

1. DIABETES MELLITUS Y CONDUCCIÓN

1. DIABETES MELLITUS Y CONDUCCIÓN

Igual que ocurre con otras enfermedades generalizadas, en la diabetes mellitus se afecta la totalidad del organismo, y por ello sus trastornos pueden producir cualquier signo o síntoma, muchos de los cuales dificultan la capacidad para conducir.

La diabetes mellitus es el trastorno endocrinológico más frecuente, ya que son más de tres millones de españoles los que la padecen.

El paciente diabético, aunque se encuentre bien controlado, es un conductor de riesgo por las posibles complicaciones de la enfermedad y del tratamiento. Por tanto, es importante que el médico reconozca al conductor diabético de riesgo y le enseñe a cuidar su enfermedad.

Todo paciente diabético debe ser aconsejado por su médico al respecto de diabetes y conducción, pasando de ser "paciente" a ser "agente" de su propia salud.

Todas las advertencias médicas harán del conductor diabético un conductor más prudente debido a su enfermedad, y posiblemente con menos accidentalidad que el resto de los conductores, por estar más concienciado de los peligros al volante.

Los avances de la medicina permiten el control y el tratamiento adecuado de los pacientes, permitiéndoles mantener la capacidad de conducción en la mayoría de los casos, siempre tomando las precauciones recomendadas para su seguridad.

La diabetes mellitus tiene diversas formas de presentación:

- ▶ En los pacientes diabéticos insulino-dependientes suele observarse una hiperglucemia sintomática o una cetoacidosis diabética.
- ▶ La diabetes mellitus no insulino-dependiente puede manifestarse inicialmente por una hiperglucemia sintomática o por un coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico. Con frecuencia es asintomática y se diagnostica durante una revisión médica o cuando el enfermo presenta síntomas de una complicación tardía.

HIPERGLUCEMIA SINTOMÁTICA

Con una dieta alimenticia normal e incluso aumentada se produce poliuria, polidipsia y pérdida de peso. La hiperglucemia, que causa glucosuria importante y diuresis osmótica, conduce a la deshidratación. La poliuria es la manifestación inicial.

En la diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) se produce generalmente un aumento de los cuerpos cetónicos plasmáticos, que provoca una cetoacidosis diabética, a veces a las pocas horas.

En la diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID), la hiperglucemia sintomática puede persistir durante días o semanas y el paciente no acude al médico. A veces, la consulta es por una complicación añadida como el prurito asociado en las mujeres por una candidiasis vaginal. En este momento, el médico diagnostica el problema principal, da los consejos al respecto y prescribe el tratamiento.

1. DIABETES MELLITUS Y CONDUCCIÓN

CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD)

En los pacientes con DMID, la CAD se puede desencadenar por olvido del tratamiento insulínico o por una infección aguda, traumatismo o infarto, responsables de que el tratamiento insulínico habitual resulte insuficiente.

El incremento de la síntesis hepática de cuerpos cetónicos induce una acidosis metabólica y una compensación respiratoria. La acetona que se acumula en el plasma es un anestésico para el SNC, y es eliminada lentamente por la respiración.

Los síntomas iniciales consisten en poliuria, náuseas, vómitos y a veces dolor abdominal. Por lo general, se observan signos de deshidratación con hipotensión e hipopotasemia.

La somnolencia es una manifestación posterior frecuente que, si el paciente no es tratado, evoluciona al coma.

En general, los pacientes con DMID bien tratados, cuando reconocen los síntomas, se inyectan una cantidad de insulina y buscan rápidamente asistencia médica.

COMA HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO (CHHNC)

Es un síndrome caracterizado por una alteración del nivel de conciencia, que se acompaña a veces de crisis convulsivas focales o generalizadas, deshidratación e hiperglucemia extremas, no acompañado de cetoacidosis.

Es una complicación de la DMNID no diagnosticada previamente o mal controlada, y tiene una tasa de mortalidad muy alta.

Con frecuencia se produce después de un periodo de hiperglucemia sintomática, en el que la ingesta de líquidos es insuficiente para prevenir la deshidratación extrema causada por la diuresis osmótica inducida por la hiperglucemia.

La causa desencadenante más frecuente son las infecciones o la administración de fármacos que deterioran la tolerancia a la glucosa o aumentan las pérdidas de líquidos, como los glucocorticoides, fenitoína, inmunosupresores y diuréticos.

Las manifestaciones clínicas son alteraciones del SNC, deshidratación, acidosis metabólica leve y uremia prerrenal. El nivel de conciencia varía entre la obnubilación y el coma. En ocasiones se produce hemiplejía transitoria.

El tratamiento es urgente y hospitalario.

Consejo sobre diabetes mellitus

- ▶ En general, los pacientes con DMID bien tratados, cuando reconocen los síntomas de CAD, se inyectan una cantidad de insulina y buscan rápidamente asistencia médica.
- ▶ Si esta situación (CAD) se presenta conduciendo, estos pacientes deben parar inmediatamente el vehículo y pedir ayuda.
- ▶ Aunque se inyecten insulina y se encuentren mejor, no deben conducir para intentar llegar cuanto antes al centro médico. Esta situación clínica puede evolucionar sin el control adecuado hacia una pérdida de conciencia.

1. DIABETES MELLITUS Y CONDUCCIÓN

- ▶ El paciente diabético que ha sufrido un episodio de CAD necesita una estrecha supervisión médica, puesto que se requieren valoraciones clínicas y analíticas frecuentes de la evolución de la CAD y los correspondientes ajustes de tratamiento.
- ▶ La hipotensión y el coma influyen negativamente en el pronóstico, y pueden dejar secuelas neurológicas.
- ▶ El médico experto informará al paciente de su evolución, desaconsejándole la conducción hasta que la causa que provocó la CAD se encuentre controlada, así como el ajuste de la diabetes.
- ▶ Las secuelas neurológicas producidas en algún caso por edema cerebral agudo que ha respondido al tratamiento incapacitan para conducir.
- ▶ Sería conveniente que el médico informara 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 diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera hospitalización impide la conducción.

Consejo sobre coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (CHHNC)

- ▶ Tras la recuperación de un episodio agudo, el control estricto con insulina ajustada a la alimentación requiere de un periodo más o menos prolongado en el que no se puede conducir.
- ▶ El médico experto informará del adecuado ajuste del paciente diabético, que le permitirá conducir con seguridad y sin sobresaltos por hiper o hipoglucemia.

