

## 27. ENCEFALOPATÍA POR DIABETES Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

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

La diabetes mellitus se asocia a riesgo de cetoacidosis diabética (CAD), coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (CHHNC) y a un grupo de complicaciones tardías entre las que se encuentran retinopatía, nefropatía, arteriopatía aterosclerótica periférica y coronaria, y neuropatías del sistema nervioso autónomo y periférico.

### CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD)

En los pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente (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 a una acidosis metabólica y una compensación respiratoria. La acetona que se acumula en el plasma es un anestésico para el SNC, y se elimina 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.

### COMA HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO (CHHNC)

Es un síndrome caracterizado por la 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 diabetes mellitus no insulino dependiente (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 que la toma de líquidos es insuficiente para evitar la deshidratación extrema causada por la diuresis osmótica inducida por la hiperglucemia.

Los motivos desencadenantes más frecuentes son las infecciones o la administración de fármacos que deterioran la tolerancia a la glucosa o aumentan las pérdidas de líquidos, como los glucocorticoides, la fenitoína, los inmunosupresores y los 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, y en ocasiones, se produce hemiplejía transitoria. El tratamiento es urgente y hospitalario.

## 27. ENCEFALOPATÍA POR DIABETES Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

## Consejo sobre cetoacidosis diabética (CAD)

- ▶ En general, los pacientes con DMID bien tratados, cuando reconocen los síntomas, se inyectan una cantidad de insulina y buscan rápidamente asistencia médica.
- ▶ Es importante que el paciente diabético y conductor sepa que si esta situación se le presenta conduciendo, debe parar inmediatamente el vehículo en una zona de la vía segura y pedir ayuda.
- ▶ Aunque se inyecte insulina y se encuentre mejor no debe conducir para intentar llegar cuanto antes al centro médico. Esta situación clínica puede evolucionar sin el control adecuado hacia una pérdida de conciencia.
- ▶ 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.

## Consejo sobre coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (CHHNC)

- ▶ Tras la recuperación de un episodio agudo de CHHNC, 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.
- ▶ Los avances de la medicina facultan el control y tratamiento adecuados de los pacientes, permitiéndoles mantener la capacidad de conducción en la mayoría de los casos, siempre tomando las precauciones recomendadas para su seguridad.

## Consejos generales al conductor diabético

- ▶ 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.
- ▶ La diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera hospitalización impide la conducción.
- ▶ En los viajes se debe ir acompañado de personas que conozcan su enfermedad y sepan ayudarle si surgen complicaciones. Debe parar cada hora para hacer descansos.
- ▶ 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. Es importante que sepan que si esta situación se les presenta conduciendo, deben parar inmediatamente el vehículo evitando riesgos y pedir ayuda.
- ▶ Aunque se inyecten insulina y se encuentren mejor, no deben conducir para intentar llegar cuanto antes al centro médico, pues esta situación clínica puede evolucionar sin el control adecuado hacia una pérdida de conciencia.

## 27. ENCEFALOPATÍA POR DIABETES Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

- ▶ 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 del tratamiento para la diabetes.
- ▶ Sería conveniente que el médico informara por escrito en cada revisión de las posibles secuelas neurológicas y su evolución, para poder valorar la capacidad de conducción del paciente y aconsejarle en este sentido.
- ▶ Tras la recuperación de un episodio agudo de CHHNC, el control estricto con insulina ceñida a la alimentación requiere un periodo más o menos prolongado en el que no se puede conducir. El médico informará del adecuado ajuste, que le permitirá conducir con seguridad y sin sobresaltos por hiper o hipoglucemia.
- ▶ 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.
- ▶ Ningún conductor puede beber alcohol si va a conducir. En el caso de los conductores diabéticos se les recomienda que no beban alcohol nunca, por la posible interferencia con su medicación, y por tanto el incremento del peligro al volante.
- ▶ Todas estas advertencias harán del conductor diabético un conductor más prudente debido al profuso conocimiento de su enfermedad, con menor riesgo de sufrir episodios de encefalopatía diabética, y posiblemente menos accidentalidad que el resto de los conductores, ya que estará más concienciado de los peligros al volante.