

## **Mads Krogsgaard: "Amenazar con inyecciones no ayuda a la insulinización precoz"**

Mads Krogsgaard Thomsen es vicepresidente y director científico de Novo Nordisk, la compañía danesa que ha hecho de la diabetes su principal campo de batalla. Apasionado de la investigación en este campo, vibra al hablar de los nuevos fármacos y la investigación en insulinas.

Alberto Bartolomé 18/07/2008

### **¿Qué es más importante: detección precoz, prevención o fármacos?**

-Las cosas más importantes suelen ser las más difíciles. Creo que la prevención es la tarea más importante. Si quieres prevenir, lo primero que hay que hacer es saber cuál es la razón de la aparición de la diabetes. Tenemos que conocer con exactitud qué le pasa a las células beta del páncreas.

### **Hay factores, como la obesidad, en los que se puede intervenir.**

-Sobre todo en diabéticos tipo 2. Hay muchos estudios que relacionan un índice de masa corporal por encima de 30 con un aumento del riesgo de desarrollar la enfermedad. No podremos atajar la epidemia de diabetes si no controlamos la obesidad. Hay un momento en que su páncreas dice basta.

### **¿Cómo conservar la actividad de las células beta?**

-Cuando se comienza a padecer diabetes sólo el 50 por ciento de las células beta permanecen activas. Cada año que pasa con la enfermedad se pierde otro 4 por ciento. Lo que debemos hacer es desarrollar tratamientos que cambien esta tendencia y que prevengan la destrucción de las células beta restantes. Una de nuestras esperanzas es liraglutide, un análogo de la GLP-1 que ya hemos visto en animales que frena el desarrollo de la enfermedad.

### **Esto requerirá un tratamiento precoz...**

-De entre las personas obesas aún no sabemos cuál desarrollará diabetes y cuál no. Uno de nuestros campos de investigación es la búsqueda de biomarcadores que predigan si la diabetes va a progresar o no, pero aún no hemos encontrado ninguno útil.

### **Entonces, ¿cómo se podrá detectar precozmente a los pacientes?**

-Los cribados de niveles de glucosa pueden descubrir grupos de pacientes de riesgo. En Estados Unidos se ha aprobado un análisis anual de glucemia a las personas mayores de 40 años. Este tipo de iniciativas no se están llevando a cabo en Europa. La prevención o la curación de la diabetes es un camino que requiere muchos pequeños pasos y ya hemos empezado a andar.

## **Otro paso son los nuevos tratamientos.**

-Hace no mucho todo el mundo hablaba de las insulinas inhaladas. Esa vía se ha visto que no va a ningún sitio; también se habla de los PPAR a los que muchos califican como el Santo Grial. No sé. Lo que creo que no van a fallar son las incretinas. No sólo controlan la glucosa, sino que también evitan que el peso aumente. Esta familia une los cuatro elementos que se han de cuidar en un paciente diabético: presión arterial, glucosa, lípidos y peso.

## **¿Y las nuevas insulinas?**

-Es un campo interesante. El número de personas que inicia cada año el tratamiento es mayor. Hay que recalcar que es importante que los tratamientos no comiencen demasiado tarde, algo que sucede con frecuencia. Una introducción precoz de la insulina permitirá encontrar a pacientes menos deteriorados. Se están realizando estudios muy interesantes con combinaciones de insulinas rápidas y de acción prolongada.

## **La amenaza de los médicos con las inyecciones no ayuda a la insulinización precoz del enfermo.**

-Hemos realizado estudios psicosociales. Se ha descubierto que muchos pacientes creen que la inyección de insulina es el último recurso que tiene el médico; el paso previo a la muerte. No ayuda nada a mejorar la percepción de los enfermos el hecho de que los médicos les amenacen.

## **¿Cómo cambiar estos comportamientos?**

-Es complicado; se puede hacer de dos formas. Una es con nuevas insulinas que se puedan introducir antes y convenciendo a los pacientes de las bondades de un buen control. Para conseguir este objetivo se está investigando activamente en la búsqueda de una insulina que pueda tomarse por vía oral, aunque aún queda mucho para llegar a este objetivo. La insulina es una molécula compuesta por dos cadenas con gran cantidad de aminoácidos; debemos conocer cuál es la función de cada uno y de qué forma se degradan en el estómago y en el intestino. Cuando sepamos todo eso seremos capaces de desarrollar análogos estables. Para convencer del buen control serán muy útiles los dispositivos en los que el paciente puede ver cómo se comporta su gráfica de glucosa.

## **¿Consistirá el futuro en una insulina específica para cada paciente?**

-Estamos investigando nuevas clases de insulina que puedan adaptarse a la comida que se ingiere.

## **¿Cómo serán?**

-Los alimentos, cuando se ingieren, generan albúmina. El cuerpo humano ha aprendido a detectarla. Nosotros queremos imitar a la madre Naturaleza. Se están investigando insulinas de acción selectiva que actúen en el hígado. Algún día los enfermos no sólo podrán elegir entre insulinas de acción lenta o rápida; también podrán existir combinaciones de ambas y otras insulinas específicas para evitar problemas hepáticos.