



Jorge Matías-Guiu se formó como neurólogo en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Ha trabajado como jefe de Servicio del Hospital General Universidad de Alicante, donde ejerció hasta su acceso a la jefatura de Servicio del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, actividad que compagina con la de catedrático de la Universidad Complutense de Madrid desde el año 2006. Ha desarrollado actividades tanto en gestión como en investigación, y ha sido presidente de la Sociedad Española de Neurología, presidente de la Comisión Nacional de Neurología, coordinador de la estrategia nacional del ictus y, posteriormente, de neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud.

Con más de 380 artículos publicados ha contribuido al desarrollo del conocimiento del ictus, de las enfermedades degenerativas, y, especialmente, de la esclerosis múltiple, área en la que realizó su tesis doctoral y sobre la que fundó el grupo de estudio específico en la Sociedad Española de Neurología.

Entrevista

JORGE MATÍAS-GUIU

Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico San Carlos
Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid
Gerente de la Sociedad Española de Neurología

"YO APRENDÍ
UNA NEUROLOGÍA
EN LA QUE LA
TERAPÉUTICA ERA ALGO
EXCEPCIONAL, HOY ES
LA NORMALIDAD"

La EMA aprobará el primer medicamento efectivo contra el Alzheimer, lecanemab, que ha demostrado beneficios clínicos para el tratamiento del deterioro cognitivo leve y la demencia temprana en pacientes con Alzheimer. ¿Qué va a suponer este fármaco en el tratamiento del Alzheimer?

Parece que efectivamente lecanemab, el primer fármaco anti-amiloide, será aprobado por la EMEA en breve, ya lo ha sido en Estados Unidos y Japón. Lo que hace este producto es eliminar los acúmulos de proteína β -amiloide que se han relacionado con la evolución de la enfermedad de Alzheimer, por lo que puede influir en los pacientes con esta enfermedad que se encuentran en un inicio temprano. En un reciente artículo, que hemos publicado en *J. Alzheimer Dis* (*J Alzheimers Dis*. 2024 nov;102(1):207-217. doi: 10.1177/13872877241284312), se analiza cómo debería cambiar la organización de los servicios de neurología y servicios relacionados para poder hacer frente a esta nueva situación. Este fármaco se administra de forma intravenosa cada quince días. Ahora, ¿estamos preparados para esta frecuencia de administración? Deben hacerse, para

su seguimiento, resonancias magnéticas frecuentes. Otra pregunta que debería responderse. Y el diagnóstico debe cambiar, ya no valen los déficits cognitivos leves o Alzheimer probable; todo ello debe ser sustituido por diagnósticos de precisión que se realizan en muy pocos centros. De manera que, como señalábamos en este artículo, la organización de la atención a estos pacientes deberá cambiar. Lo que implica recursos, probablemente. La experiencia de lo que está ocurriendo en Estados Unidos, precisamente en esta línea, nos puede dar una idea de las consecuencias. Sin embargo, hay un punto clave en este tema, y es el desarrollo de los biomarcadores de amiloide y tau en sangre, evitando la punción lumbar, lo que probablemente permita la viabilidad de esa terapéutica en mayor número de población.

¿Qué diferencia hay entre este fármaco y los que se venían utilizando hasta el momento?

Hasta ahora eran fármacos sintomáticos que nunca han probado beneficios claros salvo en la percepción del cuidador, ahora empezamos a hablar de una intervención directa en la evolución del paciente.

¿Qué opina sobre la investigación que se está haciendo en España sobre esta enfermedad y otras enfermedades neurológicas en las que usted es experto?

La investigación en neurociencias, en

neurología y en enfermedades neurodegenerativas en España es amplia, con muchos grupos. Otra cuestión es que se basa en el esfuerzo de personas, y por iniciativas de grupos tanto clínicos como universitarios. Como siempre, faltan recursos para apoyarlos. Yo creo que hay que estar orgullosos de lo que se hace, pero, sobre todo, de los esfuerzos de los grupos.

Con sus numerosas publicaciones a lo largo de su carrera ha contribuido al desarrollo del conocimiento del ictus, las enfermedades degenerativas, y especialmente de la esclerosis múltiple, área en la que realizó su tesis doctoral, ¿cómo ha sido la evolución de los tratamientos de estas enfermedades en los últimos años?

La neurología ha cambiado en 40 años. Ha cambiado en el diagnóstico por los avances tecnológicos, ha cambiado por la terapéutica, y ha cambiado por los neurólogos, que ven en la terapéutica una normalidad. Yo aprendí una neurología en la que la terapéutica era algo excepcional, hoy es la normalidad, prácticamente hay terapéutica de mayor a menor impacto en la mayoría de las enfermedades, pero no se puede olvidar qué es y cómo se comporta el enfermo neurológico y lo que representa. El objetivo nunca puede ser poner tratamientos, sino atender, proteger y solucionar en mayor o menor medida lo que les ocurre a los pacientes. Hoy es otra neurología, pero el sentido debe ser el mismo.

¿Cómo ve el futuro de nuevos fármacos para enfermedades neurológicas?

¿Qué necesitaría la industria farmacéutica para avanzar?

Yo creo que la industria ha tenido y tiene el dinamismo que da la posibilidad de rendimiento, no solo el económico sino también social. Creo que la industria en España debería confiar más en nuestros investigadores, en España hay un sustrato muy potente que, con recursos, podría avanzar en muchas áreas, y no solo para que se participe en ensayos clínicos, diseñados por otros. A pesar de las muestras a través de publicaciones, la industria farmacéutica, que es básicamente extranjera, no se apoya en la investigación española, en general. Yo creo que lo que necesita la industria es creer que si confiaran y dieran recursos de investigación a grupos en España, que han mostrado claramente lo que pueden hacer, a lo mejor se avanzaría. Un grupo enorme como el nuestro, con investigadores de impacto, laboratorios, que saca más de veinte artículos al año entre D1-Q2 recibe financiación pública, la industria solo nos ve como potenciales recetadores, y, como mucho, como reclutadores en ensayos clínicos, pero no confían en el desarrollo de fármacos, y hace años no era así, y si ahora ocurre con algunos grupos es la excepcionalidad. Yo creo que desde las fundaciones universitarias y desde los hospitales deberían hacerse campañas sobre la imagen y potencialidades de nuestros investigadores, y la gestión de los ingresos debería ser un objetivo menor porque en nuestras universidades y hospitales se podrían hacer muchas más cosas y avanzar si hubiera recursos y confianza por parte de la industria. La industria necesitaría conocer mejor la potencialidad de los investigadores españoles y apoyarlos, implicándolos en el desarrollo de los nuevos productos en los primeros niveles de este, no solo en ensayos clínicos. 

Creo que la industria en España debería confiar más en nuestros investigadores, en España hay un sustrato muy potente que, con recursos, podría avanzar en muchas áreas