

Insulina inhalada, posible sustituta de la preprandial

Las posibilidades de la insulina inhalada empiezan a ser reales. Los últimos datos indican que podría ser una opción a la preprandial.

Álvaro Sánchez de León Sevilla "La insulina inhalada constituye una buena alternativa para sustituir a la insulina rápida preprandial", según ha señalado Domingo Acosta, del Servicio de Endocrinología del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, y moderador de la mesa Insulina inhalada: una oportunidad de mejorar el control glucémicos, que se ha desarrollado en el XLVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Hasta ahora, las observaciones realizadas apuntan a que puede ser una alternativa real para los pacientes que requieran insulina y no progresen en el tratamiento con la insulina subcutánea.

Entre los factores terapéuticos más resaltados en las intervenciones, los especialistas reunidos en Sevilla han destacado el tamaño de la partícula (entre 1 y 3 micrometros de diámetro) y su baja velocidad de deposición. Pero entre las razones que en la práctica clínica diaria se pueden argumentar para el cambio en el tratamiento, Acosta ha señalado la existencia de una cierta aversión a los pinchazos de insulina, las limitaciones terapéuticas que presenta la administración subcutánea, la necesidad de usar múltiples dosis de insulina subcutánea para un control metabólico adecuado, lo cual supone inyectar entre tres y cinco sesiones diarias. "También hay que tener en cuenta la servidumbre que supone para muchos pacientes el tratamiento con sistemas actuales de infusión continua subcutánea y la preferencia expresa de los pacientes".

Ciertas limitaciones

Asimismo, ha resaltado las ventajas del pulmón, que presenta una amplia superficie de absorción y no dispone de las peptidasas del tracto gastrointestinal, por lo que no se degrada la insulina. Además, la barrera alveolo-capilar es de escaso grosor, "con lo que se facilita el paso de la insulina a la circulación".

A pesar de los beneficios, Acosta ha señalado que aún existen algunas limitaciones, como los posibles problemas derivados de los propulsores utilizados, la instauración de criterios para calcular la velocidad del flujo de aire, las posibles pérdidas del principio activo en el dispositivo y en el exterior, "así como terminar de investigar sobre los depósitos del fármaco en la faringe y en el árbol bronquial, la generación de anticuerpos anti-insulina y la capacidad de absorción del fármaco". Además, el grado de cumplimiento terapéutico por parte del paciente juega igualmente un papel esencial, del mismo modo que la influencia de posibles enfermedades y circunstancias concomitantes, como asma o tabaquismo.

Aun así, las expectativas puestas en esta nueva vía son reales y serán un apoyo a las pastillas para pacientes con diabetes tipo 2 y una alternativa para los enfermos con diabetes tipo 1 que necesiten inyectarse insulina.

Buena adecuación

Estos progresos corresponden a los resultados de estudios farmacogenómicas y farmacodinámicos en los que, según Acosta, "se ha constatado una adecuada reproducibilidad intra-individual, una adecuada correlación entre la dosis administrada y los niveles alcanzados en sangre con estudios comparativos con diversas insulinas de acción rápida administradas por vía subcutánea".

Lo que sí han confirmado los expertos es que "no afecta a la función pulmonar" y que el aumento de anticuerpos anti-insulina "no se traduce de manera llamativa en el efecto de la insulina". Entre los efectos secundarios, de momento, el único descrito es el aumento de la tos.

Pasados 80 años desde los inicios de las primeras investigaciones sobre esta posibilidad de tratamiento, los expertos han señalado que "ha sido en 2005 cuando la insulina inhalada ha llegado a ser una posibilidad terapéutica real en el campo de la diabetes".