



“Los *cambios* en **el tratamiento** deben ser **más ágiles**”

Por **MANEL TORREJÓN**



**DÍDAC MAURICIO**

EL DOCTOR MAURICIO LIDERA EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DIABETES DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN GERMANS TRIAS I PUJOL, QUE FUE ADMITIDO COMO MIEMBRO DEL CIBER DE DIABETES Y ENFERMEDADES METABÓLICAS ASOCIADAS (CIBERDEM) EN LA CONVOCATORIA DE 2015

Desde su etapa postdoctoral en el Steno Diabetes Center de Dinamarca, este endocrinólogo siempre ha centrado sus esfuerzos de investigación en la enfermedad. Ahora encabeza un grupo de 14 personas, que tiene abiertas diferentes líneas de investigación, desde el mecanismo de destrucción de las células beta productoras de insulina, hasta la eficacia de los tratamientos en los centros de primaria, pasando por la detección precoz del riesgo cardiovascular.

**Su grupo estudia la “disfunción y daño celular de la célula beta pancreática”. ¿Cómo podremos detener ese daño en el futuro?**

Los investigadores del grupo en esta área estudian cómo frenar la respuesta de las células inmunitarias que dañan a las células beta productoras de insulina. Se trata de reeducarlas para que asuman un rol protector. Y esa reeducación se puede conseguir con un antígeno [sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y que puede causar una respuesta inmunitaria]. Para conocer el mecanismo de esta respuesta agresiva, la doctora Marta Vives-Pi, investigadora principal del área de inmunología, lidera estos estudios.

**Después del daño, vienen las complicaciones, que también son objeto de investigación de su equipo. ¿En qué están trabajando en este ámbito?**

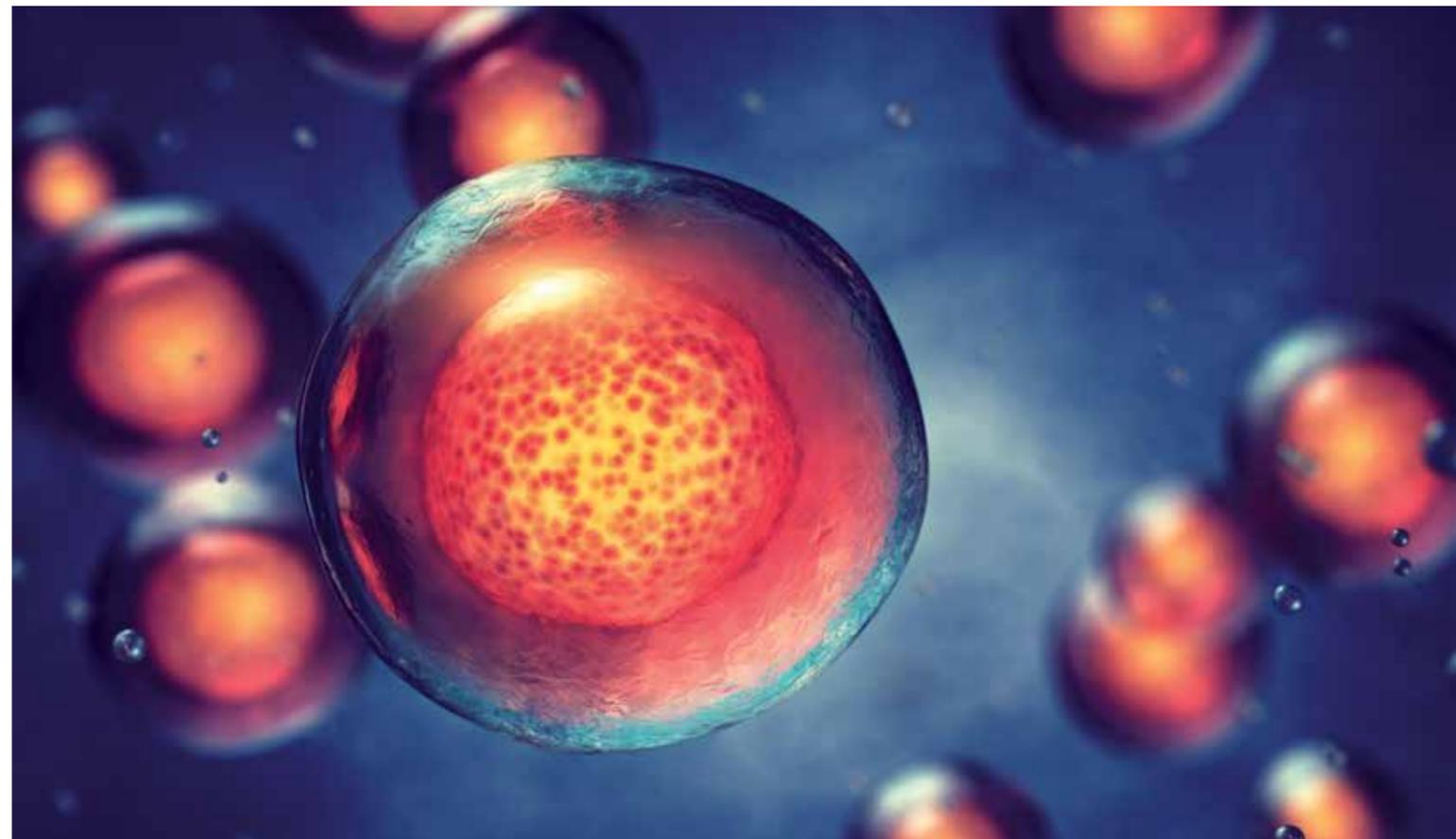
Las complicaciones de la diabetes y la obesidad son problemas graves, a los que dedicamos muchos esfuerzos. Complicaciones como la enfermedad cardiovascular son causa de mayor morbilidad y reducen la esperanza de vida.

Por tanto, es muy importante anticiparse a esas complicaciones. Nuestro grupo investiga cómo detectar la arterioesclerosis [la placa de aterosclerosis que se desarrolla dentro de las arterias, lo que incrementa el riesgo de infarto e ictus] a través de imágenes, tanto en pacientes de diabetes tipo 1 como de tipo 2.

**El objetivo es detectar esta afección de forma precoz, en los primeros estadios. Y para ello, también es clave identificar los mecanismos de la arterioesclerosis acelerada que ocurre en la diabetes. En toda esta línea de investigación, son clave los estudios de los mecanismos de alteración de los lípidos en la diabetes tipo 1 y tipo 2.**

Hemos averiguado que las personas que sufren retinopatía presentan, a su vez, problemas de microcirculación en el cerebro. Por tanto, la retinopatía es un factor de riesgo. Queremos demostrar que, ante ese problema, urge intervenir de forma rápida. Hoy en día, un riñón dañado por la diabetes enciende todas las luces de alarma en los protocolos y guías médicas, pero no pasa lo mismo cuando la complicación es una retinopatía.

**“Tardamos demasiado tiempo en implementar cambios en los tratamientos: urgen respuestas más ágiles”**



**“Nuestro grupo investiga cómo detectar la arterioesclerosis a través de imágenes”**

También prestamos atención a la falta de potencia del corazón, es decir la denominada insuficiencia cardíaca, que se da en muchas personas con diabetes, lo que aumenta el riesgo de tener sensación de ahogo y de sufrir paros cardíacos.

Sabemos que la diabetes puede debilitar la potencia del corazón, y también sabemos que las alteraciones metabólicas que acompañan a la diabetes alteran las fibras del corazón y la microcirculación del corazón.

**Su grupo es considerado como de referencia en el trabajo con grandes bases de datos de pacientes de primaria. ¿Nos puede contar la investigación que están haciendo a partir de la información de miles de pacientes?** En España, fuimos pioneros en 2008, un momento en que no estaba de moda la investigación a partir de datos obtenidos de los pacientes. En inglés, el concepto es *real world evidence*

[evidencias de práctica real]. Ahora estos estudios ya están más extendidos, pero hace años prácticamente solo se hacía en unos pocos países, como el Reino Unido y Escandinavia.

**Tenemos acceso a grandes bases de datos, a través del Institut Català de Salut, que es la institución de nuestro hospital y de la mayor parte de la atención primaria en Cataluña. Con esa información, teníamos un 80% de cobertura de la población con diabetes en la comunidad autónoma.**

En 2012, publicamos un primer estudio sobre pacientes con diabetes tipo 2, en el que concluimos que el control glucémico era muy mejorable. Así, un 10% de los pacientes llevaban un muy mal control.

En 2016 actualizamos ese estudio, y averiguamos que el control glucémico no había mejorado de manera significativa. Además, constatamos que se había pasado de 280.000 pacientes con diabetes tipo 2 en 2009, a 350.000.

En ese año, también lanzamos un estudio sobre los costes económicos directos que acarrea la diabetes en el sistema público de salud, una investigación que se publicó en el *European Journal of Health Economics*. Hemos realizado dos publicaciones conjuntas con un grupo de investigación en atención primaria en Leicester, en Reino Unido, que tiene acceso a información de seis millones de pacientes, y las tendencias son muy similares a las que se dan en España.



**¿Para qué nos sirven todos estos datos?**

Nos permiten concluir que tardamos demasiado tiempo en implementar cambios en los tratamientos. Urge respuestas más ágiles. Enfrente tenemos a la denominada *inercia clínica*: el médico puede tender a no dar la importancia que se merecen los resultados de la clínica y, por otra parte, el paciente influye con la denominada falta de adherencia (no tomar la medicación y seguir las pautas de tratamiento que se le indican), con el discurso de “no me quiero pasar a insulina”, cuando muchas veces esa es la forma de seguir un tratamiento óptimo.

Estos estudios nos han hecho advertir que las mujeres que sufren ictus o infartos son tratadas peor. Pues bien, resulta que el tratamiento del colesterol en mujeres es menos intensivo. La sensación de gravedad con las mujeres puede ser menor, lo que también podría explicar que reciban menos intensidad de tratamiento.

**Por tanto, las mujeres con diabetes tienen más riesgo de problemas cardiovasculares. ¿Es así?**

Las mujeres presentan un riesgo entre cuatro y cinco veces mayor respecto a las mujeres no diabéticas. Y los hombres, en torno a dos veces mayor que los hombres no diabéticos.

**¿Qué falla? ¿Los médicos infravaloran el peligro cuando tratan a pacientes del sexo femenino?**

Tiene que ver con las convenciones y con la cultura médica. Los mismos médicos no son conscientes de este hecho. Ahora, queremos estudiar el impacto de tratamientos farmacológicos en hombres y mujeres con los

mismos factores de riesgo. Se trata de una investigación en la que es muy importante contar con los estadísticos de nuestro equipo.

**¿Qué hay que cambiar para que los tratamientos sean más adecuados a la situación del paciente?**

Todas las intervenciones deben ser monitorizadas y se deben intensificar los tratamientos. Los médicos y los profesionales de la enfermería deben estar coordinados y contar con más recursos de tratamiento en todos los sentidos. ●

**“Hemos averiguado que las personas que sufren retinopatía presentan, a su vez, problemas de microcirculación en el cerebro, por lo que la retinopatía es un factor de riesgo de afectación vascular de otros territorios del organismo”**

MARÍA TERESA OROZCO MARTÍNEZ  
Tiene diabetes tipo 2



# M<sup>a</sup> Teresa Orozco es una de las 382 millones de razones para cambiar

Realizar un buen control es fundamental para evitar complicaciones en las personas con diabetes. Por ello, Novo Nordisk ha desarrollado una nueva generación de insulinas, que contribuye a proporcionar vidas mejores a las personas con diabetes, los dispositivos más novedosos y los más utilizados para su administración, y el tratamiento líder a nivel mundial con GLP-1.<sup>1</sup> M<sup>a</sup> Teresa Orozco, como tantas otras personas, ya dispone de los tratamientos más innovadores y flexibles que posibilitan vivir más tiempo, más sanos y con mayor calidad de vida.

Descubra en [novonordisk.es](http://novonordisk.es) cómo la individualización del tratamiento y los objetivos de control, está cambiando el futuro de la diabetes.

Síguenos en:    

Referencia: 1. IMS MIDAS QUANTUM data June 2014