

ENDOCRINOLOGÍA ES TAN EFICAZ COMO LA SUBCUTÁNEA Y MÁS CÓMODA PARA EL DIABÉTICO

La insulina inhalada, no apta para fumadores y asmáticos

→ La insulina inhalada, que estará disponible en España en 2007, es tan eficaz como la subcutánea, pero no podrá administrarse a fumadores,

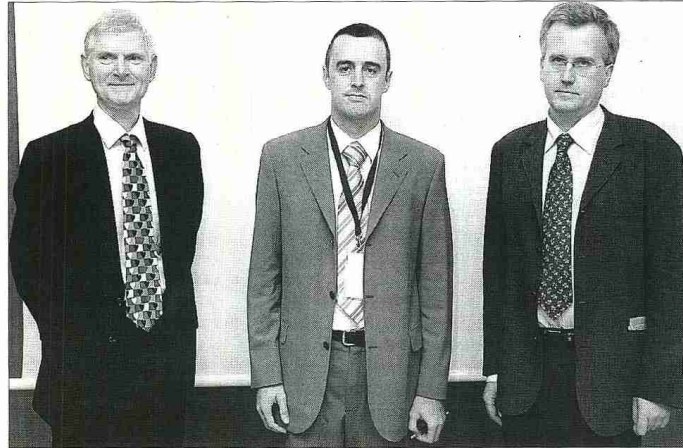
asmáticos y enfermos de EPOC, han destacado expertos en el Congreso de la Sociedad Catalana de Endocrinología y Nutrición.

■ **Patricia Morén** Barcelona
La insulina inhalada, una nueva vía de administración de la insulina que resulta más cómoda para los pacientes, es tan eficaz como la subcutánea, pero estará contraindicada en fumadores, pacientes asmáticos y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), según informaron expertos de distintas disciplinas en una mesa redonda celebrada en el X Congreso de la Sociedad Catalana de Endocrinología y Nutrición (SCEN), en Barcelona.

La vía de administración inhalada permite aprovechar ciertas ventajas del aparato respiratorio, como una enorme superficie de absorción, ya que los órganos pulmonares equivalen a una superficie de 140 metros cuadrados, es decir, como la de una cancha de tenis, expuso Jonathan Levy, del Oxford Diabetes Centre.

Además, presenta pocas proteasas de degradación, más biodisponibilidad y permite una absorción más rápida, señaló Francisco García del Río, neumólogo del Hospital La Paz, de Madrid. Por estas razones, cada vez son más los fármacos que se administran por vía inhalada para diversas patologías (no sólo las respiratorias). Entre ellos figuran los antibióticos, diuréticos o las prostaciclina que se emplean en el tratamiento de la fibrosis quística.

García del Río, involucrado en varios estudios clínicos sobre la insulina inhalada, ha explicado que esos trabajos han revelado que los fumadores no pueden re-



Jonathan Levy, Manuel Pérez Maraver y Francisco García del Río.

El nuevo tratamiento puede aplicarse en infecciones respiratorias, no provoca reacciones anafilácticas ni deteriora la función pulmonar

cibir este tratamiento ni tampoco los ex fumadores que lleven menos de seis meses sin fumar. Ello se debe a que la población fumadora presenta más permeabilidad pulmonar y la velocidad de absorción de la insulina inhalada es mayor y más incontrolada.

Asimismo, existen otros trastornos muy frecuentes que pueden modificar su biodisponibilidad, como la diabetes y la EPOC, que afectan a entre el 5 y el 9 por ciento de la población general. Los asmáticos sufren una reducción del calibre de las vías aéreas y de la vascularización, de modo que la tasa de absorción del compuesto en asmáticos es "más reducida y errática" respecto a los sujetos sanos.

Por ello, en pacientes con asma persistente moderada o grave estaría contraindicada. En los asmáticos intermitentes o leves existen dudas sobre la seguridad de la administración del producto. Y en los pacientes con EPOC tampoco estaría indicada por razones similares a las del asma.

Las infecciones respiratorias intercurrentes no son más frecuentes en diabéticos que en población general y "no afectan a la insulina inhalada. Hay un ligero aumento de la resistencia a la insulina en fase aguda que se puede ajustar administrando la dosis adecuada. Por lo tanto, la insulina inhalada se puede administrar en la fase aguda de una infección respiratoria, reali-

zando controles de sangre".

En el caso de la primera insulina inhalada que se autorizará en España, *Exubera*, se han llevado a cabo estudios en fases II y III en más de 3.800 pacientes con diabetes de tipo 1 y 2, de los cuales 1.997 recibieron *Exubera*.

Tras siete años de seguimiento, en sujetos no fumadores y sin alteraciones pulmonares basales se ha visto que los síntomas más habituales son la tos y la disnea. La tos fue del 29,2 por ciento en pacientes con diabetes de tipo 1 y del 2,5 por ciento en aquellos con diabetes de tipo 2. No obstante, raramente se produce por la noche y apenas interfiere en la vida del individuo y con el tratamiento prolongado de insulina inhalada la incidencia de este síntoma decrece. La disnea leve o moderada es menos frecuente: afecta a entre un 3 y un 4 por ciento de los pacientes en momentos de máximos esfuerzos. Debe vigilarse, aunque no es muy frecuente y elevada.

En referencia a la respuesta inmunológica, la insulina inhalada induce un aumento de los anticuerpos IgG (no IgE), por lo que el riesgo de infección anafiláctica es muy bajo. En cuanto a la función pulmonar, debe realizarse una espirometría antes de iniciar el tratamiento y, tras dos años de seguimiento, no hay datos consistentes para sospechar que provoque un deterioro de la función pulmonar.

RESTRICCIONES DE USO EN EL REINO UNIDO

La insulina inhalada no sólo es tan eficaz como la subcutánea, sino que entre sus beneficios más llamativos figura la satisfacción que reportan los pacientes debido a su vía de administración. Sin embargo, su uso no puede dejarse al libre albedrío. Sólo entre el 10 y el 15 por ciento de la dosis inhalada es absorbida, lo que eleva el coste del tratamiento. Su coste estimado es de 1.600 euros por año y por paciente respecto a los 700 euros que cuesta la insulina subcutánea por año y paciente. Por esta razón, Jonathan Levy ha explicado que por ahora deberá administrarse de forma

restringida y no rutinaria: "Sólo al inicio, para intensificar los tratamientos con insulina y en aquellos pacientes que se sientan bloqueados por un marcado y persistente miedo a las inyecciones, según las fobias definidas en el DSM-IV". Ésta es la posición del National Health Service de Gran Bretaña, donde inicialmente sólo los especialistas -y no los médicos de atención primaria- podrán prescribir el fármaco debido a su elevado coste. No obstante, Levy opina que, con el tiempo, los dispositivos de liberación de la insulina inhalada se perfeccionarán y serán más baratos.