su vida diaria o porque siempre tiene dolor.

Importancia del Tipo de cefalea que sufren en los resultados obtenidos

1. Existe una relación significativa entre el tipo de dolor de cabeza diagnosticado y el tiempo que lleva la persona con cefaleas.
2. La migraña es el tipo de cefalea que cursa con mayor evolución en el tiempo (entre 5-10 años). Cuando se asocia con cefaleas tensionales suele tener una evolución menor de 5 años, pero los casos más prolongados (más de 10 años) son de ambas patologías asociadas.
3. Existe cierta relación entre el tiempo de dolor de cabeza y la cronificación del dolor (más de 15 días/mes, durante más de 3 meses) con mayor proporción de cronificación en migraña+cefalea tensional, cefalea en racimos y otros tipos de cefalea, que sobre la migraña o la cefalea tensional por sí solas.
4. Existe relación entre los que piensan que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo para conducir y el tipo de cefalea diagnosticado, siendo la migraña con aura el tipo de cefalea que consideran más limitante y la cefalea tensional el que menos.
5. También se observa que se relacionan significativamente el tipo de dolor de cabeza y en concreto la migraña con aura, con haber tenido que parar por el dolor o la falta de sensibilidad en pierna o brazo (aura sensitiva).
6. No se observa una relación significativa entre las personas portadoras de informe sobre su patología y el tipo de cefalea ya que mayoritariamente en ninguno de los tipos lo llevan, pero si hay relación significativa con considerar importante el llevar tal informe, a lo que han respondido de forma positiva todos los afectados de cefaleas, excepto los de cefalea tensional que tienen por igual respuesta afirmativa y negativa.

Importancia de las variables edad y sexo de los participantes con el resto de variables estudiadas (partiendo de la base de que la mayoría de las participantes han sido mujeres)

1. En cuanto a la edad de los participantes, se observa que existe relación significativa con el sexo. Por debajo de los 50 años, entre los afectados predominan las mujeres. A partir de los 50 años prácticamente están equiparados los dos sexos.
2. En cuanto al tiempo de evolución de la cefalea, no se observa relación significativa entre el tiempo con dolor de cabeza y el sexo, pero sí con respecto a la edad. El grupo de edad entre 31 y 50 años es el grupo que lleva más tiempo con dolor de cabeza (más de 10 años).
3. Existe una relación significativa entre el tipo de dolor de cabeza diagnosticado y el sexo. En las mujeres el dolor de cabeza más frecuente es la migraña y cefalea tensional. Entre los hombres destaca la migraña sin aura.
4. Se observa también una relación significativa entre los grupos de edad y el tipo de dolor de cabeza. En el grupo más joven (10-30 años) destaca la migraña con aura. en el grupo de edad intermedio (31 y 50 años) la migraña con cefalea tensional en el grupo de edad (más de 50 años) destaca también la migraña con cefalea tensional.
5. En cuanto a la tendencia a la cronificación (más de 15 días de dolor/mes durante más de 3 meses) en el grupo de mujeres, algo más de la mitad sufren 15 días o más dolor de cabeza, cosa que no ocurre entre los hombres. Sin embargo esta asociación es ligeramente significativa.
6. Respecto a tener alguna otra enfermedad asociada a la cefalea, es algo mayor el porcentaje de las mujeres que sufre alguna otra enfermedad, respecto a los hombres, siendo esta asociación poco significativa.
7. En cuanto a la toma de analgésicos para el dolor, existe un porcentaje significativamente inferior de toma de analgésicos en hombres que en mujeres.

8. En la toma de medicaciones preventivas. Se observa una relación significativa entre la toma de betabloqueantes y el sexo a favor de las mujeres. En los calcioantagonistas la relación se observa con la edad: así, la flunarizina, la toma actualmente de forma mayoritaria el grupo de edad comprendido entre 10 y 30 años. El Topiramato, se toma por igual en los tres grupos de edad. El valproato, el grupo más joven no lo toma actualmente y el 90.1% de este grupo de edad no lo ha tomado nunca y quienes lo toman actualmente son mayoritariamente el grupo entre 31 y 50 años.
9. En los efectos secundarios de estas medicaciones solo se observa relación entre “Dificultad para encontrar las palabras” y el sexo refiriéndolo la mitad aproximadamente de las mujeres encuestadas y una proporción mucho menor de hombres.
10. En los efectos de estos tratamientos sobre la conducción, se observa una relación significativa entre el sexo y creer que los tratamientos sintomáticos afectan negativamente a la conducción, siendo esta relación a favor de las mujeres sobre los hombres.
11. Respecto a si han tenido que parar de conducir por el dolor de cabeza u otro problema relacionado con la cefalea, existe una relación estadísticamente significativa a favor de los hombres.
12. Respecto a lo que han hecho tras parar de conducir, los hombres buscaron una zona de servicio o área de descanso, mientras que las mujeres mayoritariamente han llamado a algún familiar o amigo.
13. Si bien en ambos sexos la mayoría no lleva informe, sí existe una diferencia significativa entre los dos sexos en cuanto a la conveniencia de llevarlo. En el caso de los hombres, más del doble piensa que es necesario llevarlo que no llevarlo. En el caso de las mujeres, el número que piensa que es necesario llevarlo es más de cuatro veces superior a las que piensan que no lo es.
14. Existe relación entre creer que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo en la conducción y el sexo del encuestado. Si bien ambos sexos

creen que es un riesgo, una mayor proporción de mujeres que de hombres piensa que es un riesgo siempre o algunas veces.

15. En relación a la actitud de conducir o no con cefalea, existe relación entre conducir con dolor de cabeza y el sexo. Si bien ambos sexos dicen no coger el coche con migraña, esta proporción es mucho mayor en las mujeres que en los hombres.

3. Actuaciones a desarrollar en función de los resultados

- A. Ampliar los aspectos formativos e informativos en estos temas dirigidos a pacientes y profesionales sanitarios para mejor control y coordinación entre todos los implicados.
- B. Valoración conjunta Médico-paciente de los síntomas asociados a la cefalea, los fármacos a prescribir y sus efectos adversos para la conducción, teniendo en cuenta la forma de vida del paciente, su actividad laboral y riesgos asociados al uso de vehículos o maquinaria peligrosa.
- C. Recomendar y elaborar informes a los pacientes donde se especifique la patología que sufren, sus síntomas, la medicación prescrita, sus posibles efectos y actitud a tomar frente a ellos.
- D. Hacer constar un teléfono o centro de referencia para poder realizar consultas tanto por el paciente como por agentes de tráfico en caso de necesidad o urgencia

ANEXO I
ENCUESTA

Encuesta: Migraña y riesgo para la conducción

El riesgo de accidentes relacionado con la conducción de vehículos es un tema habitual dentro del ámbito laboral y para la población en general. Se destaca en este tema la importancia de determinadas enfermedades o sus fármacos en la génesis o predisposición.

Nos interesa tu opinión y experiencia personal. Si quieres colaborar con nosotros, contesta estas sencillas preguntas de forma totalmente anónima.

Tan sólo tiene que poner una cruz en las respuestas correctas

X

Código de paciente (iniciales de su nombre y 2 apellidos) En mayúsculas, máximo 4 letras	
1.- ¿Qué edad tiene? a. De 10 a 20 años b. De 21 a 30 años c. De 31 a 40 años d. De 41 a 50 años e. De 51 a 60 años f. Más de 60 años	<input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/>
2.- ¿Es hombre o mujer? a. Hombre b. Mujer	<input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3.- ¿Dónde vive? a. En España b. En otro país (especificar): _____	<input style="width: 30px; height: 20px; margin-bottom: 2px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>

4.- ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor de cabeza? a. Menos de 1 año b. De 1 a 2 años c. De 2 a 5 años d. De 5 a 10 años e. Más de 10 años	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5.- ¿De qué tipo de dolor de cabeza le han diagnosticado? a. Migraña con aura b. Migraña sin aura c. Cefalea tensional d. Cefalea en racimos e. Migraña y cefalea tensional f. Otro tipo de dolor de cabeza (especificar): _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6.- Aproximadamente, ¿cuántos días tiene dolor de cabeza al mes? a. 0-4 b. 5-9 c. 10-14 d. 15-19 e. 20-24 f. 25-30	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7.- ¿Tiene 15 ó más días de dolor de cabeza al mes desde hace 3 ó más meses? a. Sí b. No	☐ ☐
8.- ¿Sufre alguna otra enfermedad? a. Sí (especificar): _____ b. No c. No lo sé	☐ ☐ ☐
9.- ¿Le han diagnosticado además ansiedad o depresión? a. Sí , desde hace ____ años o ____ meses b. No	☐ ☐

betabloqueadores como Propranolol, Nadolol o Atenolol (Sumial[®], Solgol[®], Tenormin[®], etc.)? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca los he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐
13.- ¿Toma en la actualidad tratamiento preventivo como Flunarizina (Sibelium[®], Flurpax[®])? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca la he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐
14.- ¿Toma en la actualidad tratamiento preventivo como Amitriptilina (Tryptizol[®], Deprelío[®], Nobritol[®])? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca los he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐
15.- ¿Toma en la actualidad antidepresivos como (Fluoxetina, Paroxetina, Seroxat[®], Prozac[®], Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram etc.)? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca la he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐
16.- ¿Está toma en la actualidad Topiramato (Topamax[®], Topiramato EFG[®])? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca la he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐
17.- ¿Toma en la actualidad Valproato (Depakine[®], Milzone[®], Valproato EFG[®])? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca lo he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	☐ ☐ ☐

18.- ¿Toma en la actualidad Nicardipino (Nerdipina[®], Flusemide[®], Lecibral[®])? a. Sí, especificar dosis _____ comp/día b. No, nunca la he tomado c. Ahora no, pero los he tomado	
Responda sólo si la respuesta ha sido afirmativa (SI) en las preguntas 12,13,14,15,16,17 ó 18 19.-¿Cuantos años está llevando tratamientos preventivos? a. Menos de 3 meses b. Entre 3-6 meses c. Entre 6 meses y 1 año d. Entre 1 y 3 años e. Mas de 3 años	
20.- ¿Ha notado con la toma de su medicación, alguno de estos efectos? a. Mayor dificultad para concentrarse A. Sí B. No, b. Alteraciones de la visión A. Sí B. No, c. Sensación de Fatiga o cansancio A. Sí B. No, d. Lentitud de reflejos A. Sí B. No e. Sensación de desorientación A. Sí B. No f. Dificultad para encontrar las palabras A. Sí B. NO g. Lentitud de respuesta y falta de coordinación en los	

movimientos A. Sí B. No, h. Sensación de reducción de la alerta o de la atención A. Sí B. No, i. Desprecio de la percepción del riesgo o menor sensación de riesgo A. Sí B. No, j. Trastornos del ánimo: tristeza, inquietud.... A. Sí B. No, k. Trastornos del sueño: somnolencia o insomnio A. Sí B. No,	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
21.- ¿Cree que alguna de las siguientes medicaciones le produce efectos negativos que afectan a la conducción? a. Tratamientos preventivos: (los comprendidos en las preguntas 12 hasta la 18) A. Sí especificar cual o cuales _____ B. No C. No lo se b. Tratamientos sintomáticos: (los comprendidos en la pregunta 11) A. Sí especificar cual o cuales _____ B. No C. No lo se. i. Otros fármacos: A. Sí especificar cual o cuales _____ B. No ningún fármaco me afectado	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Responda estas preguntas, sólo si tiene migrañas con aura	

22.- ¿Alguna vez ha tenido problemas de visión (aura) mientras conducía e iba a tener una crisis de migraña? a. Sí b. No	☐ ☐
23.- ¿Alguna vez ha tenido falta o disminución de movilidad de la mano o de la pierna mientras conducía con dolor de cabeza? a. Sí b. No	☐ ☐
24.- ¿Ha tenido problemas de falta de sensibilidad en la mano o en la pierna mientras conducía? a. Sí b. No	☐ ☐
25.- ¿Ha tenido que parar de conducir por este problema o por el dolor de cabeza? a. Sí b. No	☐ ☐
Responda sólo si ha contestado que SI en la pregunta 25	
26.- En ese caso ¿qué ha hecho?: a. Parar en el arcén y esperar a que se me pase b. Buscar una zona de descanso o área de servicio c. Llamar a mi familia o algún amigo/a d. Todo lo anterior	☐ ☐ ☐ ☐
Responda sólo si ha contestado que SI en la pregunta 26	
27.- ¿Ha tenido que explicar a la guardia civil de tráfico lo que le pasaba? a. Sí b. No	☐ ☐

28.- ¿Cuál ha sido en ese caso su respuesta? a. Me han comprendido y han llamado a mi familia b. Me han llevado a un centro sanitario c. Me han multado d. Me han obligado a seguir circulando	☐ ☐ ☐ ☐
29.- ¿Lleva en su cartera o documentación algún informe que explique su enfermedad y la medicación que toma? a. Sí b. No	☐ ☐
30.- ¿Cree que es conveniente llevar un informe médico explicativo? a. Sí b. No	☐ ☐
31.- ¿Cree que la migraña o sus medicaciones suponen un riesgo para conducir? a. Sí b. No c. Algunas veces	☐ ☐ ☐
32.- ¿Conduce usted a pesar de tener dolor de cabeza? a. Conduzco cuando no tengo más remedio b. Conduzco, sólo si no estoy sufriendo una crisis fuerte c. Conduzco porque siempre me duele un poco la cabeza d. Sí, porque necesito seguir con mi vida diaria a pesar del dolor de cabeza. e. No, con Migraña, no cojo nunca el coche.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANEXO II

TABLA DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS

MÁS UTILIZADOS EN CEFALÉAS (SINTOMÁTICOS Y PREVENTIVOS)

Fármaco prescrito (grupo farmacológico)	Detalle de fármacos.	Efectos adversos farmacológicos ²⁶ (ordenados por su frecuencia)	Riesgos de accidentalidad asociado a los efectos adversos
AGONISTAS SELECTIVOS DE RECEPTORES 5-HT ₁ :		Trastornos psiquiátricos: Frecuentes: somnolencia. Poco frecuentes: desorientación, insomnio, nerviosismo.	Trastornos del sueño. Alteraciones del estado de ánimo. Dificultad para la concentración.
		Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: mareo, parestesia, cefalea, hipoestesia, disminución de la agudeza mental, temblor. Poco frecuentes: ataxia, vértigo.	Lentitud de respuesta. Dificultad para la concentración. Reducción de la alerta /atención. Alteraciones de la coordinación motora.
	Rizatriptan, Sumatriptán, Naratriptan, Zolmitriptan, Almotriptán, Eletriptan, Frovatriptan	Trastornos oculares: Poco frecuentes: visión anormal, dolor ocular, fotofobia y trastorno de lagrimación (Eletriptan, Muy raras: Parpadeo, diplopía, visión reducida, pérdida de visión (normalmente transitoria) (Sumatriptan)	Alteraciones de la visión.
		Trastornos músculo-esqueléticos y del tejido conjuntivo: Frecuentes: pesadez regional. Poco frecuentes: dolor de cuello, tensión regional, rigidez, debilidad muscular. Raros: dolor facial.	Alteraciones de la coordinación motora.
		Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Frecuentes: Astenia, fatiga, dolor en el abdomen o en el pecho.	Fatiga. Alteración de la percepción del riesgo.
		Trastornos cardíacos: Frecuentes: palpitaciones, taquicardia. Raros: isquemia o infarto de miocardio, accidente cerebro- vascular. La mayoría de estas reacciones adversas se han comunicado en pacientes con factores de riesgo que predisponen a la arteriopatía coronaria.	Alteraciones del estado de ánimo. Pérdida de conciencia.
		(1) (2) La migraña o el tratamiento con triptanes pueden producir somnolencia. (RECOMENDACIONES COMUNES A TODOS LOS TRIPTANES)	
		(1)(2)Se debe recomendar a los pacientes que evalúen su habilidad para realizar tareas complejas, tales como conducir o manejar maquinaria, durante las crisis de migraña y tras la administración del tratamiento farmacológico.(RECOMENDACIONES COMUNES A TODOS LOS TRIPTANES)	
		(2) Se ha comunicado también mareo en algunos enfermos tratados con MAXALT MAX y ALMOGRAN.	

²⁶ Vademecum Internacional, Edición 2007. Editorial Medicom

²⁶ Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y
Productos Sanitarios (AEMPS)

		(2)SUMATRP.GENÉRICOS, NARAMIG, FROVATRIP. : No se han realizado estudios sobre el efecto de la capacidad para conducir y usar maquinarias. (2)ZOLMITRIPTAN: No se produjo una alteración significativa en la realización de las pruebas psicomotoras en un pequeño grupo de sujetos sanos, incluso con dosis altas.	
ALCALOIDES DEL ERGOT			
	Dihidroergotamina	Vía nasal: rinitis, náusea, vómito, alteración del gusto, obstrucción o goteo nasal, diarrea, faringitis, vértigo, sofocos.	Alteraciones de la coordinación motora
		Vía oral: pirosis, boca seca, bradicardia o taquicardia transitoria.	
		Hemicraneal: Sistema nervioso: parestesias y frialdad de manos y pies, mareos	
	Ergotamina	Mareos, dolor abdominal, náuseas y vómitos no relacionados con la migraña.	Lentitud de respuesta. Dificultad para la concentración. Reducción de la alerta/atención
		Hemicraneal: Sistema nervioso: parestesias y frialdad de manos y pies, mareos	
		(2)Hemicraneal: No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Cafergot: No se han descrito.	
ANTIINFLAMATORIOS			
	AAS, Ibuprofeno, Naproxeno sódico, Diclofenaco sódico, Desketoprofeno.	Trastornos del sistema nervioso: Confusión, mareo, somnolencia, tinnitus, hipoacusia. Raros: bradipsiquia y síntomas psicopatológicos.	Lentitud de respuesta, Dificultad para la concentración, Reducción de la alerta/atención, Trastornos del sueño.
		Trastornos visuales: visión borrosa, habitualmente reversibles.	Alteraciones de la visión
		AAS: Efectos sobre la capacidad de conducir: No recomendaciones	
		IBUPROFENO. Efectos sobre la capacidad de conducir: Los pacientes que experimenten mareo, vértigo, alteraciones visuales u otros trastornos del sistema nervioso central mientras estén tomando ibuprofeno, deberán abstenerse de conducir o manejar maquinaria. Si se administra una sola dosis de ibuprofeno o durante un periodo corto, no es necesario adoptar precauciones.	
		NAPROXENO. Efectos sobre la capacidad de conducir: Se ha observado vértigo y alteraciones visuales	
		DICLOFENACO. Efectos sobre la capacidad de conducir. Los pacientes que experimenten trastornos visuales, mareos, vértigo, somnolencia u otros trastornos del sistema nervioso central, mientras estén en tratamiento deberán evitar conducir vehículos o manejar maquinaria.	
		DESKETOPROFENO. Efectos sobre la capacidad de conducir: Puede producir efectos reducidos o moderados sobre la capacidad de conducción o utilizar maquinarias, debido a la posibilidad de aparición de vértigo o somnolencia.	
	ALGÉSICOS SIMPLES		
Paracetamol, Paracetamol- Codeína.		Trastornos del sistema nervioso: La codeína provoca depresión del sistema nervioso central, con somnolencia, depresión respiratoria y supresión del reflejo de la tos, también produce trastornos del humor y posible dependencia.	Trastornos del sueño, Dificultad para la concentración,
		Trastornos visuales: miosis, visión borrosa son efectos secundarios de la codeína.	Alteraciones de la visión
		Trastornos oculares: Sequedad ocular, trastornos visuales, raros.	Alteraciones visuales.
		PARACETAMOL: No es probable que este medicamento altere la capacidad para conducir y utilizar maquinaria	

		PARACETAMOL- CODEINA: La codeína, puede disminuir la capacidad de atención, por lo que deberá tenerse en cuenta a la hora de conducir, utilizar maquinaria o realizar otras tareas que podrían entrañar cierta peligrosidad.	
		METAMIZOL: Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: En el intervalo de dosis recomendadas, no se conoce ningún efecto adverso sobre la capacidad de concentración y de reacción. Sin embargo, por lo menos en el Vigilar la aparición de posibles efectos secundarios, especialmente al inicio del tratamiento. Evitar el manejo de maquinaria peligrosa o tras la ingesta del medicamento. Caso de administración de dosis altas, debe tenerse en cuenta que estas capacidades pueden verse afectadas y se debe evitar utilizar máquinas, conducir vehículos u otras actividades peligrosas. Esto es especialmente aplicable cuando se ha consumido alcohol.	
BETA-BLOQUEANTES			
	Pronanolol, Nadolol	Trastornos psiquiátricos: depresión, insomnio y pesadillas.	Alteraciones del estado de ánimo. Trastornos del sueño.
		T. Cardio-circulatorios: Bradicardia, hipotensión, ortostatismo, exacerbación de claudicación intermitente frialdad en extremidades, riesgo de desencadenamiento de insuficiencia cardiaca congestiva y angor, vasoconstricción periférica.	Pérdida de conciencia. Alteración de la movilidad.
		T. del sistema nervioso: Mareo, vértigo, astenia, fatiga, cefaleas, alteraciones de la concentración.	Alteraciones de la coordinación motora. Fatiga. Alteración de la percepción del riesgo. Dificultad para la concentración.
		Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: Debido a su perfil farmacodinámico, ejerce una influencia menor o moderada sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria, por lo que se recomienda tener especial precaución al realizar estas actividades.	
NEUROMODULADORES ANTIEPILÉPTICOS			
	Topiramato, Lamotrigina, Gabapentina, Ácido Valproico, Carbamacepina.	T. Psiquiátricos: fragilidad emocional, depresión y la irritabilidad/agresividad, son comunes a la mayoría de los antiepilépticos. Los trastornos del sueño (insomnio o somnolencia) pueden aparecer con el ácido valproico y la lamotrigina. Topiramato, Lamo, Gaba, Carba: Muy frecuentes: fatiga Topi, Lamo, Gaba: Frecuentes: agresividad, irritabilidad, hostilidad, confusión y debilidad emocional, depresión, ansiedad, nerviosismo, pensamientos anormales. Raros: alucinaciones. (Raras o muy raras con Ac. Val y carba)	Alteraciones del estado de ánimo. Alteración de la percepción del riesgo. Trastornos del sueño.
		T. del sistema nervioso: Ataxia, discinesias, nistagmus, temblor, confusión, mareo y cansancio. Además, paradójicamente, la cefalea puede ser también un efecto adverso de la lamotrigina y la gabapentina. Topiramato, Lamo, Gaba, Carba: Muy frecuentes: parestesias somnolencia y mareo, ataxia. Frecuentes: Alteración en la atención, deterioro de la memoria, amnesia, trastorno cognitivo, deterioro mental, deterioro de las habilidades psicomotoras, convulsión, coordinación anormal, temblores, letargia, hipoestesia, nistagmo, disgeusia, trastorno del equilibrio, disartria, temblor de acción, sedación Ac. Valproico: alt. SN Poco frecuentes: ataxia	Alteraciones de la coordinación motora. Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención.

		T. Oftalmológicos: La lamotrigina y la gabapentina pueden provocar diplopía y visión borrosa.Topiramato, Carbamazepina: Muy frecuentes: Visión borrosa, diplopía. Frecuentes: Reducción de la agudeza visual, escotoma, miopía*, sensación anormal en el ojo*, ojo seco, fotofobia, blefaroespasma, aumento del lagrimeo, fotopsia, midriasis, presbicia. Raros: Ceguera unilateral, ceguera transitoria, glaucoma, trastornos de la acomodación, alteración visual de la percepción de la profundidad, escotoma centelleante, edema palpebral*, ceguera nocturna, ambliopía Lamo: poco frecuentes.	Alteraciones de la visión
		TOPIRAMATO: Efectos sobre la capacidad de conducir: puede producir somnolencia, mareos y otros síntomas relacionados; alteraciones visuales y/o visión borrosa. Estos efectos así como la propia patología, aconsejan tener precaución a la hora de conducir vehículos y de manejar maquinaria peligrosa, especialmente mientras no se haya establecido la sensibilidad particular de cada paciente al fármaco (1,2). No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.(2)	
		LAMOTRIGINA: Efectos sobre la capacidad de conducir: Puede producir vértigo y diplopía.	
		GABAPENTINA: Efectos sobre la capacidad de conducir Actúa sobre el sistema nervioso central y puede causar somnolencia, mareo u otros síntomas relacionados. Aún siendo leves o moderadas, estas reacciones adversas pueden ser potencialmente peligrosas en los pacientes que conduzcan o manejen maquinaria. Esto ocurre especialmente al comienzo del tratamiento y después de aumentar la dosis.	
		ÁCIDO VALPROICO: Efectos sobre la capacidad de conducir: La influencia sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinarias es importante. Se debe advertir al paciente la posibilidad de que el ácido valproico cause la aparición de somnolencia, especialmente en casos de politerapia anticonvulsiva o asociación con benzodiazepinas.	
		CARBAMACEPINA: Efectos sobre la capacidad de conducir La carbamazepina puede menoscabar la capacidad de reacción provocando mareos y somnolencia, especialmente al principio del tratamiento o durante los reajustes de dosis; los pacientes deberán tenerlo en cuenta al conducir vehículos o manejar maquinaria.	
ANTAGONISTAS DEL CALCIO	Flunarizina, Verapamilo	T. del sistema nervioso central: Mareos, cefalea, astenia, somnolencia, irritabilidad.	Dificultad para la concentración. Fatiga. Trastornos del sueño. Alteraciones del estado de ánimo. Alteraciones de la percepción del riesgo.
		T. Oftalmológicos: Visión borrosa con la flunarizina.	Alteraciones de la visión.
		VERAPAMILO: Efectos sobre la capacidad de conducir A veces puede producirse una disminución de la capacidad en la conducción de vehículos o máquinas peligrosas.	
		FLUNARICINA: Efectos sobre la capacidad de conducir: Precaución, puede producir somnolencia.	
ANSIOLÍTICOS Y RELAJANTES	Benzodiazepinas	T. del sistema nervioso central: Disminución del nivel de conciencia, coordinación motora y empeoramiento de la capacidad de atención-concentración. Puede ocasionar hostilidad en personas con pobre control de impulsos. Somnolencia, vértigo, ataxia.	Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteración de la coordinación motora. Trastornos del sueño

		Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria: puede verse negativamente afectada por la sedación, amnesia, dificultad en la concentración y deterioro de la función muscular que pueden aparecer como consecuencia del tratamiento. Además, los períodos de sueño insuficientes pueden incrementar el deterioro del estado de alerta.	
ANTIDEPRESIVOS			
	Amitriptilina, Fluoxetina, Paroxetina.	T. Sistema nervioso central: Al principio, la amitriptilina afecta a la capacidad de conducción y el manejo de maquinaria por la sedación. Tanto la amitriptilina como la fluoxetina pueden ocasionar trastornos del sueño somnolencia o insomnio), incoordinación motora, temblor y fatiga. La fluoxetina puede originar ansiedad, mareos y vértigos.	Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteración de la coordinación motora. Trastornos del sueño. Fatiga.
		T. Oftalmológicos: Visión borrosa y trastornos de la acomodación con la amitriptilina.	Trastornos de la visión.
		FLUOXETINA: Aunque se ha visto que no afecta el funcionamiento psicomotor en voluntarios sanos, cualquier psicofármaco puede alterar el juicio y/o ciertas habilidades. Se debe aconsejar a los pacientes que eviten conducir o manejar maquinaria peligrosa hasta que tengan una certeza razonable de que sus habilidades no se ven afectadas.	
		AMITRIPTILINA: puede disminuir el estado de alerta en algunos pacientes, por lo que no se aconseja la conducción de vehículos ni el manejo de maquinaria peligrosa o de precisión, principalmente durante los primeros días de tratamiento	