7.4. Neuropatía diabética periférica y autonómica

PUNTOS CLAVE

1. Son dos entidades distintas con manejo distinto: la periférica amenaza el pie, la autonómica amenaza el pronóstico.
2. No basta con preguntar por el dolor. Hay que explorar la sensibilidad protectora, porque la pérdida silente es la que acaba en úlcera.
3. La neuropatía autonómica se busca preguntando de forma dirigida: ortostatismo, síntomas digestivos, urinarios, sexuales, sudoración e hipoglucemias inadvertidas.
4. El objetivo del tratamiento del dolor es reducirlo y mejorar el sueño y la función, no hacerlo desaparecer. Titular despacio y evaluar tras una dosis y tiempo suficientes.
5. No usar opioides de rutina, incluidos tramadol y tapentadol.

1. Dos entidades distintas

La neuropatía diabética periférica afecta ya a un 10-15 % de las personas con DM2 en el momento del diagnóstico, y hasta a la mitad tras diez años de evolución (Pop-Busui R, 2017). La neuropatía periférica afecta sobre todo a los nervios sensitivos de pies y piernas, y produce dolor, pérdida de la sensibilidad protectora y riesgo de úlcera. La neuropatía autonómica afecta al sistema nervioso autónomo y puede manifestarse con síntomas cardiovasculares, digestivos, genitourinarios y sudomotores, además de hipoglucemia inadvertida. En los últimos años se han reforzado tres ideas: el cribado estructurado, el manejo multifactorial y evitar los opioides de rutina (Tabla 1).

Tabla 1. Neuropatía periférica y neuropatía autonómica: comparación

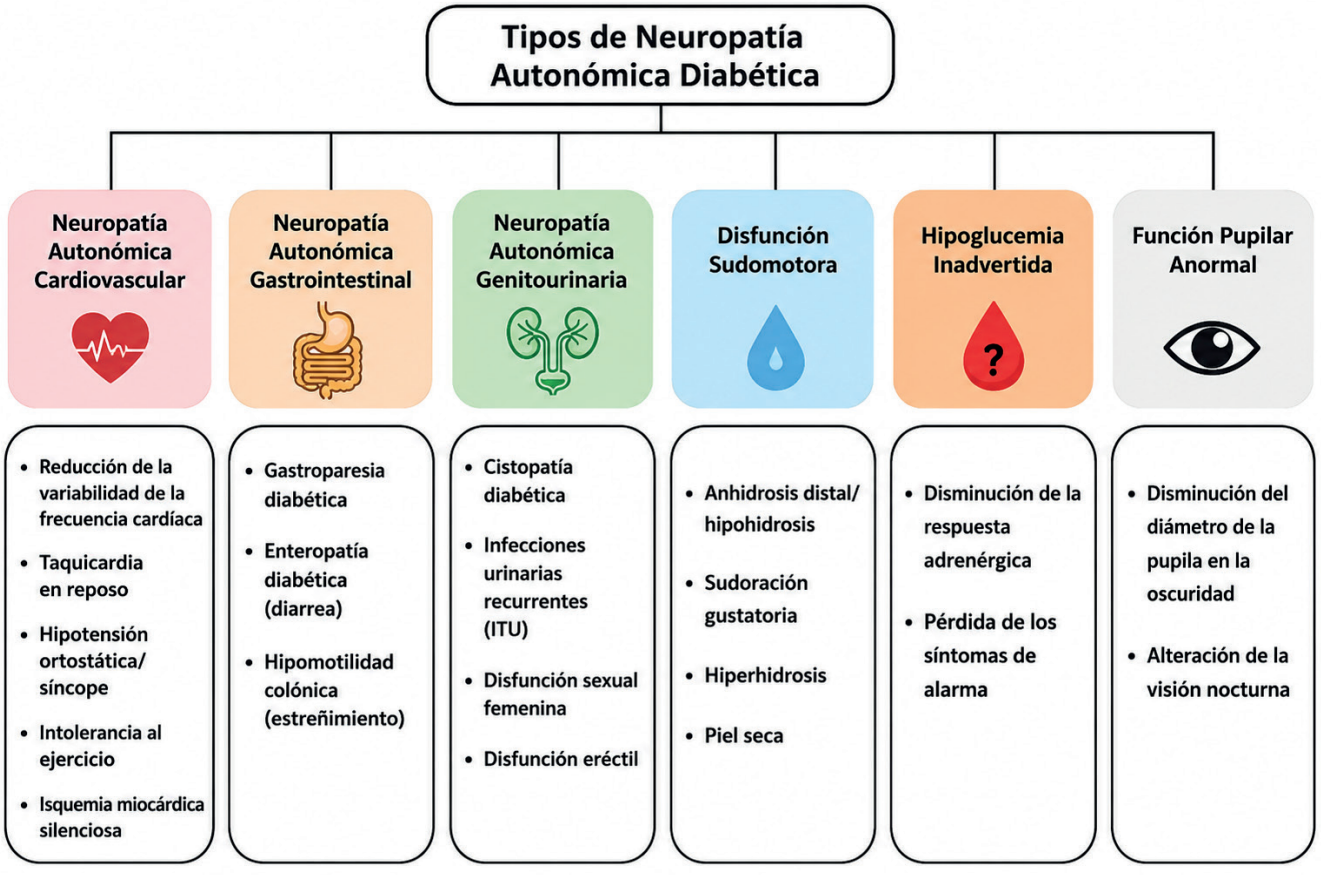
Aspecto	Neuropatía periférica	Neuropatía autonómica
A qué afecta	Nervios sensitivos y motores distales, sobre todo en los pies.	Sistema nervioso autónomo: cardiovascular, digestivo, genitourinario y sudomotor.
Síntomas guía	Quemazón, descargas, hormigueo, calambres, alodinia y entumecimiento. Empeoran por la noche.	Mareo ortostático, síncope, taquicardia en reposo, gastroparesia, diarrea o estreñimiento, disfunción eréctil o vesical, piel seca e hipoglucemia inadvertida.
Riesgo principal	Caídas, lesiones silentes, úlcera, infección y amputación.	Arritmias, isquemia miocárdica silente, insuficiencia cardíaca y mortalidad. Malnutrición, infecciones urinarias, retención y caídas.
Cribado en Atención Primaria	En la DM2, desde el diagnóstico y después anualmente: inspección del pie, monofilamento de 10 g o prueba táctil de Ipswich, diapasón de 128 Hz o sensibilidad dolorosa y térmica, reflejo aquíleo y pulsos.	Preguntar de forma activa cada año en la DM2 y en la DM1 de más de 5 años de evolución: ortostatismo, síntomas digestivos, urinarios y sexuales, sudoración e hipoglucemias inadvertidas. Medir frecuencia cardíaca y presión arterial en decúbito y en bipedestación.

DM1: diabetes mellitus tipo 1.

Fuente: Price R, 2022; ADA, 2026, secc. 12; Tannus LRM, 2026.

Véase la Figura 1.

Figura 1. Tipos de neuropatía autonómica diabética y sus manifestaciones.



Fuente: Adaptada de Tannus LRM, Cobas RA, 2026 (*Archives of Endocrinology and Metabolism,* acceso abierto con licencia CC BY).

2. Qué se refuerza en la práctica actual

- Cribado estructurado: no basta con preguntar por el dolor; hay que explorar la sensibilidad protectora y valorar el pie de riesgo (ADA, 2026, secc. 12).
- El control glucémico no es suficiente: hay que integrar el peso, la presión arterial, los lípidos, el tabaco, la enfermedad renal crónica y el riesgo cardiovascular.
- El tratamiento del dolor se individualiza según edad, fragilidad, sueño, ansiedad o depresión, función renal, riesgo de caídas y polifarmacia (Mallick-Searle T, 2024; Sayed D, 2024).
- Evitar los opioides de rutina, incluidos tramadol y tapentadol, salvo situaciones excepcionales (Price R, 2022; véase Tabla 2 sobre la aprobación de la agencia estadounidense del medicamento (FDA) para el tapentadol).
- Mayor papel de los tratamientos tópicos, especialmente la capsaicina, cuando el dolor es localizado o hay mala tolerancia oral (Price R, 2022; Zhang EX, 2024).
- Más atención a la neuropatía autonómica cardiovascular por su valor pronóstico: hay que preguntar de forma dirigida (Tannus LRM, 2026).

3. Tratamiento de la neuropatía periférica dolorosa

El objetivo es reducir el dolor y mejorar el sueño y la funcionalidad, no garantizar que el dolor desaparezca. Conviene titular lentamente y valorar la eficacia y tolerancia tras una dosis y un tiempo adecuados. Si no hay mejoría significativa o aparecen efectos adversos relevantes, se cambia a un fármaco de otra clase antes que subir indefinidamente el primero (Price R, 2022).

Tabla 2. Opciones farmacológicas en la neuropatía periférica dolorosa

Tratamiento	Dosis orientativa	Perfil útil	Precauciones
Duloxetina	Objetivo habitual 60 mg/día. Rango 20-120 mg/día.	Dolor con depresión o ansiedad, fibromialgia o dolor musculoesquelético asociado.	Náuseas, somnolencia, hipertensión, interacciones. Precaución en hepatopatía.
Pregabalina	300 mg/día, por ejemplo 100 mg/8 h. En estudios hasta 600 mg/día.	Dolor con insomnio o ansiedad. Titulación más rápida.	Ajustar en enfermedad renal crónica. Somnolencia, mareo, edema, aumento de peso, caídas.
Gabapentina	900-1800 mg/día en los estudios; en la práctica hasta 3600 mg/día en dosis divididas.	Dolor nocturno. Alternativa a pregabalina o duloxetina.	Ajustar en enfermedad renal crónica. Sedación, mareo, edema, caídas.
Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)	25-75 mg/día; estudios antiguos hasta 150 mg/día.	Dolor nocturno e insomnio, si el riesgo anticolinérgico es bajo.	Evitar o extremar la cautela en personas mayores. Hipotensión ortostática, glaucoma, retención urinaria, cardiopatía o QT largo.
Capsaicina tópica	Crema al 0,075 %; parche al 8 %.	Dolor localizado, polifarmacia o mala tolerancia oral.	Irritación local. El parche al 8 % requiere aplicación protocolizada.
Lidocaína tópica al 5 %	Parche, como coadyuvante.	Dolor localizado con mala tolerancia a los sistémicos.	Evidencia más limitada. Uso adyuvante.
Opioides, tramadol y tapentadol	No recomendados de rutina.	Solo en situaciones excepcionales. El tapentadol de liberación prolongada tiene aprobación específica de la FDA para esta indicación, junto a duloxetina, pregabalina y capsaicina al 8 %, pero las guías no lo recomiendan de rutina.	Dependencia, sedación, caídas, hiperalgesia y otros eventos adversos.
Neuroestimulación medular	Dolor refractario a varias líneas farmacológicas.	Aprobada por la FDA para la neuropatía diabética dolorosa. Opción de derivación a la unidad del dolor, no de manejo en Atención Primaria.	Requiere implante; valorar en unidad especializada.

FDA: *Food and Drug Administration.*

Fuente: Price R, 2022; Mallick-Searle T, 2024; Sayed D, 2024.

4. Manejo de la neuropatía autonómica

Véase la Tabla 3.

Tabla 3. Manejo práctico según la manifestación

Manifestación	Medidas iniciales	Tratamiento farmacológico
Hipotensión ortostática	Revisar diuréticos, vasodilatadores, alfabloqueantes y tricíclicos. Hidratación, aporte de sal si no está contraindicado, levantarse despacio, medias de compresión, evitar el calor y el alcohol.	Midodrina y droxidopa. Fludrocortisona con cautela por hipertensión en decúbito, edemas, insuficiencia cardíaca e hipopotasemia.
Gastroparesia	Comidas pequeñas y frecuentes, bajas en grasa y fibra, o dieta de partículas pequeñas. Retirar, si es posible, opioides, anticolinérgicos, tricíclicos, arGLP-1 y pramlintida.	Metoclopramida, sin superar las 12 semanas. Domperidona. Eritromicina solo a corto plazo por taquifilaxia.
Disfunción eréctil	Valorar riesgo cardiovascular, hipogonadismo, fármacos, depresión y relación con síntomas urinarios.	Inhibidores de la PDE5. Prostaglandinas intracavernosas o intrauretrales, dispositivo de vacío o prótesis.
Vejiga neurógena y síntomas urinarios	Preguntar por retención, chorro débil, vaciado incompleto, incontinencia e infecciones urinarias. Valorar residuo posmiccional si se dispone de ecógrafo.	Derivar a Urología si hay retención, infecciones repetidas, residuo elevado o síntomas persistentes.
Alteración sudomotora y pie seco	Hidratación cutánea, revisión diaria del pie, calzado adecuado, tratamiento de fisuras y callosidades, y podología si hay riesgo.	Manejo preventivo. Sin tratamiento sistémico específico en las fuentes revisadas.
Hipoglucemia inadvertida	Revisar los objetivos glucémicos, reducir las hipoglucemias, reforzar la educación y considerar la monitorización continua de glucosa.	Ajustar el tratamiento antidiabético para evitar recurrencias (véase Capítulo 7.1).

arGLP-1: agonistas del receptor de GLP-1; PDE5: fosfodiesterasa 5.
Fuente: Tannus LRM, 2026; ADA, 2026, secc. 12.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. El monofilamento no detecta el dolor, detecta lo contrario: la pérdida de sensibilidad protectora. Es la que acaba en úlcera.
2. Preguntar por el mareo al levantarse y tomar la presión en decúbito y de pie. Es el cribado más barato de la neuropatía autonómica cardiovascular.
3. Antes de subir la dosis del primer fármaco hasta el techo, plantearse cambiar de clase.
4. Si se prescribe un arGLP-1 a alguien con gastroparesia, revisar la indicación: puede empeorarla.
5. Ante hipoglucemias inadvertidas, el problema no es la glucemia: es que el sistema de alarma ha dejado de funcionar. Sube los objetivos.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 12. Retinopathy, neuropathy and foot care: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S261-76. doi:10.2337/dc26-S012
2. Mallick-Searle T, Adler JA. Update on treating painful diabetic peripheral neuropathy: a review of current US guidelines with a focus on the most recently approved management options. J Pain Res. 2024;17:1005-28. doi:10.2147/JPR.S442595
3. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017;40(1):136-54. doi:10.2337/dc16-2042
4. Price R, Smith D, Franklin G, Gronseth G, Pignone M, David WS, et al. Oral and topical treatment of painful diabetic polyneuropathy: practice guideline update summary. Report of the AAN Guideline Subcommittee. Neurology. 2022;98(1):31-43. doi:10.1212/WNL.0000000000013038
5. Sayed D, Deer TR, Hagedorn JM, Sayed A, D'Souza RS, Lam CM, et al. A systematic guideline by the ASPN workgroup on the evidence, education and treatment algorithm for painful diabetic neuropathy: SWEET. J Pain Res. 2024;17:1461-501. doi:10.2147/JPR.S451006
6. Tannus LRM, Cobas RA. Autonomic neuropathy in diabetes. Arch Endocrinol Metab. 2026;70(special 1):e250406. doi:10.20945/2359-4292-2025-0406
7. Zhang EX, Yazdi C, Islam RK, Anwar AI, Alvares-Amado A, Townsend H, et al. Diabetic neuropathy: a guide to pain management. Curr Pain Headache Rep. 2024;28(10):1067-72. doi:10.1007/s11916-024-01293-9