

# IMPLEMENTACIÓN DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2 PARA PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

[www.medscape.org/spotlight/prep-sars-cov-2-spanish](http://www.medscape.org/spotlight/prep-sars-cov-2-spanish)

**Actualización:** Cuando se grabó este programa, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) había otorgado la autorización de uso de emergencia a varios anticuerpos monoclonales. Sin embargo, debido a la alta frecuencia de variantes, la FDA de EE. UU. revocó la autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) de los anticuerpos monoclonales contra el SARS-CoV-2 para la profilaxis previa a la exposición y el tratamiento de COVID-19. Consulte sus pautas nacionales y locales para conocer más información actualizada.

**Andy Ustianowski, MBBS:** Hola, soy Andy Ustianowski. Soy médico especialista en enfermedades infecciosas con sede en Manchester, en el Reino Unido. Y bienvenidos a este programa titulado “Implementación de la profilaxis previa a la exposición contra el SARS-CoV-2 para pacientes inmunodeprimidos”. Estoy encantado de contar con la presencia de Alexandra Calmy, directora de la unidad de VIH del Hospital Universitario de Ginebra, Suiza. Y Howard Huang, jefe de la sección de trasplantes de pulmón de Houston Methodist Hospital en EE. UU. Le doy la bienvenida a ambos.

En este programa, vamos a abordar el rol de los anticuerpos monoclonales en la prevención de la COVID-19, explorar qué pacientes pueden beneficiarse de la profilaxis previa a la exposición con anticuerpos monoclonales y examinar los datos clínicos que respaldan dicha PrEP o profilaxis previa a la exposición. Y luego concluiremos con algunas consideraciones sobre el uso de la PrEP en la práctica clínica.

Así que, inicialmente, creo que es importante reconocer lo lejos que hemos llegado respecto de la COVID-19. Cuando surgió la enfermedad, realmente no sabíamos nada sobre ella, más o menos su modo de transmisión, pero nada más. Rápidamente, se realizaron diferentes ensayos y estudios, que nos han proporcionado tratamientos para las personas que desafortunadamente se encuentran graves, tratamientos para las personas de la comunidad que corren el riesgo de que avance la enfermedad y, lo que es más importante, también prevenciones. Creo que lo más importante es la vacunación. Sin embargo, algunos miembros de nuestra población tienen contraindicada la vacunación o las vacunas no son muy eficaces por múltiples razones, que exploraremos durante esta sesión. Para esas personas, una modalidad importante es la posibilidad de utilizar anticuerpos

monoclonales neutralizantes como prevención, y eso es realmente en lo que queremos centrarnos hoy.

Howard, en primer lugar, ¿puede hablarnos un poco de los anticuerpos monoclonales? ¿Qué son? ¿Cómo se utilizan en la prevención y el tratamiento de la COVID-19? ¿Y por qué los necesitamos?

**Howard J. Huang, MD:** Gracias Andrew. Primero, un poco de contexto. Los anticuerpos monoclonales son una forma de inmunidad pasiva. Y al principio de la pandemia, una gran cantidad de plasma de convaleciente se estaba utilizando como una especie de esta forma de tratamiento. La idea es transferir anticuerpos de alguien que se ha recuperado de la infección a alguien que está infectado o no ha sido infectado con el fin de prevenir la infección o mitigar la enfermedad. Y estos anticuerpos monoclonales se han utilizado en varios ensayos en diferentes capacidades. Esto incluye un papel preventivo y también como tratamiento. Para la prevención, los anticuerpos monoclonales pueden administrarse a personas en riesgo antes de la infección, lo que se denomina profilaxis previa a la exposición, o en el caso de personas que han estado expuestas a alguien infectado, pueden utilizarse como profilaxis posterior a la exposición. Y por último, como tratamiento, se ha demostrado que los anticuerpos monoclonales reducen el riesgo de desarrollar enfermedad grave cuando se administran en las primeras fases de la infección.

En cuanto a cómo funcionan los anticuerpos monoclonales, muy brevemente, interfieren en la capacidad del virus para unirse al receptor de ACE2 en células de los tejidos humanos, y ese es el primer paso crítico en el ingreso del virus y la infección. Los anticuerpos monoclonales, hasta la fecha, se han desarrollado contra varias partes de la proteína de la espícula, y al unirse a esa proteína, interfieren en la capacidad del virus para entrar en las células. Actualmente, las vacunas que tenemos disponibles son la mejor opción para la mayoría de las personas. Sin embargo, sigue habiendo poblaciones que se consideran de alto riesgo porque son incapaces de lograr una respuesta suficiente a la vacunación, o hay otras personas que han tenido reacciones adversas graves a la vacunación y no pueden recibir una vacuna de forma segura.

Si nos fijamos en la población con trasplantes de órgano sólido, hay evidencia de que estas personas que están recibiendo activamente tratamiento inmunodepresor tienen menos probabilidades de adoptar una respuesta inmunitaria protectora después de la vacunación. Así, este primer estudio de un grupo de Johns Hopkins University mostró que hasta 46% de los pacientes, se trata de una población de receptores de trasplantes de órgano sólido, tienen una respuesta inadecuada medida por los niveles de anticuerpos después de 2 dosis de vacuna de ARNm contra la COVID-19. Un estudio posterior en el que se analizó una población de 25 receptores de trasplantes de órgano sólido que recibieron múltiples dosis, hasta 4 dosis de vacuna de ARNm contra la COVID-19, muestra que todavía hay personas que no lograron una respuesta satisfactoria.

**Dr. Ustianowski:** Excelente. Bien, muchas gracias, Howard. Alexandra, le toca a usted. Háblenos de la población elegible como objetivo. ¿Quiénes cree que pueden beneficiarse de la profilaxis previa a la exposición?

**Alexandra Calmy, MD, PhD, FMH:** Gracias, Andrew. En primer lugar, me gustaría retroceder 10 años, cuando se estableció en efecto la eficacia preliminar de la PrEP para prevenir la adquisición del VIH en pacientes en riesgo. Y esto es exactamente la eficacia preliminar que hemos establecido ahora para la prevención de la COVID-19, como acaba de mencionar antes, Howard. Por lo tanto, creo que esta eficacia preliminar está confirmada desde hace más de 10 años para el VIH. Y lo que es muy interesante ahora es que, a pesar de que conocemos la PrEP, a pesar de que sabemos que

funciona, en lo que respecta a la COVID-19, la definición de PrEP sigue variando de un país a otro, y es muy importante que todo el mundo consulte las guías locales.

Si les muestro el estudio que fue instrumental para establecer la eficacia preliminar del uso de TC (TIXA/CILGA), por ejemplo, en la prevención de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes en riesgo, se puede ver aquí el estudio PROVENT que fue publicado en *The New England Journal of Medicine* a principios de este año, y que muestra que hay un efecto protector de alrededor de 76 tras la utilización de TC en pacientes en riesgo, o personas en riesgo de exposición o pacientes en riesgo de no responder a la vacuna en este estudio. Y esto fue realmente instrumental para establecer la eficacia preliminar de que TC podría funcionar también en el campo de la COVID-19.

Así que mirando ahora, ¿quiénes son elegibles? Porque esa era su pregunta. Bueno, hay orientación de varios países, como dije. Si empezamos por Estados Unidos, por ejemplo, podemos ver que en este país se definen 4 grupos de riesgo en función de la edad, el antecedente de vacunación, el estado inmunitario y también los factores de riesgo clínicos. Pero lo que realmente varía también de un país a otro es la definición de quién está inmunodeprimido y si debemos administrárselo a las personas muy inmunodeprimidas o a las ligeramente inmunodeprimidas.

En Estados Unidos, determinados tratamientos, como los administrados para agotar las células B, se consideran parte del tratamiento de las personas elegibles, como aquellas con neoplasias malignas hematológicas, infección por VIH avanzada o no tratada, o el trasplante de órganos.

En Suiza, tuvimos un poco de temor cuando vimos que, debido al suministro limitado en Estados Unidos hace algunos meses o incluso hace un año, organizamos una especie de lotería para proporcionar profilaxis con TC a quienes fueran elegibles.

Por lo tanto, lo que hemos hecho es tratar de establecer criterios muy estrictos basados en primer lugar, el tipo de inmunodepresión, y luego en el hecho de que ya hayan recibido 3 o 4 vacunas, y sin embargo no respondan a estas vacunas satisfactoriamente. Por consiguiente, si nos fijamos aquí en la elegibilidad en Suiza, los anticuerpos monoclonales pueden utilizarse como PrEP en diversas personas inmunodeficientes en alto riesgo de sufrir COVID-19 grave y que no pueden lograr una respuesta inmunitaria eficaz a la vacunación. En consecuencia, creo que es importante señalar que esto no es opcional, sino adicional. Y pueden ver aquí, en la parte derecha de la diapositiva, la definición del grupo de alto riesgo, aunque muy similar a lo que podemos ver en las guías de Estados Unidos o del Reino Unido, por ejemplo.

Así que tal vez sea interesante saber cuántas personas son realmente elegibles para la vacuna en un país. ¿Cuántas dosis piden a su gobierno? Lo que se ve aquí es el receptor del tratamiento de agotamiento de células B para la artritis reumatoide. Esta es una gran parte de los que deben recibir profilaxis previa a la exposición en el contexto de la COVID-19. El trasplante de órgano sólido, también un buen número de pacientes en Suiza en 2000, y también quimioterapia activa para el cáncer, aunque este grupo es más heterogéneo que los otros dos. Así que en general, no es un grupo considerable de personas que son elegibles, pero es importante no pasarlas por alto y apuntar a este grupo porque estas son realmente las personas que queremos proteger.

**Dr. Ustianowski:** Excelente. Bueno, muchas gracias, y estoy de acuerdo en que es importante que no pasemos por alto a nadie. Así que, ahora echemos un vistazo a los datos clínicos que apoyan el uso de la profilaxis previa a la exposición o PrEP para la COVID-19.

Bien, en Europa, en realidad tenemos cuatro anticuerpos monoclonales principales que han sido indicados o utilizados en la COVID-19. Ahora bien, solo dos de ellos han sido realmente autorizados

o utilizados como prevención, casirivimab/imdevimab (Casi/Imdevi) en la parte superior de este gráfico, pero la cuestión aquí es en realidad que tiene una actividad significativamente reducida contra la variante ómicron. Y en la parte inferior, TC, o tixagevimab/cilgavimab (TIXA/CILGA), que es uno de los productos que vamos a analizar a medida que avanzamos. No obstante, todos estos estudios se llevaron a cabo en una población no vacunada y antes de ómicron, por lo que hay que tener en cuenta eso al analizar los datos. Empecemos con los datos de Casi/Imdevi.

Esta es la mayor parte de los datos, 478 receptores de trasplantes de órgano sólido; 39% de ellos respondieron débilmente a la vacunación, pero algo más de 60% no respondieron. En realidad, no tuvieron ninguna respuesta serológica significativa a las vacunas que habían recibido. Y estaban en 2 grupos. Se trataba de un grupo de personas que recibieron Casi/Imdevi como dosis de carga, y luego una segunda dosis 1 mes más tarde, en comparación con poblaciones relativamente emparejadas, que por razones logísticas, no pudieron recibir esta profilaxis previa a la exposición. Y se les dio seguimiento durante 60 días. Y esto ocurrió a finales del verano de 2021, cuando delta era la variante predominante en la región del suroeste de Francia donde esto tuvo lugar.

Veamos brevemente las características. Mediana de edad de unos 60 años, ligeramente más hombres que mujeres, bastantes trasplantes de riñón. Y veamos los criterios de valoración. Bueno, hay dos criterios principales informados. El primero es el resultado serológico. La cantidad de anticuerpos en el suero de estas personas. Y como era de esperar, los que recibieron la profilaxis previa a la exposición tuvieron un incremento muy alto en la concentración de anticuerpos anti-S. Pero lo que creo que es curioso, según se ve en la parte inferior de este gráfico, es que en realidad hubo una protección estadísticamente significativa contra la COVID-19 en los 60 días de seguimiento en este estudio.

Y luego tenemos el estudio PROVENT que Alexandra abordó, un poco más de 5000 personas que tenían más riesgo de una respuesta inadecuada a la vacuna o más riesgo de exposición al SARS-CoV-2, o de hecho, en el caso de muchas personas, ambos riesgos. Se aleatorizaron en una proporción de 2:1 para recibir TIXA/CILGA intramuscular, siendo el criterio principal de valoración la COVID-19 sintomática hasta aproximadamente una etapa de 6 meses. Y esto tuvo lugar a finales de 2020, principios de 2021, antes de ómicron.

De nuevo, características iniciales, mediana de edad de poco más de 50 años, ligeramente más hombres que mujeres. Y aquí, podemos ver el patrón. Se consideró que la mayoría de las personas tenían una respuesta adecuada o una probabilidad elevada de respuesta adecuada a las vacunas, pero más de 50% también tenían un riesgo elevado de exposición al SARS-CoV-2, y muchas personas tenían un riesgo elevado de enfermedad grave. Y ya hemos hablado del análisis primario, el criterio principal de valoración, que mostró una reducción del riesgo relativo de casi 77% en un seguimiento medio de unos 3 meses. El análisis secundario fue la mediana de seguimiento a los 6 meses, que en realidad mostró una reducción del riesgo relativo que había aumentado a 82%, casi 83%.

Pero ahora tenemos evidencia emergente del mundo real. Aquí hay un estudio en particular de receptores de trasplantes de riñón, un poco más de 400 que tuvieron una respuesta baja o nula después de 3 dosis de vacuna, y que recibieron una dosis única de TIXA/CILGA. Y espero que puedan ver a la izquierda, que hubo una mejora estadísticamente significativa en los síntomas, en la hospitalización, y una tendencia numérica que no alcanzó importancia estadística en la protección contra la muerte.

Entonces, supongo que la siguiente pregunta es ¿cuánto dura esta protección? Bueno, ya he mostrado este gráfico. Y a la derecha está la protección a los 6 meses. Este medicamento en particular se adaptó para prolongar su semivida, y creo que podemos afirmar que la protección parece durar al menos 6 meses, y esa suele ser la dosis que se contempla en personas de riesgo. Otros medicamentos tendrán semividas diferentes y necesitarán intervalos de dosificación distintos.

Howard, hemos hablado un poco de las pruebas de anticuerpos y de la identificación de las personas por sus anticuerpos. ¿Cuándo deberíamos considerar la realización de pruebas de anticuerpos en pacientes como el suyo?

**Dr. Huang:** Actualmente no se recomiendan las pruebas sistemáticas de anticuerpos a todo el mundo. Hay que tener en cuenta varias limitaciones de las pruebas de anticuerpos. Una es que una prueba de anticuerpos positiva puede estar asociada a una respuesta eficaz a la vacunación, o puede ser positiva porque la persona ha estado expuesta al SARS-CoV-2 recientemente.

Además, en lo que respecta a los títulos de anticuerpos, no se ha establecido un título umbral de anticuerpos que esté claramente asociado con la inmunidad protectora, y existen varios tipos diferentes de ensayos, por lo que es difícil dar una respuesta uniforme a esa pregunta. Sin embargo, si una persona inmunodeprimida o inmunodeficiente tiene niveles indetectables o muy bajos de anticuerpos después de múltiples vacunaciones, es posible que se beneficie de un enfoque de profilaxis previa a la exposición.

**Dr. Ustianowski:** Excelente. Bien, muchas gracias, Howard. Alexandra, uno de los grandes problemas es que surgen nuevas variantes, y ya he mencionado que los datos de los estudios controlados son anteriores a ómicron. Entonces, ¿qué sabemos del impacto de las nuevas variantes?

**Dra. Calmy:** Sí, Andrew, esto es realmente un aspecto preocupante. Todo el mundo está muy preocupado acerca de si para esta nueva variante, la próxima variante, o las variantes que vienen ahora mantendrá alguna eficacia el uso de TC. Lo que podemos ver hoy es que apenas 2 anticuerpos monoclonales retienen alguna eficacia para las variantes ómicron actuales, cilgavimab y bebtelovimab. El bebtelovimab no está disponible fuera de Estados Unidos, y el cilgavimab está disponible en la combinación TC, pero el tixagevimab ya no es eficaz. Así pues, el medicamento viene con 2 anticuerpos monoclonales y solo 1 de esos 2 es realmente eficaz al final.

Esto es lo que vemos en los estudios de neutralización. Lo que es interesante, sin embargo, es que los estudios de neutralización no están totalmente correlacionados con la eficacia *in vivo*. Lo que podemos ver aquí en este estudio de Nguyen et al, y recientemente publicado en Francia, es que esta figura muestra la tasa de incidencia en la población del estudio que recibe TC, en comparación con la población general. Lo que se puede ver es que se conserva algún tipo de protección que es incluso eficaz contra la infección por SARS-CoV-2 BA.1 y BA.2, a pesar de que sabemos que TC no es muy eficaz para proteger contra las variantes BA.1. Así que, aunque la neutralización no lo explica todo, por lo que no deberíamos reaccionar demasiado rápido después de que los ensayos de neutralización estén disponibles y publicados, sigue siendo un motivo de preocupación.

Otro estudio de Israel ha incluido un gran número de pacientes, también muy inmunodeprimidos. Recibieron TC como PrEP, como en el estudio anterior. Y aquí, lo que podemos ver es que después del ajuste, los pacientes inmunodeprimidos a los que se les administró TC tuvieron 92% menos de probabilidades de ser hospitalizados, lo cual es un resultado maravilloso si se considera que BA.1 también fue predominante en Israel antes de abril de 2022. Así que, sorprendentemente, hubo buenos resultados *in vivo* con sorprendentemente muy mal resultado *in vitro*. Por lo tanto, no debemos bajar la guardia. Tenemos que vigilar lo que va a suceder.

Como he dicho, nos preocupan las próximas variantes, de las que aún no sabemos si serán dominantes o no. No lo sabemos. Tal vez estarán también estas diferentes cepas codominantes. Tal vez sea el fin de la era de una sola cepa dominante. No lo sabemos. Nos inquieta sobremanera esta mutación, la R346 que ya está presente en el 7% de las cepas BA.5. Y por esa razón, estamos vigilando muy de cerca esta nueva variante, porque sabemos que con esta mutación, la TC será menos eficiente.

Y quizás Andrew, pueda decirnos si la PrEP afecta al momento de la vacunación, porque realmente nos gustaría proteger a esos pacientes.

**Dr. Ustianowski:** Excelente. Muchas gracias, Alexandra. Y tiene toda la razón. Es decir, todavía hay una pregunta abierta, al menos en mi mente sobre el momento de la PrEP que hemos estado analizando con la vacunación. Hay razones teóricas por las que pueden interferir ligeramente entre sí, pero en realidad no hay evidencia real de que ese sea el caso. Por lo tanto, existen orientaciones, pero creo que se basan en las mejores opiniones en lugar de basarse directamente en los datos.

Y aquí tenemos la orientación de los CDC de Estados Unidos. Básicamente dicen que cualquiera que ya haya recibido el anticuerpo monoclonal puede recibir la vacuna en cualquier fase, no tiene que considerarlo. Pero si se trata de alguien que acaba de recibir una vacuna, recomiendan esperar al menos dos semanas antes de administrar los anticuerpos monoclonales.

Y creo que las diferentes cuestiones que se plantean aquí son potencialmente la reactogenicidad o efectos secundarios de la vacuna o de los monoclonales, pero también está relacionado con el hecho de que, al menos en teoría, podría haber un impacto en la eficacia de uno u otro, pero tengo que añadir que eso no se está observando hasta ahora.

Así que Alexandra, le vuelvo a dar la palabra. ¿Puede hablar brevemente del modo de administración de la PrEP?

**Dra. Calmy:** Bueno, la vía de administración de la PrEP para TC es intramuscular. No es el caso de todos los anticuerpos de los que ha hablado antes, Andrew. Para algunos pacientes con trombocitopenia, porque abordamos pacientes con enfermedades hematológicas, la vía de administración es diferente. Para ellos, sabemos que podemos utilizar la administración IV, pero no puedo hablarle de grandes estudios que evalúen esta vía de administración. Así que, en general, creo que podemos utilizar la administración IM a menos que haya algo más.

Quizá pueda añadir algo, Andrew... la dosificación. La dosificación que nos ha mostrado en el estudio PROVENT era de 150 miligramos para cada uno de los 2 anticuerpos monoclonales de la combinación TC. Sin embargo, debido a la variante y la preocupación por la capacidad de neutralización con este nuevo sublinaje de ómicron, la mayoría de los países y las pautas han aumentado la dosis de 150 mg para cada anticuerpo a 300 mg para cada uno de estos anticuerpos. Solo quería asegurarme. Así que, por favor, compruebe las directrices de su país para asegurarse de administrar la dosis correcta.

**Dr. Ustianowski:** Sí, y ese es un punto importante a destacar. Y quién sabe en el futuro, la dosificación puede cambiar, de nuevo. Hay algunos datos del mundo real que están surgiendo sobre el uso de esa dosis en términos de su perfil de tolerabilidad, que ha sido equivalente, pero también al parecer se analiza la eficacia en el mundo real. Se trata de un campo cambiante, así que manténganse al día con las recomendaciones locales.

Howard, su turno nuevamente. ¿Saben los médicos y los pacientes que esta forma de PrEP ya está disponible?

**Dr. Huang:** Creo que existen retos en cuanto a crear conciencia. Todavía hay muchos médicos, profesionales clínicos y pacientes que no son plenamente conscientes de que esta es una opción. O el otro problema es que a veces las personas lo ven como enfoques mutuamente excluyentes frente a un enfoque estratificado cuando se combina con la vacunación. Creo que hay que abordar estas brechas de conocimiento y estos retos.

La otra cuestión es que está disminuyendo el interés del público en general y, lamentablemente, de algunos funcionarios del gobierno en apoyar los tratamientos contra la COVID-19, y esto está relacionado con el bajo nivel de concientización. Para poner las cosas en perspectiva, en Estados Unidos, hay aproximadamente 7 millones de personas que se consideran inmunodeprimidas o inmunodeficientes. Y desde que TC logró la autorización de uso de emergencia en diciembre de 2021, se han administrado menos de 500.000 dosis.

**Dr. Ustianowski:** Así que permítame dirigirme a usted primero, Alexandra, ¿hay algo que considere relevante que no hayamos abordado o algo más que quiera decir sobre este tema?

**Dra. Calmy:** Sí, quizá algo que me parece muy importante es que la profilaxis previa a la exposición no puede estar exclusivamente, incluso en el entorno de la COVID-19, en manos de los infectólogos. Si queremos que se implemente, si queremos que se utilice, si queremos realmente que cada 6 meses, por ejemplo, los pacientes vuelvan, tiene que estar también en manos de los que suministran los medicamentos, como los inmunosupresores, por ejemplo, los reumatólogos, los hematólogos, etc. Así que creo que este es un punto muy importante.

Hoy en día, la profilaxis está infrautilizada y creo que es una lástima. Aunque, como usted muy bien ha dicho, no sustituye a la vacunación, hay que utilizarla si se quiere que sea eficaz. Si no se utiliza, no será eficaz. Y aparte de eso, sabemos que nos preocupan las nuevas variantes, pero no podemos formular el plan final. Así que ya veremos qué pasa. Pero lo que es realmente importante es seguir siempre las directrices, seguir la bibliografía científica. Ahora tenemos impresiones previas que están llegando, el estudio ni siquiera ha terminado. Los pacientes ni siquiera han terminado su seguimiento. Pero creo que es importante que sigamos de cerca la bibliografía científica y las nuevas directrices. Es un objetivo dinámico y aprenderemos más, y aprendemos cada día.

**Dr. Ustianowski:** Sin duda. Y creo que su primer punto sobre quién lo administra es realmente importante. A veces me preguntan: “Bueno, ¿tenemos que establecer nuevos servicios o cosas nuevas?”. Bueno, la respuesta es que para la mayoría de las personas, no creo que sea necesario. La mayoría de las personas inmunodeprimidas acuden a cirujanos y equipos de trasplante, como los del centro de Howard o los reumatólogos, etcétera. Así que se trata de involucrarlas y de ofrecérselo a esas personas incluso cuando acuden a sus consultas sistemáticas.

**Dra. Calmy:** Me preguntaba, tenemos grandes centros de vacunación para la COVID-19. ¿Deberíamos ampliar estos centros de vacunación para que también puedan proporcionar profilaxis previa a la exposición, por ejemplo? Creo que también sería una buena señal de que esto es algo que no sustituye a la vacunación, sino que es para proteger a los de salud más delicada para que estén protegidos contra la infección por el SARS-CoV-2. Así que creo que hay diferentes modelos de administración que deberían explorarse para cumplir realmente nuestro objetivo

**Dr. Ustianowski:** Absolutamente. En eso estoy totalmente de acuerdo con usted. ¿Y usted, Howard? ¿Hay algo que quiera comentar o que crea que no hemos abordado?

**Dr. Huang:** Sí, creo que es importante que reconozcamos el potencial de la profilaxis previa a la exposición y que sigamos desarrollándola. Creo firmemente que hay que seguir invirtiendo en el

desarrollo de un tratamiento con anticuerpos monoclonales que sea eficaz contra todos los coronavirus o variantes de ellos que aún no han aparecido. Y creo que eso es algo que realmente necesita una inversión, recursos y esfuerzos sostenidos.

En cuanto a la protección de estas poblaciones vulnerables, creo que la solución para administrar los tratamientos empieza muchas veces por los proveedores de atención médica, y la concientización llega a los pacientes si los proveedores de atención médica creen en el tratamiento, lo conocen y abogan por él. Creo que esta iniciativa educativa es especialmente importante y debe continuar.

**Dr. Ustianowski:** Excelente. Muy buena observación. Muchas gracias, Howard. Me gustaría resumir todo para concluir. Conocemos los tratamientos con anticuerpos y la prevención con anticuerpos en otras enfermedades. Conocemos la profilaxis previa a la exposición en el contexto del VIH. Así pues, de lo que estamos hablando aquí es de incorporarlos para la COVID-19. Estos anticuerpos monoclonales neutralizantes se utilizan para proteger a las personas en situación de riesgo.

No estamos diciendo que deban sustituir a la vacunación. En realidad, la vacunación debería seguir siendo la iniciativa e intervención claves que perseguimos. Sin embargo, en algunas personas las vacunas están contraindicadas, y en un grupo más o menos considerable de individuos, las vacunas pueden resultar en una protección inadecuada, en particular los inmunodeprimidos que hemos estado analizando aquí.

Entonces, ahora hay datos clínicos que apoyan el uso de la profilaxis previa a la exposición con anticuerpos monoclonales. Se está utilizando en diferentes grados y contextos. Creo que es muy importante comprender en su entorno local cuál es su orientación, quiénes son sus poblaciones de mayor riesgo.

Existe la posibilidad de que la gente no sea consciente de ello, y eso puede afectar a los profesionales sanitarios, pero sin duda también a algunos grupos de pacientes. Por lo tanto, sigo pensando que nos queda mucho camino por recorrer, pero se trata de una modalidad muy importante para proteger a todos los miembros de nuestra población.

En cuanto a las nuevas variantes que aparecen, cabe esperar que se desarrollen. Pueden estar solas o pueden ser codominantes, como dijo Alexandra. Entonces, ¿qué anticuerpos van a ser eficaces contra qué cepas? Una cosa que hemos aprendido en la COVID-19 es que realmente no podemos predecir lo que va a estar a la vuelta de la esquina, pero estoy muy contento de que tenemos los datos clínicos, tenemos los datos del mundo real ahora emergentes, y que podemos proteger a algunas de las personas en nuestras poblaciones que de otro modo no están suficientemente protegidas.

Quiero agradecer a Howard y a Alexandra. Ha sido un placer trabajar con ustedes en esto. Me gustaría agradecerles a ustedes, el público, por su participación en esta actividad. A continuación, sírvanse responder a las siguientes preguntas y completar la evaluación. Muchas gracias.

*Esta transcripción no ha sido editada y corregida.*

**Exención de responsabilidad del programa de COVID-19**

*Nota: La información sobre el brote de coronavirus se encuentra en continua evolución. El contenido de esta actividad representa una referencia histórica a la información que estaba disponible al momento de esta publicación. Seguimos ampliando la serie de actividades sobre este tema a medida que surge nueva información. Es política de Medscape Education evitar mencionar marcas o fabricantes específicos en actividades educativas acreditadas. Sin embargo, en esta actividad se proveen los nombres de los fabricantes relacionados con las vacunas contra la COVID-19 aprobadas con el fin de promover la claridad. El uso de los nombres de los fabricantes no debe considerarse un aval de ningún producto o fabricante específico por parte de Medscape.*

#### **Cláusula de exención de responsabilidad**

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgará ningún crédito de Formación Médica Continuada (CME) por leer los contenidos de este documento. Para participar en esta actividad, visite [www.medscape.org/viewarticle/985163](http://www.medscape.org/viewarticle/985163)

Para cualquier consulta relacionada con el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad formativa en [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

Para asistencia técnica, póngase en contacto con [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net).

La actividad educativa aquí presentada puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, o de las empresas que patrocinan los programas educativos en [medscape.org](http://medscape.org). Estos materiales pueden incluir productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos y usos fuera de indicación de productos aprobados. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos que aquí se comentan, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a pacientes o aplicar cualquiera de los medicamentos que se describen en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC