



RECORTES

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Insulina inhalada: ¿una posible panacea?

Durante más de 80 años la insulina ha sido administrada por inyección. Los instrumentos empleados para ello han progresado -las jeringuillas desechables y los aparatos de inyección con pluma son más convenientes y menos traumáticos que las jeringuillas esterilizadas usadas hasta finales del año pasado-, pero los pacientes y los profesionales médicos siguen mostrándose reticentes con las inyecciones. Un reciente intento de burlar la necesidad de las inyecciones que pronto estará disponible en los centros médicos es el uso del pulmón como vía de absorción, con el desarrollo de insulinas inhaladas. Hay dos versiones pueden lanzarse en breve: una en polvo y otra en aerosol.

La eficacia de la insulina inhalada se demostró por primera vez en 1971, pero no fue hasta el año 2000 cuando la era moderna de la insulina empezó a despuntar. Su biodisponibilidad es del 10-15 por ciento y una dosis equivale a tres de la insulina inyectada. La farmacodinámica de la insulina inhalada ofrece un perfil de actuación de rápida aparición semejante a las insulinas subcutáneas análogas de efecto inmediato, las cuales han mostrado en estudios un mejor control de la glucosa postprandial y menor tendencia a hipoglucemia nocturna. La revisión de ensayos del grupo Cochrane, que ha comparado la insulina inhalada con la inyectada de acción corta utilizada para el reemplazo de la insulina prandial en combinación con una insulina basal inyectada, concluyó que la inhalada aportaba un control equivalente al de regímenes de inyección completa. No obstante, estos regímenes no siempre estuvieron optimizados, perdiéndose la oportunidad para mejorar el control con la insulina inyectada. Los ensayos incluidos eran breves y dirigidos a pacientes con diabetes tipo 1 o 2 ya tratados con insulina. La revisión no examinó los ensayos de insulina inhalada añadida a agentes complementarios, pero el dato implicaría bioequivalencia. En pacientes con diabetes tipo 2, añadir la insulina inhalada a regímenes orales de hipoglucemia mejora el control más que no hacer nada.

Preferencias del paciente

Las ventajas de la insulina por vía inhalada frente a la inyectada van asociadas a las preferencias del paciente. Esto es importante. Desafortunadamente, los datos publicados sobre la satisfacción de los enfermos de diabetes, superficialmente favorecidos, son difíciles de interpretar si los pacientes siempre comparan un nuevo tratamiento con uno viejo. Cuando se ha usado un cuestionario especialmente diseñado, la satisfacción con el tratamiento ha aumentado significativamente en pacientes con diabetes tipo 1 o 2 que han tomado parte en los estudios, sin tener en cuenta si

las tomas de insulina fueron inhaladas o inyectadas. A pesar de que la mejora ha sido mayor con la insulina inhalada, la inyectada era idéntica al tratamiento anterior al ensayo que limitaba el potencial previsto. Además, la mejora en la satisfacción del tratamiento se correlacionaba con el aumento del control glucémico. ¿Se obtendría mayor satisfacción con regímenes inyectados si se optimizaran de forma eficaz? ¿Fueron demasiado cortos los estudios para demostrar las ganancias biomédicas que deben esperarse de un tratamiento expresamente diseñado para apoyar el cumplimiento, o los problemas de la terapia con insulina se extienden más allá de la aversión a las jeringuillas?

Biodisponibilidad afectada

La insulina inhalada tiene también sus potenciales desventajas. La biodisponibilidad se ve afectada por el asma y el tabaco. La formación de anticuerpos contra la insulina es mayor con la inhalada, y a pesar de que esto se ve como un requisito de menor importancia, los viejos especialistas en diabetes recuerdan que es necesario reducir la formación de anticuerpos de insulina, ya que retrasan e inutilizan la absorción de la insulina de forma imprevisible e incluso puede aumentar el riesgo de enfermedad microvascular. Finalmente, existe una preocupación sobre los efectos a largo plazo de la insulina en la estructura y función pulmonar, a pesar de que los ensayos actuales publicados no han detectado ningún efecto perjudicial a largo plazo.

Pocas personas gustan de las inyecciones y algunas están tan aterrorizadas que por este motivo rechazan el tratamiento. Para los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1, la ausencia de libertad para comer o no y la exigencia de dolorosos análisis de glucosa pueden ser un problema mayor que la inyección en sí misma.

La insulina inhalada podría tener un impacto real en el mundo desarrollado si los médicos y los pacientes empiezan a utilizarla mucho antes y más intensamente en diabetes tipo 2. En los países en vías de desarrollo, donde los tabúes culturales contra los tratamientos con inyecciones deberían ser incluso más reales que aquí, se espera que la insulina inhalada aporte más en términos de beneficios para la salud, pero no parece que vaya a ser más asequible o disponible que las actuales e inadecuadas existencias de insulina inyectada. Mientras tanto, todos los pacientes están esperando a ver si las nuevas inhalaciones son seguras. Si lo son, y si son lo suficientemente baratas, al menos caerá una de las barreras para mejorar el tratamiento de la diabetes.

DMás

En el foro 'Se habla de...' puede dejar sus comentarios:
www.diariomedico.com/foros/