



RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE APTITUD PSICO-FÍSICA ESTABLECIDOS EN EL ANEXO IV DEL REGLAMENTO GENERAL DE CONDUCTORES. ORDEN PRA/375/2018 DE 11 DE ABRIL

La Orden PRA/375/2018, publicada en el BOE el jueves 12 de abril, con entrada en vigor el día 2 de mayo, modifica el anexo IV del Reglamento General de Conductores. Las modificaciones afectan a los siguientes los epígrafes:

4. Sistema Cardiovascular
5. Trastornos hematológicos
8. Diabetes Mellitus
14. Trastornos oncológicos no hematológicos (nuevo apartado).

Los cambios se han realizado teniendo en cuenta la estimación del riesgo de daño que supone padecer una enfermedad concreta en conductores de vehículo y con el fin de adaptar los criterios de aptitud psicofísica a los avances científico - técnicos, al mayor conocimiento de las patologías, aparición de nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento, así como a la existencia de fármacos más eficaces y en ocasiones con menores efectos secundarios.

Estas recomendaciones se han elaborado de forma conjunta con las Sociedades Científicas que han participado en la elaboración de los nuevos criterios de aptitud: Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, Sociedad Española de Diabetes y Sociedad Española de Oncología Médica. Se ofrecen mediante este documento unas recomendaciones generales para facilitar y homogeneizar la aplicación de los criterios establecidos en el Anexo IV, sin perjuicio de que la valoración de la aptitud psicofísica del conductor deba en todo caso ser individualizada.

Este documento será ampliado mediante guías más extensas.

Aclaraciones relativas a la interpretación del Anexo IV

El formato del Anexo IV incluye 5 columnas:

- 1) La columna 1 define la enfermedad
- 2) La columna 2 define los criterios de aptitud para obtener o prorrogar permisos del grupo 1 (coloquialmente turismos y motocicletas) o licencias de carácter ordinario. Por condiciones ordinarias se entiende permisos con una vigencia de 10 años hasta los 65 y de 5 a partir de los 65 y sin ningún tipo de limitación o adaptación.
- 3) La columna 3 define los criterios de aptitud para obtener o prorrogar permisos del grupo 2 (coloquialmente profesionales p.e. camiones, autobuses, etc.). Por condiciones ordinarias se entiende permisos con una vigencia de 5 años hasta los 65 y 3 a partir de los 65 y sin ningún tipo de limitación o adaptación.
- 4) la columna 4 define las condiciones extraordinarias para obtener o prorrogar permisos del grupo 1. Se tratará por tanto de permisos que obligan a la necesidad de adaptaciones, o conllevan restricciones u otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación.



5) la columna 5 define las condiciones extraordinarias para obtener o prorrogar permisos del grupo 2 (coloquialmente profesionales). Por condiciones extraordinarias se entiende permisos que obligan a necesidad de adaptaciones o conllevan restricciones u otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación.

RECOMENDACIONES PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

La modificación de los criterios cardiovasculares obedece a la trasposición de la Directiva (UE) 2016/1106 de la Comisión que modifica la Directiva 2006/126/CE.

La Directiva recoge las recomendaciones realizadas por el grupo de expertos, en patología cardiovascular y conducción de la U.E., encargado de revisar: la estimación del riesgo de daño que supone padecer una enfermedad concreta en conductores de vehículo y adaptar los criterios de aptitud psicofísica a los avances científico-técnicos. El citado grupo elaboró el informe “New standars for driving and cardiovascular diseases” que ha sido el sustento para la elaboración de la nueva Directiva. **Se adjunta en versión traducida al castellano.**

El resultado de la trasposición de la Directiva a nuestra norma introduce muchas novedades en el campo de la patología cardiovascular que se resumen a continuación:

El riesgo se asocia fundamentalmente al síncope y a las arritmias, que generalmente se asocian a las cardiopatías con peor clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) y por tanto a las más graves, y no tanto a los síntomas de angina o disnea.

El nuevo Anexo incluye nuevos conceptos y nuevas opciones terapéuticas (asistencia circulatoria, trasplante cardíaco,...), flexibiliza los requisitos ampliando periodos de vigencia, reduciendo la exigencia en cuanto a fracciones de eyección y clase funcional e introduce con mayor detalle las patologías, lo que por un lado facilita la aplicación de los criterios, pero por otro, necesita de precisión en los informes de los especialistas encargados del tratamiento de estos pacientes. Con el fin de dar a conocer e informar a los cardiólogos sobre la normativa y sus cambios, se ha publicado un artículo en la Revista Española de Cardiología. Esto es importante dado que en la mayoría de los casos se exige informe individual emitido por un cardiólogo, y los tiempos de renovación y revisión se modifican para cada enfermedad.

Es importante resaltar que, cuando los facultativos de un centro de reconocimiento de conductores (CRC) precisen de un informe del cardiólogo deben hacer constar en su petición la información que necesitan recibir para, a la vista de la misma, poder emitir el informe de aptitud psicofísica para conducir, información que no es otra que la especificada en el Anexo IV que se expone resumida a continuación:

Para todos los conductores (Grupo 1 y Grupo 2):

- 1.- Diagnóstico principal
- 2.- Procedimiento terapéutico invasivo o cirugía (si procede). Tipo y fecha.
- 3.- Clase funcional de la NYHA
- 4.- Historia de síncope. Fecha del último. ¿Recibe tratamiento eficaz?
- 5.- arritmias: bradicardias, bloqueos supraventriculares potencialmente sincopales, arritmias ventriculares malignas.
- 6.- Fecha del último episodio. ¿Recibe tratamiento eficaz?



Para los conductores del Grupo 2 (para las enfermedades en las que lo especifica el anexo)

- 1.- Fracción de eyección
- 2.- Ergometría. Resultados
- 3.- Holter

En la tabla que figura a continuación se presenta un resumen de los cambios de criterio de la nueva norma. No obstante es imprescindible la consulta de las modificaciones publicadas en el Orden PRA/375/2018.

Tabla 1. Principales cambios en los criterios de aptitud para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción. Tomada y modificada de [García Lledó A, Valdés Rodríguez E, Ozcoidi Val M. Cardiopatía y conducción de vehículos: novedades en la legislación europea y española. Rev Esp Cardiol 2018, [remitido para publicación](#)]

Quando concurran varios problemas, prevalece la norma más restrictiva.

	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
	Grupo 1	Grupo 2
Insuficiencia cardiaca	Se permite en CF < IV.	Se requiere CF<III y FE>35%.
	Ambos deben cumplir los criterios de ausencia de síncope y control de arritmias.	
Trastornos del ritmo (Nuevo)	Se abordan por separado bradicardia, bloqueos de rama, taquicardias supraventriculares, arritmias ventriculares, QT largo y síndrome de Brugada. Se considera la historia de síncope y la presencia de síntomas limitantes, así como cada tratamiento.	
Marcapasos	Se reduce a 2 semanas el periodo para conducir tras el implante.	Se reduce a 4 semanas el periodo para conducir tras el implante.
Desfibriladores implantables	Se permite la conducción a las 2 semanas del implante por prevención primaria, y a los 3 meses (sin descargas ni recurrencias) en prevención secundaria.	No se permite la conducción
Asistencia circulatoria (Nuevo)	Se permite la conducción con CF<III, sin historia de arritmias ventriculares.	No se permite la conducción
Patología valvular (Nuevo)	Se permite la conducción en ausencia de síncope, con CF<IV.	Se requiere CF<III, FEVI>35% y ausencia de síncope. Podrán conducir los pacientes con estenosis aortica severa asintomática, con FE>55% y ergometría normal.

Prótesis valvulares	Se permite conducir a las 6 semanas del implante quirúrgico y 1 mes del percutáneo.	Se fijan 3 meses para cirugía y 1 mes para implante percutáneo.
	Para ambos grupos, deben cumplirse los requisitos de clase funcional, FE, arritmias y ausencia de síncope.	
Síndrome coronario agudo	Se permite conducir a las 3 semanas del episodio.	Se precisan 6 semanas, ergometría negativa y FE > 40%.
Angina estable (Nuevo)	No se podrá conducir con angina de reposo o de mínimos esfuerzos.	Deberán estar asintomáticos y sin isquemia grave o arritmias inducidas por el esfuerzo.
Cirugía de revascularización.	Se deberá esperar 6 semanas, libres de síntomas.	Se deberá esperar 3 meses, con ergometría negativa y FE > 40%.
Intervencionismo coronario programado	Se deberá esperar una semana, sin angina de reposo o de pequeños esfuerzos.	Se deberá esperar 4 semanas, con ergometría negativa y FE > 40%.
Aneurismas de grandes vasos	No se podrá conducir cuando, por las dimensiones y/o tasa de crecimiento del aneurisma, la cirugía esté indicada.	
Arteriopatías periféricas	En todas las formas de arteriopatía se indica la necesidad de evaluar la coexistencia de cardiopatía isquémica. Se considera la estenosis carotídea sintomática como causa de restricción de la conducción.	
Enfermedades venosas	Hasta la resolución de la trombosis venosa profunda no se podrá conducir en ambos grupos.	
Trasplante cardiaco (Nuevo)	Se permite la conducción con CF < III.	No se permite.
Cardiopatías congénitas (Nuevo)	Por su variedad y complejidad potencial, se resume en la necesidad de disponer de un informe favorable del cardiólogo.	
Miocardiopatías (Nuevo)	Para la MH, podrán conducir en ausencia de síncope y en CF < IV.	No podrá conducir si hay síncope, o dos o más de estos criterios: historia familiar de muerte súbita, espesor parietal > 3 cm, taquicardia ventricular no sostenida o caída de la tensión en el ejercicio.
	Para otras miocardiopatías se deberán solicitar informes individualizados.	
Síncope (Nuevo)	Se exigen 6 meses sin recurrencias para conducir.	No se permite conducir si se sufre síncope reflejo recurrente, excluidos los que ocurran en circunstancias que nunca puedan concurrir con la conducción (p.ej, defecatorio, visión de sangre).

CF: Clase funcional. FE: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Grupo 1: turismos y motos. Grupo 2: vehículos comerciales. MH: miocardiopatía hipertrófica. Nuevo: apartado nuevo en la normativa.



RECOMENDACIONES TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

Exploración (1)	Criterios de aptitud para obtener o prorrogar permiso o licencia de conducción ordinarios		Adaptaciones, restricciones y otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación en permiso o licencia sujetos a condiciones restrictivas	
	Grupo 1: AM A1, A2, A, B, B + E y LCC (art. 45.1a) (2)	Grupo 2: C1, C1 + E, C, C + E, D1, D1 + E, D, D + E (art. 45.1b y 2) (3)	Grupo 1 (4)	Grupo 2 (5)
5.1 Trastornos oncohematológicos.	No se admiten los trastornos oncohematológicos hasta transcurridos diez años de remisión completa.	Ídem grupo 1.	En los casos señalados en la columna (2), transcurridos al menos tres meses sin alteraciones graves de las series hematológicas, con informe favorable del oncólogo o hematólogo en el que haga constar la sintomatología actual, el momento evolutivo, el tipo de tratamiento y los efectos derivados del mismo, a criterio facultativo se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia por un período máximo de un año. Superados los tres primeros años y hasta transcurridos diez en remisión completa debidamente acreditada por un informe del oncólogo o hematólogo, a criterio facultativo se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia por un período máximo de tres años.	En los casos señalados en la columna (3), transcurrido al menos un año sin episodios de pancitopenia grave, o tres meses sin alteraciones graves de alguna de las series hematológicas, con informe favorable del oncólogo o hematólogo en el que haga constar la ausencia de sintomatología, el momento evolutivo, y que el tratamiento y los efectos derivados del mismo no afectan a la capacidad de conducir, se podrá obtener o prorrogar el permiso por un período máximo de un año.
5.2 Trastornos no oncohematológicos.				
5.2.1 Anemias, leucopenias, trombopenias y poliglobulias, leucocitosis y trombocitosis graves.	No se admiten alteraciones graves de las series hematológicas en el último mes.	No se admiten alteraciones graves de las series hematológicas en los últimos tres meses.	Transcurrido un mes, el interesado deberá aportar informe médico en el que haga constar el riesgo de síncope, mareos u otras manifestaciones neurológicas, así como el riesgo de recidiva. A criterio facultativo se podrá reducir el período de vigencia.	Transcurridos tres meses, el interesado deberá aportar informe médico en el que haga constar el riesgo de síncope, mareos u otras manifestaciones neurológicas, así como el riesgo de recidiva. A criterio facultativo se podrá reducir el período de vigencia.
5.2.2 Trastornos asociados a déficits de factores de coagulación.	No se admiten déficits graves de factores de coagulación que	No se admiten déficits graves de factores de coagulación que	En los casos señalados en la columna (2) que requieran tratamiento	En los casos señalados en la columna (3) que



	requieran tratamiento sustitutivo habitual.	requieran tratamiento sustitutivo.	sustitutivo habitual, con informe del hematólogo que acredite el adecuado control del tratamiento se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia con un período de vigencia máximo de dos años.	requieran tratamiento sustitutivo ocasional, con informe médico que acredite el control adecuado del tratamiento, se podrá obtener o prorrogar el permiso con período de vigencia máximo de un año.
5.2.3 Tratamiento anticoagulante.	<p>No se admite hasta transcurrido un mes desde la instauración del tratamiento.</p> <p>No se admiten las descompensaciones graves de las pruebas de coagulación en el último año que hayan requerido ingreso hospitalario para su control.</p>	No se admiten.	En los casos en que se haya producido una descompensación grave de las pruebas de coagulación en el último año que haya requerido ingreso hospitalario para su control, con informe favorable del médico en el que haga constar la ausencia de riesgo relevante de síncope derivados de descompensaciones graves o debidos a los efectos secundarios del tratamiento, se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia con un período de dos años como máximo.	<p>Transcurrido un mes desde el inicio del tratamiento, y con informe favorable del médico en el que haga constar la ausencia de riesgo relevante de síncope derivados de descompensaciones graves o debidos a los efectos secundarios del tratamiento, se podrá obtener o prorrogar el permiso con un período de vigencia máximo de un año.</p> <p>En el caso de haberse producido descompensaciones graves en el último año que hayan requerido ingreso hospitalario, no se podrá obtener o prorrogar el permiso hasta que no hayan transcurrido al menos tres meses desde el último episodio.</p>

Se adjuntan las recomendaciones para facilitar la aplicación de los criterios de aptitud de los trastornos hematológicos realizados con la colaboración de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia a fin de homogeneizar y facilitar la interpretación del Anexo IV. Este trabajo, que será ampliado con una guía que incluirá mayor detalle, pretende además facilitar la comunicación entre los hematólogos y los médicos de los centros de reconocimiento de conductores a fin de que dicha comunicación redunde en beneficio de los pacientes que son conductores.

A los efectos de este anexo se entenderán como:

Anemia grave: Hb <8gr/dL

Leucopenia grave: leucocitos <0.5x10⁹/L

Trombopenia grave: plaquetas <20x10⁹/L



Pancitopenia: La suma de las tres

1.-Trastornos oncohematológicos.

La Oncohematología incluye entidades muy diversas en su presentación y evolución. La morbilidad asociada viene determinada con frecuencia por el tipo de tratamiento que se realice. Es importante tener en cuenta que la continua evolución de los fármacos y la existencia de nuevas aproximaciones terapéuticas dirigidas exclusivamente al daño celular con escasos efectos adversos, que cronifican la enfermedad, han mejorado la calidad de vida del paciente y el pronóstico en muchas de las patologías.

De forma esquemática podemos establecer dos tipos de procesos:

1.1 Procesos oncohematológicos con pancitopenias graves:

Un proceso oncohematológico puede presentar una pancitopenia grave, Hb <8gr/dL + Leucocitos <0.5x10⁹/L + Plaquetas <20x10⁹/L, por infiltración medular y/o por tratamiento mieloablativo.

Según las características de la patología, una vez remitida podemos conocer el riesgo de recidiva, la repercusión sintomatológica y valorar si existe riesgo para la conducción. No hay estudios que establezcan una evidencia científica y solo podemos valorarlo desde la experiencia en este tipo de pacientes, por ello es fundamental un informe del oncólogo o hematólogo que haya tratado al paciente que asuma la valoración de:

- Riesgo de pérdida de conciencia
- Riesgo de somnolencia importante
- Riesgo de problemas neurológicos que puedan dificultar la conducción.
- Riesgo de recidiva.

1.2 Procesos oncohematológicos sin pancitopenias graves:

Se engloban en este epígrafe patologías de evolución crónica y que algunas incluso, como la trombocitemia esencial, no cambian per se la esperanza de vida del paciente si se siguen las pautas adecuadas y pueden cursar sin sintomatología. Hay otras, por el contrario, que a lo largo de su evolución se puede plantear un tratamiento más agresivo o un trasplante y entrar en el apartado anterior por presentar pancitopenia grave o precisar tratamientos con efectos secundarios relevantes. Sin embargo, aún las más "benignas", descontroladas pueden ser el origen de síncope, inestabilidad, sepsis. Como en el caso anterior es fundamental una valoración del proceso por el especialista que lo controle antes de establecer los tiempos de revisión, teniendo en cuenta los riesgos comentados.

Teniendo en cuenta, como se refiere en el inicio de este texto la eficacia actual de los tratamientos, su menor toxicidad y por tanto el mejor pronóstico en muchas de las patologías y atendiendo al informe del hematólogo, siempre que este no refiera repercusión en las series hematológicas, en aquellos procesos en los que el periodo de vigencia se debe establecer a criterio facultativo, se tenderá a los periodos de vigencia máximos permitidos en la norma (PVM 3 años). Por su buen pronóstico y la infrecuente aparición de efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, salvo informe del especialista en sentido contrario, se tendrá en cuenta esta recomendación, especialmente, en los casos de leucemia linfocítica crónica, leucemia mieloide crónica, linfomas de bajo grado (indolentes) y trastornos mieloproliferativos crónicos (Philadelphia negativo).



2. Trastornos no oncohematológicos.

2.1 Valores extremos en hemograma: anemia, leucopenia, trombopenia severas (con los datos ya comentados), poliglobulia (>56%Hto), leucocitosis (>100x10⁹/L) y trombocitosis (>1000/L), aunque se hayan producido por problemas no graves como una ferropenia por metrorragias, tienen riesgo de síncope, mareos, somnolencia, inestabilidad y malestar general. Por todo ello, se puede considerar adecuado cuando dichos procesos se hayan presentado en los últimos 3 meses, solicitar informe médico (que puede ser el médico de atención primaria por la demora que puede suponer remitir al especialista) valorando el riesgo de recidiva y la sintomatología comentada.

No estaría indicada la reducción del periodo de vigencia en aquellos casos de etiología conocida y con escaso riesgo de recidiva.

2.2 Trastornos de coagulación:

2.2.1: Asociados a tratamiento anticoagulante oral:

Después de un mes de tratamiento sin complicaciones y buen control se pueden admitir según indica el anexo. Como en el caso de antivitamina k (sintrom®, warfarina, aldocumar) la variación puede ser muy importante a lo largo del tratamiento, es fundamental valorar si se han producido descompensaciones que hayan precisado ingreso hospitalario que nos pondrán en alerta de mayor riesgo en cualquier momento del tratamiento.

De los anticoagulantes de acción directa: rivaroxabán, apixabán, edoxabán y dabigatrán, además del primer mes de tratamiento es importante valorar el riesgo de síncope y mareos que presenta el rivaroxabán. Si un paciente refiere algún problema de este tipo se aconseja sea remitido al facultativo que lo prescribió para que valore el cambio a otro anticoagulante.

2.2.2: Asociados a tratamiento con heparina con bajo peso molecular: como en los anteriores se valorará si hay algún efecto después de un mes de tratamiento, habitualmente los tratamientos a largo plazo se realizan en gestantes.

Los conductores del grupo I en tratamiento con anticoagulantes no pueden conducir durante el primer mes de tratamiento. Superado el primer mes, no tendrán per se limitación del periodo de vigencia salvo en el caso de haber sufrido una descompensación grave en el último año que haya requerido ingreso hospitalario, en cuyo caso, con informe favorable de su médico en el que haga constar: ausencia de riesgo relevante de síncope derivados de descompensaciones graves o debidos a los efectos secundarios del tratamiento, el periodo de vigencia se reducirá a 2 años como máximo. En la mayoría de los casos, por tanto, el tratamiento anticoagulante no hará necesario establecer ningún tipo de limitación o restricción, pero si puede hacerlo preciso la patología de base del conductor.

En el caso de los conductores del grupo II, el periodo de vigencia máximo del permiso será de 1 año con informe favorable de su médico y siempre que haya transcurrido 1 mes desde el inicio del tratamiento. Si se produce una descompensación grave, que requiera ingreso hospitalario, para obtener o renovar el permiso deberán transcurrir 3 meses desde el último episodio.

2.2.3: Asociado a déficit de factores de coagulación:

Solo los trastornos graves tienen tratamiento sustitutivo habitual por su mayor riesgo hemorrágico. Por este motivo se establece la diferencia en este punto entre los pacientes con déficit de coagulación. En déficits de factores de coagulación más leves, con necesidad de tratamiento ocasional (que en algunos casos solo es necesario para intervenciones quirúrgicas), se solicitará informe favorable del médico de atención primaria y se dará validez normal en permisos del grupo 1 y de 1 año en profesionales, grupo 2.



3. Donantes de sangre.

El donante de sangre es un individuo sano que se ofrece voluntaria y altruistamente para la extracción de casi medio litro de sangre (10% de la volemia). No se puede establecer legalmente ninguna restricción a la conducción por este motivo. Pero como médicos, hematólogos o no, aunque debemos favorecer la donación de sangre, es importante que los donantes conozcan la posibilidad de un malestar importante asociado a la hipovolemia posterior a la donación. Siempre que sea posible se evitará la conducción en las siguientes 24 horas a la donación sobre todo si es la primera vez que se dona o si el viaje es por una actividad profesional y solo se deberá conducir hasta el domicilio.

RECOMENDACIONES DIABETES MELLITUS

Exploración (1)	Criterios de aptitud para obtener o prorrogar permiso o licencia de conducción ordinarios		Adaptaciones, restricciones y otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación en permiso o licencia sujetos a condiciones restrictivas	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
	AM, A1, A2, A, B, B+E y LCC(art.45.1a) (2)	C1, C1+E, C, C+E,D1, D1+E, D, D+E (art. 45.1b y 2) (3)	(4)	(5)
8.1 "Diabetes mellitus".	No debe existir diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria, ni diabetes mellitus en tratamiento con insulina o con fármacos hipoglucemiantes.	No debe existir diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria, ni diabetes mellitus tratada con insulina o con fármacos hipoglucemiantes.	Siempre que sea preciso el tratamiento con insulina o con fármacos hipoglucemiantes se deberá aportar informe médico favorable, que acredite el adecuado control de la enfermedad y la adecuada formación diabetológica del interesado. El período de vigencia máximo será de cinco años, y podrá ser reducido a criterio facultativo.	Los afectados de diabetes mellitus de tipo 1 y los de tipo 2 que requieran tratamiento con insulina, aportando informe favorable, del médico que realice el seguimiento, en el que acredite el adecuado control de la enfermedad y la adecuada formación diabetológica del interesado, en casos muy excepcionales podrán obtener o prorrogar el permiso con un período de vigencia máximo de 1 año. Los afectados de diabetes tipo 2 que precisen tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, deberán aportar informe favorable del médico que realice el seguimiento, en que acredite el buen control y el conocimiento de la enfermedad y el período máximo de vigencia será de tres años.

8.2 Cuadros de hipoglucemia	No deben existir, en el último año, cuadros recurrentes de hipoglucemia grave ni alteraciones metabólicas que cursen con pérdida de conciencia.	Idem grupo 1	En los casos en que la hipoglucemia se produzca durante las horas de vigilia, transcurridos al menos 3 meses sin crisis, excepcionalmente con informe médico favorable, debidamente justificado, en el que se acredite el conocimiento de la hipoglucemia se podrá obtener o prorrogar el permiso con un período de vigencia máximo de 1 año	No se admiten
-----------------------------	---	--------------	--	---------------

La modificación del Anexo IV en relación con la diabetes mellitus afecta a dos aspectos:

1- **Al informe médico que debe aportar el interesado al centro de reconocimiento de conductores**, tanto para los permisos del grupo I (turismos y motocicletas), como para los permisos del grupo II (profesionales). La norma que entra en vigor, no obliga a que el citado informe sea realizado por un endocrinólogo o diabetólogo. El informe ha de ser elaborado por el médico que realiza el tratamiento y seguimiento del paciente (no se precisa una especialidad concreta).

Este cambio se ajusta a la realidad de la asistencia sanitaria de la mayor parte de los pacientes diabéticos, cuyo control se realiza en atención primaria. Esto no es óbice para que si un conductor realiza el seguimiento en un servicio de endocrinología, el informe que aporte sea del especialista. No varían las exigencias en cuanto al contenido del mismo, que debe hacer referencia a: tipo de tratamiento, adecuado control de la enfermedad y adecuada formación diabetológica.

2- **Cuadros de hipoglucemia grave recurrente**: A los efectos de este anexo, se entiende por hipoglucemia grave la que exija ayuda de otra persona, e hipoglucemia recurrente la presencia de episodios (al menos dos) de hipoglucemia grave en 12 meses.

La legislación previa, prohibía conducir si se habían producido en el último año cuadros repetidos de hipoglucemia aguda o alteraciones metabólicas que cursaran con pérdida de conciencia.

La nueva norma no permite obtener un permiso ordinario a los pacientes que padezcan en el último año cuadros recurrentes de hipoglucemia grave o alteraciones metabólicas que cursen con pérdida de conciencia.

Sin embargo, se podrá obtener un permiso extraordinario, en los casos en que la hipoglucemia se produzca durante las horas de vigilia, transcurridos al menos 3 meses sin crisis, **excepcionalmente y** con informe médico favorable, debidamente justificado, en el que se acredite el conocimiento de la hipoglucemia. El permiso se podrá obtener o prorrogar con un período de vigencia máximo de 1 año. Esta circunstancia se permite para los conductores con permisos del grupo I. **En el caso del grupo II no se admiten excepciones.**

La excepcionalidad vendrá justificada en el informe del médico que realiza la asistencia, se considera para aquellos casos en los que: la etiología de la crisis está claramente identificada,



el origen de las mismas haya sido controlado, el paciente conozca adecuadamente las medidas preventivas para evitar la aparición de nuevas crisis y haya pasado un periodo sin crisis de al menos 3 meses.

RECOMENDACIONES APLICACIÓN CRITERIOS APARTADO 14.
TRASTORNOS ONCOLÓGICOS NO HEMATOLÓGICOS

“14. Otros procesos oncológicos no hematológicos

Exploración (1)	Criterios de aptitud para obtener o prorrogar permiso o licencia de conducción ordinarios		Adaptaciones, restricciones y otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación en permiso o licencia sujetos a condiciones restrictivas	
	Grupo 1: AM, A1, A2, A, B, B + E y LCC (art. 45.1a) (2)	Grupo 2: C1, C1 + E, C, C + E, D1, D1 + E, D, D + E (art. 45.1b y 2) (3)	Grupo 1 (4)	Grupo 2 (5)
14.1 Otros procesos oncológicos no hematológicos.	No deben existir procesos oncológicos que, por su sintomatología o tratamiento, produzcan pérdida o disminución grave de las capacidades sensitivas, cognitivas o motoras que incidan en la conducción.	Ídem grupo 1.	En los casos de procesos oncológicos que incidan en la conducción en los términos expuestos en la columna (2), con informe del oncólogo en el que haga constar: la ausencia de enfermedad cerebral y de neuropatía periférica de grado 2 o superior, la sintomatología actual, el momento evolutivo, el tipo de tratamiento y las repercusiones del mismo, se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia con un periodo de vigencia de un año. En los casos sin evidencia de enfermedad actual y que no estén recibiendo tratamiento activo, el periodo de vigencia será como máximo de cinco años.	En los casos de procesos oncológicos que incidan en la conducción en los términos expuestos en la columna (3), con informe del oncólogo en el que haga constar: la ausencia de enfermedad cerebral, de neuropatía periférica y de sintomatología, el momento evolutivo, el tipo de tratamiento y que el mismo no incide en la capacidad de conducción, se podrá obtener o prorrogar el permiso con un periodo de vigencia que será como máximo de un año, hasta transcurridos cinco años de remisión completa.

La lectura del anexo se realizaría por tanto de la siguiente forma:

Los conductores que padezcan procesos oncológicos que, por su sintomatología o tratamiento, **produzcan pérdida o disminución grave de las capacidades** sensitivas, cognitivas o motoras **que incidan en la conducción** se consideran **no aptos. No obstante:**

A. **Los conductores de grupo 1** (turismos, motos...) podrán obtener un permiso extraordinario:

1) con un periodo de vigencia de 1 año:



En los casos de procesos oncológicos que incidan en la conducción en los términos expuestos a continuación (columna 2 del anexo), con informe del oncólogo en el que conste:

- la ausencia de enfermedad cerebral y de neuropatía periférica de grado 2 o superior
- la sintomatología actual (presentar un adecuado estado general, que no impida el desarrollo de las funciones que se requieren para la conducción)
- el momento evolutivo (fase aguda, proceso metastásico,...)
- el tipo de tratamiento y las repercusiones del mismo (No consumir fármacos que afecten a su capacidad visual, motora o sensitiva de forma manifiesta o significativa o que produzcan otros efectos adversos con influencia en la capacidad de conducir)

2) con un período de vigencia máximo de cinco años a criterio facultativo:

En los casos sin evidencia de enfermedad actual y que no estén recibiendo tratamiento activo

B. **Los conductores de grupo 2**, (profesionales: autobuses, camiones,...) en los casos de procesos oncológicos que incidan en la conducción en los términos expuestos en la columna (3), podrán obtener un **permiso extraordinario**, con periodo de vigencia de 1 año con informe del oncólogo en el que conste:

a) **la ausencia de:**

- enfermedad cerebral
- neuropatía periférica
- sintomatología (pacientes completamente asintomáticos en el momento actual)

b) **el momento evolutivo**

c) **el tipo de tratamiento y que el mismo no incide en la capacidad de conducción**

(No consumir fármacos que afecten a su capacidad visual, motora o sensitiva de forma manifiesta o significativa o que produzcan otros efectos adversos con influencia en la capacidad de conducir).

Transcurridos 5 años de remisión completa podrán obtener un permiso ordinario.

Algunas aclaraciones para facilitar la aplicación del Anexo:

Teniendo en cuenta la gran variedad de trastornos oncológicos, estadios en los que se puede encontrar el paciente, sintomatología, tipo de tratamiento (con o sin efectos sobre la capacidad de conducir), se considera de gran importancia realizar una valoración individualizada de cada caso, en la que se han de tener en cuenta el informe del oncólogo y especialmente en aquello que se refiera a:

- 1) calidad de vida del conductor
- 2) momento evolutivo
- 3) tipo de tratamiento
- 4) presencia o ausencia de afectación neurológica

Todo ello en aras de realizar una aplicación de la norma que ponga en equilibrio el derecho a la conducción del interesado y el riesgo que supone conducir para él mismo y para terceros.

1) Calidad de vida del conductor:

Los oncólogos utilizan para valorar la calidad de vida de un paciente el ECOG Performance Status. La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".

Esta escala valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

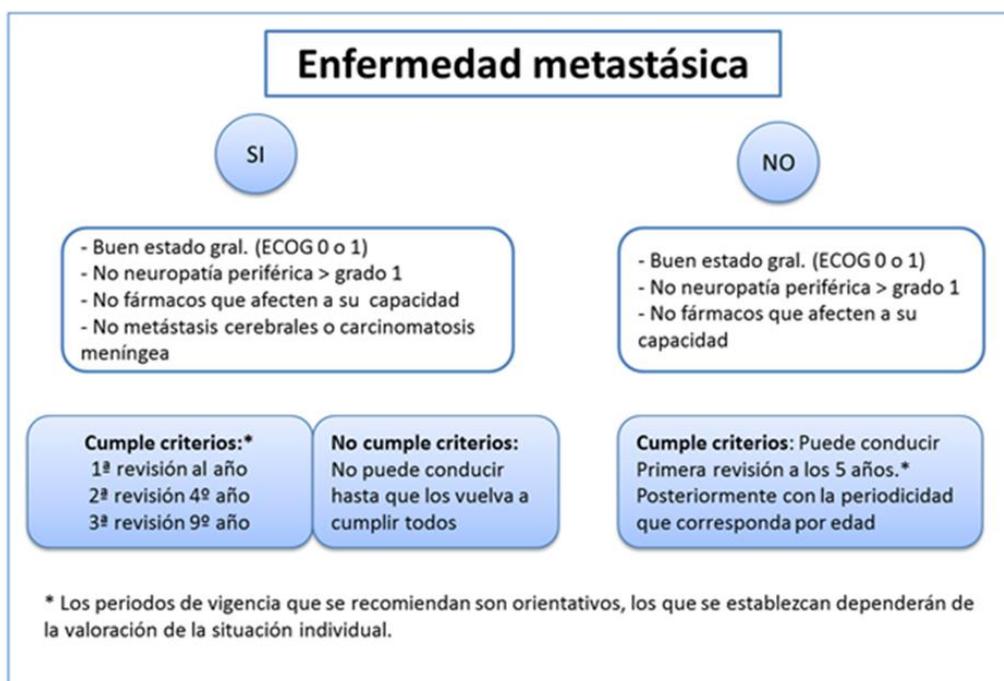
ECOG 0. El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

ECOG 1. El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

ECOG 2. El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo. Muchos de estos pacientes no reunirán criterios para acceder a la conducción. El informe detallado del oncólogo será esencial.

ECOG 3, 4 o 5. No son compatibles con la conducción.

2) Momento evolutivo:





El momento evolutivo será otro de los criterios a tener en cuenta:

A. Permisos del grupo 1

1) Enfermedad localizada:

- Si el paciente tiene una enfermedad localizada, un ECOG 0 o 1, no afectación cerebral ni neuropatía periférica > grado 1 y el tratamiento farmacológico no afecta a su capacidad de conducir. Apto extraordinario, en estos casos **salvo informe o criterio** que lo justifique se recomienda el PV máximo 5 años.
- Si el paciente tiene una enfermedad localizada, un ECOG 2, no afectación cerebral ni neuropatía periférica > grado 1 y el tratamiento farmacológico no afecta a su capacidad de conducir. Apto extraordinario con PV máximo 1 año.

2) Enfermedad metastásica:

Para poder obtener un permiso extraordinario deberá cumplir con todos los criterios:

- ECOG 0 o 1
- no neuropatía periférica > de grado 1
- no fármacos que afecten a su capacidad
- no metástasis cerebrales o carcinomatosis meníngea
- no fármacos que afecten a su capacidad cognitiva perceptiva o motora

En estos casos se podrá obtener o renovar con revisiones más frecuentes, por ejemplo en el primer año, el cuarto, el noveno y luego con periodo de vigencia normal en función de la evolución.

B. Permisos del grupo 2

En el caso de los permisos del grupo 2, para poder obtener o renovar el permiso, se han de reunir todos los criterios establecidos en el Anexo IV, teniendo en cuenta que el ECOG ha de ser siempre 0.

3) tipo de tratamiento:

Es fundamental valorar el tipo de tratamiento, si este es activo o no y en caso de serlo si tiene interferencia con la capacidad de conducir, ya que en algunos de estos no deterioran la calidad de vida del paciente.



Hay que diferenciar dos situaciones:

1) Tratamiento para enfermedad localizada: este tratamiento se hace antes o después de la cirugía pero siempre es en pacientes teóricamente “curados”. Estos requieren criterios más laxos en general (ver apartado anterior)

2) Tratamiento activo para pacientes con enfermedad metastásica. Estos pacientes pueden recibir globalmente para el tratamiento del cáncer 3 tipos de tratamientos:

- a) Quimioterapia
- b) Tratamientos dirigidos
- c) Inmunoterapia

Los tipos de tratamientos y/o combinaciones con mayor repercusión general ya sea por sus efectos como por su toxicidad y que pueden comprometer más la capacidad para conducir son las combinaciones de quimioterapia y hay que hacer una mención especial a los pacientes con opioides por su riesgo de somnolencia, entre otros sobre todo a dosis altas.

4) presencia o ausencia de afectación neurológica:

La presencia de metástasis cerebrales o carcinomatosis meníngea y de neuropatía periférica >1 impide la obtención o la prórroga del permiso.

RECOMENDACIONES APLICACIÓN CRITERIOS APNEA DEL SUEÑO

Se recomienda consultar el artículo “Apnea del sueño y conducción de vehículos. Recomendaciones para la interpretación del nuevo Reglamento General de Conductores en España”, publicado en la revista Archivos de Bronconeumología 2017;53:336-41 y disponible, texto completo, en el siguiente enlace: <https://www.archbronconeumol.org/es-apnea-del-sueno-conduccion-vehiculos--articulo-S0300289616303325?referer=buscador>.

Unidad de Aptitudes Psicofísicas
Madrid, 2 de julio de 2018