

SALUD ■ EL NUEVO SISTEMA, QUE EN ESPAÑA SALIÓ AL MERCADO HACE UN MES, NO ACABA DE CUAJAR ENTRE LOS ENFERMOS

Sólo un 25% de los diabéticos ve bien pasarse al inhalador de insulina

Su uso está limitado a los diabéticos de tipo 1, que son la minoría, a los de tipo 2 con fobia a las agujas y a los no fumadores

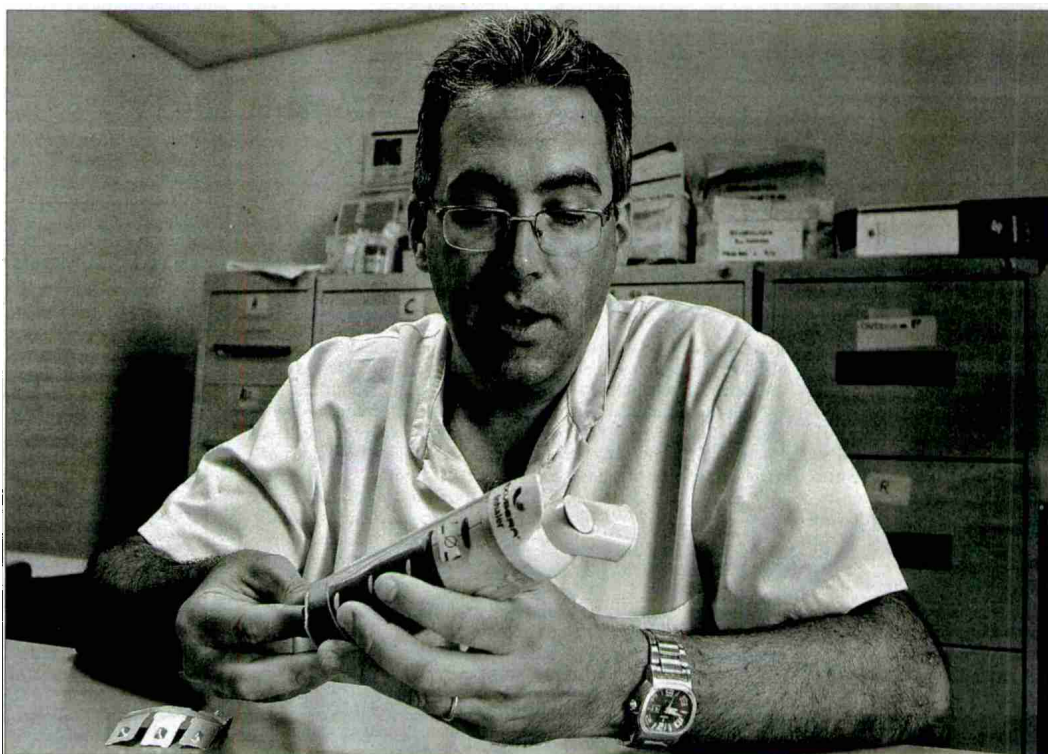
POR JOAN MORALES

Los diabéticos lo esperaban como el aparato que iba a cambiar sus vidas, pero la realidad está siendo otra. El inhalador de insulina, un mecanismo que tenía que servir para acabar con los pinchazos, está pasando con más pena que gloria un mes después de su salida al mercado en España. Y es que este sistema ha nacido con una serie de limitaciones que impiden que pueda ser utilizado por los más de 51.500 diabéticos que se calcula que hay en el Camp de Tarragona y las Terres de l'Ebre.

Por ejemplo, sólo lo pueden usar los diabéticos de tipo 1, los cuales tienen que pincharse insulina cuatro veces al día (son una minoría entre este tipo de enfermos y en nuestra provincia habría unos 1.500), o los de tipo 2 (unos 50.000 en nuestro territorio, de los cuales sólo 15.000 necesitan insulina) que tengan fobia a las agujas o lipodistrofia (pérdida de masa adiposa producida por los pinchazos). Además, los fumadores o personas con una enfermedad pulmonar tienen totalmente prohibido su uso.

Todo ello conlleva que, según explica Josep Maria Manzaneres, endocrinólogo del Hospital Sant Joan de Reus, «aunque la gente esté informada en un 90%, y más de la mitad de los diabéticos estén interesados en el inhalador, aproximadamente un 25% estaría dispuesto a cambiar el tratamiento y dejar las agujas». En este sentido, este especialista recuerda que «el diabético suele ser un paciente bastante conservador y no cambia de tratamiento así como así».

Esta entrada tan lenta en el mercado del inhalador de insulina, según el doctor Manzaneres, «es lógica porque los medicamentos nuevos primero hay que ver cómo funcionan. Yo le daría un año de margen, porque todas las novedades terapéuticas, excepto las que salvan vidas, cuesta que arranquen. No estamos ante un descubrimiento vital, como lo fue en su día la insulina. Indudablemente que supone una mejora en la calidad de vida de muchos diabéticos, pero hay que recordar sus limitaciones de uso».



► Josep Maria Manzaneres, endocrinólogo del Hospital Sant Joan, con el inhalador de insulina en sus manos. FOTO: PERE FERRÉ

EL INHALADOR DE INSULINA AL DETALLE

1. ¿Qué es?

La insulina inhalada es una forma de insulina humana recombinante de acción rápida que se inhala a través de la boca mediante un dispositivo especial que no requiere batería ni electricidad, pesa unos 115 gramos y mide aproximadamente como un estuche de gafas. Está disponible en polvo seco, en blisters de 1 y 3 mg, que deben ser colocados en el interior del dispositivo inhalador. Cuando el diabético debe administrarse la insulina, acciona el disparador y se libera una nube de insulina en la cámara del dispositivo. Luego, el paciente respira a través de la boquilla, lo que le permite el paso de la insulina a los pulmones y de aquí a la sangre.



► Imagen del aparato en cuestión. FOTO: PERE FERRÉ

2. ¿Cómo funciona?

La insulina inhalada alcanza su pico de concentración en sangre más rápidamente que la insulina regular,

administrada por inyección. De esta forma, con la insulina inhalada, los niveles máximos se alcan-

zan a los 45 minutos, aproximadamente, mucho más rápida en comparación con los 100 minutos de media de la insulina regular.

3. ¿Pros y contras?

Como ventaja destaca su absorción más rápida y su perfil de acción más corto, que permite que pueda administrarse justo antes de las comidas y provocar menos hipoglucemias tardías en los pacientes. Entre las desventajas están que se requieren dosis de insulina mayores debido a su penetración limitada en el alveólo, una calibración de dosis menos precisa y su mayor coste que la insulina pinchada.

Por ejemplo, de los 300 diabéticos de tipo 1 que hay en Reus, tan sólo entre 10 ó 20 se han decidido por el inhalador de insulina. No hay que olvidar que para poder usarlo, primero, el médico de familia tiene que derivar al pacien-

te al especialista. Después, éste elabora un informe que se pasa al inspector, que es quien autoriza su receta. El kit inicial cuesta unos 200 euros, aunque el paciente sólo tiene que pagar tres ya que está subvencionado, al igual que ocurre

con el gasto mensual de la insulina. Aunque el método de administración de la insulina no es excesivamente complicado, el diabético también tiene que recibir un cursillo de aprendizaje. Por último, Manzaneres recuerda que

«este sistema de insulina rápida no sustituye todos los pinchazos en la mayoría de los casos, por lo que los pacientes tienen que pincharse una vez al día la insulina lenta».

■■■
jmorales@diaridetarragona.com

LO QUE HAY QUE SABER SOBRE LA DIABETES

¿Qué es?

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior. La insulina es una hormona que tiene como misión fundamental transformar en energía azúcares contenidos en los alimentos. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). De hecho, el nombre científico de esta enfermedad es diabetes mellitus, que significa miel. Se calcula que la diabetes afecta al seis por ciento de la población. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que se estima que la padece alrededor del 15% de la población mayor de 70 años.

Las causas

La diabetes, causada normalmente por la obesidad y la falta de ejercicio, está aumentando de forma preocupante en las últimas décadas. Un dato a tener en cuenta es que desde mediados de la década de los sesenta hasta la mitad de los noventa los casos han llegado a triplicarse. Es esencial educar a los pacientes para que controlen su diabetes de forma adecuada, ya que puede acarrear otras enfermedades tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) o nefropatía (enfermedad del riñón). El momento de aparición de la enfermedad, así como las causas y síntomas que presentan los pacientes, dependen del tipo de diabetes de que se trate.

Tipos de diabetes

• Diabetes de tipo 1: Las edades más frecuentes en las que aparece son la infancia, la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Se debe a la destrucción progresiva de las células del páncreas, que son las que producen insulina. Ésta tiene que administrarse artificialmente desde el principio de la enfermedad. Sus síntomas particulares son el aumento de la necesidad de beber y de la cantidad de orina, la sensación de cansancio y la pérdida de peso.

• Diabetes de tipo 2: Se presenta en edades más avanzadas y es unas diez veces más frecuente que la anterior. Se origina debido a una producción de insulina escasa. Según qué defecto de los dos predomine, al paciente se le trata con pastillas o con insulina.

Síntomas

Los primeros síntomas de la diabetes puede incluir los siguientes: sed y hambre extrema, ganas de orinar frecuentemente, llagas o moratones que se curan muy lentamente, piel seca, pérdida de peso inexplicable, visión borrosa que cambia día a día, cansancio o somnolencia inusual, hormigueo o adormecimiento en las manos o los pies, infecciones frecuentes o recurrentes en la piel, las encías, la vejiga o infecciones vaginales por levaduras. Existen una serie de patologías muy comunes asociadas a la diabetes. Estas son la acidez de estómago, el colon irritable, la diarrea, el estreñimiento, gases y flatulencia, la obesidad y la úlcera gastroduodenal. También es una enfermedad que ataca mucho a la vista, dejando incluso ciegos a muchos pacientes.

‘Hace 28 años que me pincho y para mí no es ningún problema’

Miquel Llop, uno de los 51.500 diabéticos que se calcula que hay en la provincia de Tarragona, es el presidente de la delegación de Reus de la Associació de Diabètics de Catalunya. Este paciente hace 28 años que se pincha insulina, algo a lo que asegura haberse acostumbrado.

POR J.M.

«Me detectaron que era diabético hace 32 años, cuando tenía 31. Entonces tenía dos opciones: o dejarme o hacerme más fuerte e intentar luchar. Yo aposté por la segunda». Miquel Llop padece la diabetes mellitus de tipo 1 y, aunque empezó con pastillas, «estas no me hacían efecto y las cambié por

las agujas. Hace 28 años que me pincho dos veces al día, por la mañana y por la noche, y la verdad es que para mí no es ningún problema y lo llevo bien». En este sentido, este paciente reconoce que «cada caso es diferente y siempre depende mucho de la fuerza de voluntad de cada persona». Además, Miquel también recuerda que «andar mucho es tan bueno como pincharse insulina».

El presidente de la delegación de Reus de la Associació de Diabètics de Catalunya prefiere no hablar demasiado del inhalador de insulina porque «no estoy mucho al día sobre él. Me parece bien que haya salido al mercado, aunque yo no puedo utilizarlo porque soy fumador».



Miquel Llop es el presidente de la delegación de Reus de la Associació de Diabètics de Catalunya. FOTO P. FERRÉ

‘El inhalador me parece bien, aunque yo no puedo utilizarlo porque soy fumador’

Respecto a la enfermedad que le acompaña desde hace 32 años, Miquel Llop tuvo claro desde el primer día que «para ganar tenía que marcarme una nueva norma de vida. Llevar a cabo una nutrición correspondiente y no pasarme con las comidas. No obstante, la verdad es que yo como de todo menos dulces».

La delegación de Reus de la Associació de Diabètics de Catalunya, que cuenta con 200 asociados, organiza conferencias, cuenta con una enfermera y un podólogo, colabora con entidades sanitarias y está asociada con una clínica oftalmológica de Barcelona.

■ ■ ■
jmorales@diaridetarragona.com

No es oro todo lo que reluce

LA OPINIÓN
JOSÉ RAMÓN CALLE

El reciente lanzamiento de la insulina inhalada ha provocado la controversia sobre quiénes son los candidatos para recibir dicha terapia. Su perfil de acción es semejante al de las insulinas rápidas, por lo que los diabéticos tipo 1 que la utilicen tendrán que seguir pinchándose al menos una vez al día insulina retardada, mientras que algunos tipo 2 sí que podrían eliminar completamente las inyecciones.

Sin embargo, no es oro todo lo que reluce. El primer dispositivo

de insulina inhalada comercializado tiene un tamaño similar a unas gafas, lo que implica que es menos cómodo de transportar que las «plumas» de insulina que hoy en día emplea la mayoría de diabéticos. Más importante es la dosificación: se hace de 3 en 3 unidades, cuando la mayoría de plumas lo hacen de 1 en 1, con lo que se pierde fineza en los ajustes (los pacientes que llevan bomba de insulina hacen correcciones en decimales de unidad). Lo paradójico es que sobre el papel el problema sería menor en los diabéticos tipo 2, que son más resistentes a la insulina y que tienen menos tendencia a la hipoglucemia,

pero la insulina inhalada sólo está permitida, de momento, en los tipos 1 y en los tipo 2 con alergias, lipodistrofias o fobias a las agujas, aunque con las insulinas modernas es muy raro presentar estas complicaciones. Conviene destacar que la inyección de insulina es prácticamente indolora, aunque siempre hay personas más sensibles.

Otras limitaciones serían las de padecer enfermedades respiratorias, ser fumador o haber fumado en los 6 meses previos, ser menor de 18 años o estar embarazada. La insulina inhalada es de prescripción hospitalaria y debe redactarse un informe por parte del especialista

en Endocrinología y llevar sello de Inspección. Aunque los ensayos clínicos realizados con más de 2.500 pacientes no han encontrado alteraciones significativas en la función respiratoria, es imprescindible una evaluación previa mediante una espirometría y un seguimiento periódico de dicha función.

El método de administración es sencillo y rápido, similar al que utilizan los asmáticos. La eficacia es buena y el efecto secundario más frecuente es la tos, que afecta al 30% de los pacientes pero que en la mayoría de los casos es pasajera. La mayor ventaja podría ser vencer la barrera psicológica que supone co-

menzar a inyectarse. Los más beneficiados serían los que presentan algún tipo de alergia local, raras hoy en día. Posiblemente el mayor inconveniente, aparte del precio, sea que se dispense de tres en tres unidades. Esperemos que tanto este problema como el tamaño sean solventados en futuros preparados. También debemos ser prudentes respecto a hipotéticas consecuencias de un aumento del nivel de anticuerpos y sobre la posibilidad de presentación de complicaciones a largo plazo.

José Ramón Calle es endocrinólogo del Hospital Clínico de Madrid y asesor de la Fundación para la Diabetes