



**Autor:**

**Miguel Puentes Chiachio**

**Facultativo Especialista de Cardiología**

**Complejo Hospitalario de Jaén**

## **Novedades legislativas españolas sobre la conducción de vehículos en ciudadanos con cardiopatía**

Aún existe una alta tasa de muertes por accidentes de tráfico en nuestro país, siendo sus causas fundamentales el no cumplimiento con las reglas de tráfico, un déficit de atención o el mal estado de los vehículos. La enfermedad causa menos de un 0,5% de los accidentes. El incremento del riesgo relativo en enfermedad cardiovascular oscila entre 1,03 y 1,56.

Las nuevas recomendaciones europeas de 2016 están basadas en el documento realizado por expertos europeos en 2013 sobre estándares de conducción en patología cardiovascular, tras evaluar la evidencia científica hasta la fecha. No es publicada hasta abril de 2018 la nueva normativa nacional en el Boletín Oficial del Estado sobre la conducción de vehículos en pacientes con cardiopatía, dando a conocer las nuevas premisas de obligado cumplimiento para médicos y pacientes.

En aspectos generales, se acortan los períodos de prohibición de conducción tras episodios agudos e intervenciones, se amplían los periodos de vigencia y se reducen algunos requisitos según fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y clase funcional (CF).

Se especifican dos grupos: el grupo 1 para turismos y motocicletas, y el grupo 2 para profesionales de conducción y comerciales, siendo más exigentes para estos últimos. En caso de confluir dos características en el mismo paciente, se ha de aplicar la más restrictiva. En la *tabla adjunta* se resumen las normas, según la patología o síntoma concreto.

En ciertos casos más especiales, como lo son las cardiopatías congénitas y algunas miocardiopatías, no se dispone de límites claros establecido, quedando más abierto el plazo de prohibición al informe del cardiólogo. En el caso del síncope, se requiere de una evaluación correcta por diferentes especialistas, para cerciorar la etiología, como el riesgo de recurrencia.

En definitiva, esta nueva normativa es de gran utilidad para la consulta diaria, para que el paciente sepa con certeza cuándo podrá volver a conducir, cumpliendo con la ley, y lo más importante, manteniendo la seguridad propia y de los demás conductores.

Referencia: *García Lledó A et al.*

*Heart Disease and Vehicle Driving: Novelties in European and Spanish Law. Rev Esp Cardiol. 2018;71(11):892-894*

<i>Patología / síntomas</i>	<b>SE PERMITE CONDUCIR:</b>	
	<b>Grupo 1 (turismos y motocicletas)</b> <i>Permisos A, A1, A2, AM, B, B1 y BE</i>	<b>Grupo 2 (profesionales)</b> <i>Permisos C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 y D1E</i>
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	En CF < IV	En CF < III y FEVI > 35%
	En ausencia de síncope y control de arritmias	
<b>Trastornos del ritmo</b>	Se abordan por separado: bradicardia, bloqueos de rama, taquicardias supraventriculares, arritmias ventriculares, QT largo, síndrome de Brugada. El antecedente de síncope, la presencia de síntomas limitantes así como el tratamiento	
<b>Marcapasos</b>	En 2 semanas tras el implante	En 4 semanas tras el implante
<b>Desfibriladores implantables</b>	Prevención primaria: en 2 semanas tras el del implante Prevención secundaria: en 3 meses (si no hay descargas ni recurrencias)	No se permite la conducción
<b>Asistencia circulatoria</b>	En CF < III, sin arritmias ventriculares	No se permite la conducción
<b>Enfermedad valvular</b>	En ausencia de síncope, con CF < IV	En CF < III, FEVI > 35%, y ausencia de síncope. Estenosis aórtica grave asintomática, FEVI > 55% y ergometría normal
<b>Prótesis valvular</b>	Implante quirúrgico: en 6 semanas Implante percutáneo: en 1 mes	Implante quirúrgico: en 3 meses Implante percutáneo: en 1 mes
	Cumplir con requisitos de CF, FEVI, arritmias y ausencia de síncope	
<b>Síndrome coronario agudo</b>	En 3 semanas	En 6 semanas, ergometría negativa y FEVI > 40%
<b>Angina estable</b>	Si angina < CF IV de CCS	Asintomáticos, sin isquemia grave inducible ni arritmias inducidas en esfuerzo
<b>Cirugía de revascularización</b>	En 6 semanas libre de síntomas	En 3 meses, con ergometría negativa y FEVI > 40%
<b>Intervencionismo coronario programado</b>	En 1 semana sin angina > CF III de CCS	En 4 semanas con ergometría negativa y FEVI > 40%
<b>Aneurismas de grades vasos</b>	Si no tiene criterio de cirugía (por dimensión o por tasa de crecimiento)	
<b>Arteriopatía periférica</b>	Se recomienda evaluar la coexistencia de cardiopatía isquémica. Si no hay estenosis carotídea sintomática	
<b>Enfermedades venosas</b>	Una vez resuelta la trombosis venosa profunda	
<b>Trasplante cardíaco</b>	Si CF < III	No se permite la conducción
<b>Cardiopatías congénitas</b>	Si hay informe favorable del cardiólogo	
<b>Miocardiopatía</b>	Miocardiopatía hipertrófica: si CF < IV y ausencia de síncope	En ausencia de síncope, o 2 o más de: - Hª familiar de muerte súbita - Espesor parietal > 30 mm - Taquicardia ventricular no sostenida. - Caída de tensión en ejercicio
	Para otras miocardiopatías, se debe solicitar informes individualizados	
<b>Síncope</b>	Tras 6 meses sin recurrencias	Salvo síncope reflejo recurrente excluyendo el que ocurre en circunstancias que no concurren con la conducción (p. ej: miccional, defecatorio, visión de sangre)