

## 5. NEUROPATÍA DIABÉTICA Y CUIDADOS DE LOS PIES DEL CONDUCTOR

La presentación más frecuente de la neuropatía diabética es la polineuropatía distal y simétrica, caracterizada por pérdida de sensibilidad con distribución en “calcetines y guantes”, que se inicia y suele ser más intensa en los pies y las piernas.

La polineuropatía diabética es con frecuencia asintomática, pero puede cursar con entumecimiento, hormigueos y parestesias en las extremidades, y con menor asiduidad, hiperestésias y dolores intensos y debilitantes de localización profunda.

Las mononeuropatías dolorosas agudas que afectan los pares craneales III, IV o VI, y que mejoran espontáneamente en un periodo de semanas o meses, son más reiteradas en los diabéticos de edad avanzada.

La neuropatía del sistema autónomo se suele manifestar en diabéticos con polineuropatía y puede causar hipotensión postural, trastornos de la sudoración, deterioro de la función vesical y alteraciones funcionales digestivas de disfagia esofágica, retraso del vaciado gástrico, o estreñimiento y diarrea.

Las úlceras de los pies son una causa importante de morbilidad en la diabetes mellitus, cuyo principal factor predisponente es la denervación sensitiva, que deteriora la percepción de los traumatismos producidos por causas comunes.

Es el caso de zapatos mal ajustados, autocuidados infortunados del diabético, piedrecitas alojadas en el interior del zapato, y costuras o dobleces de los forros interiores del calzado.

El mal perforante plantar puede resultar de un apoyo patológico, un callo mal tratado o un cuerpo extraño. Como no siempre hay dolor asociado y los trastornos de la sensibilidad a veces confunden al paciente, puede retrasarse el diagnóstico.

La infección de lesiones, grietas o erosiones interdigitales agravará la lesión local, pudiendo extenderse a tejidos blandos más profundos con edema de pierna o linfangitis, osteomielitis y facilitando su paso al resto de la economía.

Las úlceras profundas, en especial las asociadas a celulitis, requieren hospitalización inmediata por el riesgo de sepsis e incapacidad permanente. El desbridamiento quirúrgico temprano es esencial.

El mal perforante plantar compromete la capacidad de conducir dificultando el control del automóvil por el dolor, las alteraciones clínicas, los tratamientos locales y los aparatos ortopédicos de adaptación tipo plantillas o calzado especial.

### Consejo sobre neuropatía diabética y cuidados de los pies del conductor diabético

- ▶ La polineuropatía sintomática, la mononeuropatía dolorosa aguda y la neuropatía autonómica con manifestaciones clínicas disminuyen la seguridad en la conducción, por lo que el médico debe desaconsejar conducir si es necesario.
- ▶ Sería conveniente que el médico, al evaluar al paciente, informara de la deficiencia transitoria o definitiva para poder conducir, así como su pronóstico.

## 5. NEUROPATÍA DIABÉTICA Y CUIDADOS DE LOS PIES DEL CONDUCTOR

- ▶ El médico debería informar por escrito en cada revisión de las lesiones neurológicas existentes y su evolución, para poder valorar la capacidad de conducción del paciente y aconsejarle en este sentido.
- ▶ La neuropatía sintomática, por dolor, pérdida de sensibilidad o alteraciones vegetativas, impide conducir hasta que el tratamiento haya revertido los síntomas y el médico informe al paciente de que se encuentra capacitado para conducir.
- ▶ Las úlceras en las piernas impiden conducir, porque tanto la úlcera como el vendaje aplicado en la zona dificultan los movimientos de los pies en los pedales y la precisión en la pisada de los mismos.
- ▶ La evolución favorable de la pierna con cicatrización de la úlcera, desaparición del edema y de la infección permitirá volver a conducir cuando el médico lo aconseje.
- ▶ La pérdida de sensibilidad en los pies puede dificultar el correcto apoyo en los pedales con peligro de accidente. En este caso se desaconseja la conducción. No obstante, si se confirma que el conductor diabético tiene problemas en los pies, hay pedales facilitados adaptables a cualquier vehículo, que pueden en muchos casos suplir la deficiencia.
- ▶ Lavado diario de los pies con agua templada y jabón neutro, con secado meticuloso del pie e insistencia pormenorizada por el secado de los dedos.
- ▶ No usar la calefacción o aire acondicionado mediante las salidas de la instalación que se dirigen a las piernas.
- ▶ Autoexamen diario de los pies, si no fuese posible, examen de otra persona, en busca de hiperqueratosis, fisuras, heridas, maceraciones.
- ▶ Nunca se conducirá descalzo ni con sandalias.
- ▶ Se combatirá la anhidrosis y la hiperhidrosis como herramientas efectivas para mantener la integridad de la piel.
- ▶ Corte frecuente de uñas sin rebajar los bordes.
- ▶ Usar siempre calcetines limpios y planchados. La moderna microfibra permite mantener siempre el pie seco, pues extrae la humedad del interior del mismo. Además, se fabrica en muchos casos con ausencia de costuras y pliegues, con lo que mejora su afinidad por la piel del pie.
- ▶ El calzado debe ser cómodo y amplio. Se inspeccionará el interior siempre que vayan a usarse buscando cualquier objeto que pudiera ser lesivo para el pie.
- ▶ Consultar al podólogo en caso de callos o hiperqueratosis de origen mecánico y de ese modo se podrá aplicar alguna medida correctora. Nunca aplicarse queratolíticos de venta libre en farmacia sin el asesoramiento del experto.
- ▶ No dejar una herida, ni tan siquiera minúscula, más de 48 horas sin atención especializada.
- ▶ El conductor debe llevar en lugar visible dentro del vehículo el informe médico de su enfermedad con el tratamiento, para que en caso de accidente pueda ser identificado y atendido correctamente.