

2. RETINOPATÍA Y NEFROPATÍA DIABÉTICAS...

2. RETINOPATÍA Y NEFROPATÍA DIABÉTICAS, Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

Los riesgos de una complicación clínica tardía son variables en los distintos pacientes diabéticos, pero por lo general aparecen con la evolución en el tiempo de la enfermedad.

La hiperglucemia causa las alteraciones metabólicas iniciales y los primeros trastornos funcionales en el riñón, nervios periféricos y retina.

La arteriopatía aterosclerótica con angina o infarto de miocardio, y la arteriopatía periférica con claudicación intermitente, úlceras y gangrena de miembros inferiores, son más frecuentes en pacientes diabéticos y aparecen a una edad más temprana que en los no diabéticos.

RETINOPATÍA DIABÉTICA

La retinopatía diabética es causa del 70 al 80% de las cegueras de los pacientes diabéticos, y está más relacionado con la duración de la diabetes que con su estabilidad.

Se estima que la posibilidad de que una persona diabética llegue a perder la vista es de 20 a 40 veces superior al resto de la población.

Las alteraciones retinianas iniciales no alteran significativamente la visión, pero pueden requerir tratamiento inmediato para prevenir complicaciones como el edema macular o la retinopatía proliferativa con hemorragia o desprendimiento de retina.

La aparición de síntomas visuales, especialmente visión borrosa, pérdida brusca de visión en uno o ambos ojos, manchas negras y cuerpos flotantes o fotopsias en el campo visual, alertan sobre la complicación en retina de la diabetes, y la visita al oftalmólogo debe ser inmediata.

La retinopatía no proliferativa se caracteriza por aumento de la permeabilidad capilar, microaneurismas, hemorragias, exudados y edema. La proliferativa se manifiesta por la formación de neovasos y fibrosis, que puede llegar a producir desprendimiento de retina o hemorragia vítrea.

NEFROPATÍA DIABÉTICA

Es una causa frecuente de síndrome nefrótico (SN), que se caracteriza por hipertensión, proteinuria, bacteriuria, hiperazoemia, con edema e hiperlipidemia y evolución a insuficiencia renal.

La elevación de la urea puede ser causa de malestar, anorexia, laxitud, fatiga, vómitos y disminución de la agudeza mental.

En fases avanzadas se retiene sal de la dieta y se produce hipertensión arterial con sobrecarga de volumen con insuficiencia cardíaca congestiva y edema.

Los pacientes diabéticos con IRC avanzada presentan disminución de las necesidades de insulina, con riesgo de hipoglucemia grave si no se ajusta la dosis.

2. RETINOPATÍA Y NEFROPATÍA DIABÉTICAS...

La retinopatía diabética se asocia a la evolución de la nefropatía.

Consejo sobre retinopatía diabética

- ▶ Se debe advertir al conductor diabético que si comienza con síntomas visuales, especialmente visión borrosa, pérdida de visión brusca en uno o ambos ojos y manchas negras, cuerpos flotantes o fopsias en el campo visual, la visita al oftalmólogo debe ser inmediata.
- ▶ El oftalmólogo, con el diagnóstico exacto del problema, indicará los cuidados y el tratamiento para curar y prevenir lesiones, e informará de la capacidad del paciente para conducir en cada momento.
- ▶ En general, el conductor diabético con problemas de visión debe evitar la conducción nocturna, al amanecer y al anochecer.
- ▶ El experto, con el diagnóstico exacto del problema, indicará los cuidados y el tratamiento para curar y prevenir lesiones, e informará de la capacidad del paciente para conducir en cada momento.
- ▶ El paciente debe saber que la revisión oftalmológica debe ser semestral o anual, dependiendo del desarrollo y del control de su enfermedad.
- ▶ El informe médico con la evolución clínica de la diabetes debe ser aportado por el paciente para la obtención del permiso y la prórroga de conducción.
- ▶ La retinopatía diabética que disminuye la capacidad visual por debajo de los límites que marca la ley impide la conducción.

Consejo sobre nefropatía diabética

- ▶ Los pacientes con síndrome nefrótico secundario a diabetes mellitus no deben conducir hasta que la enfermedad causal se encuentre correctamente tratada con evolución favorable y sin aumento de los riesgos en la conducción.
- ▶ Los pacientes con SN pueden tener manifestaciones de su enfermedad que imposibilitan la conducción, como la hipertensión de difícil control, la pérdida progresiva de la función renal, los edemas, la trombosis venosa, etc.
- ▶ El médico debe desaconsejar la conducción en todas las situaciones clínicas que cursen con insuficiencia renal avanzada o complicaciones añadidas.
- ▶ Las primeras manifestaciones de la uremia como son laxitud, fatiga y disminución de la agudeza mental disminuyen la capacidad de conducción, por lo que se desaconseja la misma hasta que el especialista con el tratamiento oportuno y la evolución favorable del paciente decida si puede conducir con seguridad.
- ▶ No se debe conducir con hipertensión mal controlada o que pueda llevar a insuficiencia cardíaca congestiva y edemas de piernas.
- ▶ El paciente con IRC estable con pocos síntomas puede descompensarse metabólica o circulatoriamente de forma aguda ante una enfermedad intercurrente y deteriorarse bruscamente. No se podrá conducir hasta que el paciente se encuentre estabilizado y asintomático.
- ▶ El paciente con nefropatía diabética que no ajusta las dosis de insulina a la evolución de la insuficiencia renal puede sufrir episodios graves de hipoglucemia, que si coinciden conduciendo, pueden provocar la pérdida de control del vehículo.
- ▶ Los pacientes conductores con insuficiencia renal deben saber que muchos medicamentos pueden producirles efectos secundarios que interfieren con la conducción si no se ajusta la dosis. Es el caso de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, anti-convulsivantes, etc.
- ▶ Se desaconseja la conducción temporal al conductor con alteraciones psicológicas y depresivas no controladas, hasta comprobar la evolución favorable de su situación anímica.