

IMPLANTAÇÃO DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO PARA SARS-CoV-2 PARA PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS

www.medscape.org/spotlight/prep-sars-cov-2-portuguese

Atualização: Na ocasião da gravação deste programa, a FDA (US Food and Drug Administration, Agência de administração de alimentos e medicamentos dos EUA) havia concedido uma autorização de utilização de emergência para vários anticorpos monoclonais. Contudo, devido à alta frequência de variantes, a FDA dos EUA revogou a autorização para uso de emergência (Emergency Use Authorization, EUA) dos anticorpos monoclonais contra a SARS-CoV-2 quanto a profilaxia de pré-exposição e tratamento da COVID-19. Consulte as suas orientações locais e nacionais para obter mais atualizações.

Andy Ustianowski, MBBS: Olá. Sou Andy Ustianowski. Sou consultor em doenças infecciosas baseado em Manchester, no Reino Unido. Bem-vindos a este programa intitulado “Implantação de profilaxia pré-exposição para SARS-CoV-2 para pacientes imunocomprometidos”. Tenho o prazer de me juntar à Alexandra Calmy, diretora da unidade de HIV no hospital da Universidade de Genebra, na Suíça. E Howard Huang, chefe da seção de transplante de pulmão no Hospital Metodista de Houston nos EUA. Bem-vindos.

Neste programa, vamos falar sobre o papel dos anticorpos monoclonais na prevenção da COVID-19, explorar que pacientes podem se beneficiar da profilaxia pré-exposição com anticorpo monoclonal, e observar os dados clínicos que apoiam tal profilaxia PrEP ou pré-exposição. E então finalizaremos com algumas considerações sobre o uso de PrEP na prática clínica.

Inicialmente, acho importante reconhecer quão longe chegamos no que diz respeito à COVID-19. Quando a doença surgiu, não sabíamos absolutamente nada sobre ela, só um pouco sobre o meio de transmissão, nada mais. Muito rapidamente, foram realizados diferentes ensaios e estudos, que nos deram terapêutica para aqueles que estão, infelizmente, em condição grave, tratamentos para pessoas da comunidade que estão em risco de progressão, mas mais importante, prevenções. Acredito que a coisa mais importante e fundamental é a vacinação. Mas parte da população recebeu contraindicação à vacina ou as vacinas não são particularmente eficazes por várias razões, que vamos explorar nesta sessão. Para essas pessoas, uma modalidade importante é a possibilidade de usar anticorpos monoclonais neutralizantes como prevenção, e é nisso que realmente queremos nos concentrar hoje.

Howard, começando por você, pode nos contar um pouco sobre anticorpos monoclonais? O que são eles? Como são usados na prevenção e no tratamento da COVID-19? E por que precisamos deles?

Howard J. Huang, MD: Obrigado, Andrew. Primeiro, um pouco de contextualização. Anticorpos monoclonais são uma forma de imunidade passiva. E no início da pandemia, muito plasma convalescente estava sendo usado como essa forma de terapia. A ideia é transferir anticorpos de alguém que se recuperou da infecção para uma pessoa infectada ou que não foi infectada, para prevenir a infecção ou mitigar a doença. E esses anticorpos monoclonais foram utilizados em vários ensaios em diferentes contextos. Incluindo função preventiva e também como tratamento. Para prevenção, anticorpos monoclonais podem ser administrados em indivíduos em risco antes da infecção, o que chamamos de profilaxia pré-exposição, ou para indivíduos que foram expostos a uma pessoa infectada, podem ser usados como profilaxia pós-exposição. Finalmente, como tratamento, anticorpos monoclonais mostraram reduzir o risco de desenvolvimento de doença grave quando administrados no início, logo após a infecção.

Quanto ao modo como anticorpos monoclonais atuam, muito rapidamente, eles interferem na capacidade do vírus de se ligar ao receptor ACE2 no tecido humano, e esta é a primeira etapa crítica da entrada e infecção viral. Os anticorpos monoclonais, até hoje, foram desenvolvidos contra várias partes da proteína spike, e ao se ligar a essa proteína, eles interferem na capacidade do vírus de se ligar às células. Atualmente, as vacinas disponíveis são as melhores opções para a maioria dos indivíduos. No entanto, ainda há populações que são consideradas de alto risco por não conseguirem estruturar uma resposta suficiente à vacinação, ou há outras pessoas que tiveram reações adversas graves à vacinação e não podem receber uma vacina de forma segura.

Ao olharmos para a população de transplante de órgãos sólidos, há evidência de que essas pessoas que recebem ativamente terapia imunossupressora são menos propensas a adquirir uma resposta imune de defesa após a vacinação. Então, este primeiro estudo de um grupo na Universidade Johns Hopkins mostrou que até 46% dos pacientes, uma população de receptores de transplante de órgão sólido, têm resposta inadequada medida pelos níveis de anticorpos após 2 doses de vacina de mRNA para COVID-19. Um estudo subsequente em uma população de 25 receptores de transplante de órgão sólido que receberam várias doses, até 4 doses de vacina de mRNA contra COVID, mostrou que ainda há indivíduos que não obtêm resposta satisfatória.

Dr. Ustianowski: Ótimo. Muito obrigado, Howard. Alexandra, sua vez. Fale sobre a população-alvo. Quem você acha que pode se beneficiar da profilaxia pré-exposição?

Alexandra Calmy, MD, PhD, FMH: Obrigada, Andrew. Primeiro, gostaria de retroceder 10 anos, quando a PrEP foi realmente estabelecida como uma prova de conceito para prevenir a contração de HIV por pacientes em risco. E é exatamente essa prova de conceito que fizemos agora para a prevenção da COVID-19, como você mencionou, Howard. Então, acho que esta prova de conceito está confirmada há mais de 10 anos para HIV. E o que é realmente interessante agora é que, apesar de sabermos sobre a PrEP, apesar de sabermos como ela funciona, na questão da COVID-19, a definição de PrEP ainda varia de país para país, e é muito importante que todos consultem as diretrizes locais.

Se eu mostrar aqui o estudo que foi instrumental para criar a prova de conceito para o uso do TC, por exemplo, na prevenção de infecção por SARS-CoV-2 em pacientes em risco, vocês podem ver aqui o estudo PROVENT que foi publicado no *New England Journal of Medicine* no começo deste ano, e mostra que há cerca de 76 efeitos de proteção em receber TC para pacientes em risco, ou pessoas em risco de exposição ou pacientes em risco que não respondem à vacina neste estudo. E isso foi realmente instrumental para a obtenção da prova de conceito de que TC poderia funcionar também no campo da COVID-19.

Então, agora, quem é elegível? Porque esta era sua pergunta. Bem, há várias diretrizes nacionais, como já mencionei. Se começarmos pelos Estados Unidos, por exemplo, podem ver que nos Estados Unidos, 4 grupos de risco estão definidos com base na idade, status de vacinação, status de imunidade e também fatores de risco clínicos. Mas o que realmente muda de país para país é a definição de quem é imunocomprometido e se devemos administrar em pessoas altamente ou levemente imunocomprometidas.

Nos Estados Unidos, certos tratamentos recebidos, como terapias de depleção de células B são considerados parte das pessoas elegíveis, como malignidades hematológicas, HIV avançado ou não tratado ou transplante de órgãos.

Na Suíça, ficamos um pouco receosos quando vimos que devido ao fornecimento limitado nos Estados Unidos há alguns meses ou mesmo um ano atrás, havia alguma loteria que organizamos para fornecer profilaxia com TC para pessoas que seriam elegíveis.

Então, o que fizemos foi tentar obter critérios bastante rigorosos baseados, primeiramente, no tipo de imunossupressão e, depois, no fato de já ter recebido 3 ou 4 vacinas, e assim mesmo não responde a essas vacinas de maneira satisfatória. Então, se olharmos para a elegibilidade na Suíça, mAbs podem estar usando PrEP em várias pessoas imunodeficientes com alto risco de desenvolver COVID-19 grave e que não conseguem obter uma resposta imune eficaz à vacinação. Então, é importante, isso não é um “ou”, isso é um “e”. E vocês podem ver aqui, do lado direito do slide, a definição de grupo de alto risco que é muito semelhante ao que podemos ver nos EUA ou nas diretrizes do Reino Unido por exemplo.

Então, talvez seja interessante saber quantas pessoas são realmente elegíveis em um país. Quantas doses você vai pedir ao seu governo? Tudo o que você pode ver aqui é o receptor de terapia de depleção de células B para artrite reumatoide. Essa é uma grande parte das pessoas que devem receber profilaxia pré-exposição no contexto da COVID-19. Transplante de órgão sólido, também um grande número de pacientes na Suíça no ano 2000, e também quimioterapia ativa para câncer, embora este grupo seja mais heterogêneo do que os dois outros. De forma geral, não é um enorme grupo de pessoas que são elegíveis, mas é importante não as perder e realmente focar esse grupo pois essas são as pessoas que queremos proteger.

Dr. Ustianowski: Ótimo. Bem, muito obrigado, e eu concordo que é importante que não deixemos ninguém para trás aqui. Agora vamos olhar os dados clínicos que apoiam o uso de profilaxia pré-exposição ou PrEP para COVID-19.

Na Europa, temos 4 principais anticorpos monoclonais que foram indicados ou usados para COVID-19. Agora, apenas 2 deles realmente tiveram autorização ou foram usados para prevenção, Casi/Imdevi no topo do gráfico, mas o problema aqui é atividade significativamente reduzida contra a variante ômicron. Na base, TC ou TIXA/CILGA, que é um dos produtos sobre o qual discutiremos conforme avançamos. Todos esses estudos, no entanto, foram realizados em uma população não vacinada e antes da ômicron, então tenham isso em mente quando estivermos analisando os dados. Então, vamos começar com os dados da Casi/Imdevi.

Então, essa é a maior parte dos dados, 478 receptores de transplante de órgão sólido; 39% deles tiveram baixa resposta à vacinação, mas um pouco mais de 60% não obtiveram resposta. Eles realmente não tiveram resposta sorológica significativa às vacinas que receberam. E estavam em 2 grupos. Eram um grupo de indivíduos que receberam Casi/Imdevi como dose de carga, e, depois, uma segunda dose 1 mês depois, em comparação com as populações relativamente correspondentes, que por razões logísticas, não poderia receber essa profilaxia pré-exposição. E

foram acompanhados por 60 dias. E isso ocorreu no final do verão de 2021, quando a delta era a variante predominante na região do sudoeste da França, onde isso aconteceu.

Então, vamos fazer uma breve análise das características. Meia idade de cerca de 60 anos, um pouco mais de homens do que mulheres, vários transplantes de rim. Vamos ver os desfechos. Bem, há 2 principais desfechos relatados. O primeiro é, na verdade, a sorologia. Quantos anticorpos no soro desses indivíduos. E como esperado, as pessoas que receberam a profilaxia pré-exposição tiveram um aumento substancial na concentração de anticorpos anti-S. Mas o que acho intrigante está na base deste gráfico, que na verdade houve uma proteção estatisticamente significativa contra a COVID-19 no acompanhamento de 60 dias neste estudo.

E então temos o estudo PROVENT sobre o qual Alexandra comentou, um pouco mais de 5.000 indivíduos que estavam em risco elevado de obter uma resposta inadequada à vacina ou um risco aumentado de exposição ao SARS-CoV-2 ou na verdade, para muitas pessoas, ambos. Os participantes foram randomizados na proporção 2:1 para receberem TC intramuscular, ou TIXA/CILGA, com o endpoint primário sendo COVID sintomática até cerca de 6 meses. E isso ocorreu no fim de 2020, início de 2021, antes da ômicron.

Novamente, características basais, idade média um pouco acima de 50 anos, um pouco mais de homens do que mulheres. E podemos ver o padrão. A maioria das pessoas foi considerada como em resposta adequada ou risco elevado de resposta adequada a vacinas, mas mais de 50% também estavam em risco elevado de exposição ao SARS-CoV-2, e muitas pessoas apresentavam risco elevado de doenças graves. E abordamos a análise primária, o endpoint primário, que mostrou uma redução do risco relativo de quase 77% durante o acompanhamento médio de cerca de 3 meses. A análise secundária foi o acompanhamento médio de até 6 meses, que mostrou uma redução do risco relativo que tinha aumentado para 82%, quase 83%.

Mas agora temos algumas evidências reais surgindo. Aqui está 1 estudo específico de receptores de transplante de rim, um pouco mais de 400 pessoas que tiveram resposta baixa ou nenhuma resposta após 3 doses da vacina, e receberam uma dose única de TIXA/CILGA. Vejam à esquerda, houve uma melhora estatisticamente significativa nos sintomas, na hospitalização, e uma tendência numérica que não conseguiu alcançar significância estatística na proteção contra morte.

Acho que a próxima pergunta é “quanto tempo dura essa proteção?” Bem, já mostrei esse gráfico. E à direita está a proteção em 6 meses. Este produto específico foi adaptado para prolongar sua meia-vida, e acho que podemos definitivamente falar que a proteção parece durar 6 meses, e essa é geralmente a dose que está sendo contemplada em indivíduos em risco. Outros produtos apresentarão meias-vidas diferentes e precisam de outros intervalos de doses.

Então, Howard, tocamos um pouco no teste de anticorpos e como identificar as pessoas fazendo teste de anticorpos. Quando devemos considerar fazer teste de anticorpos em pacientes como os seus?

Dr. Huang: Atualmente, não se recomenda teste de anticorpos de rotina a todos. Devemos lembrar de várias limitações em relação a teste de anticorpos. Uma é que um teste de anticorpos positivo pode estar associado a resposta eficaz à vacinação, ou pode estar positivo porque o indivíduo foi exposto ao SARS-CoV-2 recentemente.

Também em termos de titulação de anticorpos, uma titulação de anticorpos limite, que é claramente associada à imunidade de proteção, ainda não foi estipulada, e há vários tipos diferentes de ensaios, então é difícil obter uma resposta uniforme a esta pergunta. No entanto, se um indivíduo

imunocomprometido ou imunossuprimido apresentar níveis indetectáveis ou muito baixos de anticorpos após múltiplas vacinas, esse seria um caso que se beneficiaria de uma abordagem de profilaxia pré-exposição.

Dr. Ustianowski: Ótimo. Muito obrigado, Howard. Então, Alexandra, um dos principais problemas aqui é o fato de que temos novas variantes, e fiz referência aos dados nos estudos controlados como sendo anteriores à ômicron. Então, o que sabemos sobre o impacto das novas variantes?

Dra. Calmy: Sim, Andrew, esta é realmente uma área de preocupação. Todos estão muito preocupados sobre se essa nova variante, próxima variante, ou próximas variantes passarão a reter alguma eficácia quanto ao uso de TC. O que podemos ver hoje é somente 2 anticorpos monoclonais que retêm alguma eficácia com as variantes ômicron, cilgavimabe e bebtelovimabe. Bebtlovimabe não está disponível fora dos EUA, e o cilgavimabe está disponível na combinação TC, mas o tixagevimabe não é mais eficaz. Então, dentre esses 2 anticorpos monoclonais, se você receber apenas 1, é realmente eficaz.

É isso que observamos nos estudos de neutralização. O que é interessante, no entanto, é que os estudos de neutralização não estão totalmente correlacionados com a eficácia in vivo. O que podemos ver aqui neste estudo de Nguyen et al, e que foi recentemente publicado na França, este número mostra a taxa de incidência na população do estudo recebendo TC, em comparação à população geral. O que podemos ver é que você retém algum tipo de proteção que é até mesmo eficaz contra infecção por SARS-CoV-2 BA.1 e BA.2, mesmo sabendo que a TC não é muito eficaz em proteger contra variantes BA.1. Considerando que a neutralização não explica tudo, não devemos reagir muito rapidamente após a disponibilização e publicação de ensaios de neutralização, mas essa ainda é uma área de preocupação.

Outro estudo de Israel incluiu uma enorme quantidade de pacientes, também altamente imunossuprimidos. Eles receberam TC como PrEP, assim como no estudo anterior. E aqui, o que podemos ver é que após ajuste, os pacientes imunocomprometidos que receberam TC foram 92% menos propensos a serem hospitalizados, o que é um resultado maravilhoso se considerarmos que a BA.1 foi também predominante em Israel antes de abril de 2022. Resultados surpreendentemente bons in vivo com resultados surpreendentemente ruins in vitro. Então, devemos continuar a nos preocupar. Temos que observar o que vai acontecer.

Como já disse, nos preocupamos em relação a futuras variantes, aquelas que ainda não sabemos se vai se tornar dominante ou não. Não sabemos. Talvez haja cepas codominantes diferentes. Talvez seja o fim da era de apenas 1 cepa dominante. Não sabemos. Estamos bastante preocupados com essa mutação, a R346 que já está presente em 7% das cepas BA.5. E por essa razão, estamos monitorando de perto esta nova variante, pois sabemos que com esta mutação, a TC será menos eficaz.

E talvez, Andrew, você possa falar se a PrEP afeta o cronograma da vacinação, pois queremos realmente proteger esses pacientes.

Dr. Ustianowski: Ótimo. Bom, muito obrigado, Alexandra. E você está totalmente certa. Digo, ainda há uma resposta em aberto, pelo menos para mim, sobre o cronograma da PrEP, que estivemos discutindo, em relação ao da vacinação. Há motivos teóricos pelos quais eles podem ter uma pequena interferência um no outro, mas de fato não há evidência de que isso é verdade. Então, existem diretrizes, mas elas são baseadas mais em opiniões do que diretamente em dados.

E aqui temos a diretriz do CDC nos Estados Unidos. Ela basicamente diz que quem já recebeu o anticorpo monoclonal pode receber a vacina em qualquer estágio, não precisa levar isso em consideração. Mas se tivermos alguém que acabou de ser vacinado, recomenda-se esperar pelo menos 2 semanas antes de administrar anticorpos monoclonais.

E acho que os problemas diferentes aqui levantados são provavelmente reatogenicidade ou efeitos colaterais à vacinação ou terapia monoclonal, e também se relacionam ao fato de que, pelo menos na teoria, pode haver um impacto na eficácia de uma ou outra, mas devo adicionar que isso não foi observado até o momento.

Então, Alexandra, novamente com você. Você poderia explicar brevemente o modo de administração da PrEP?

Dra. Calmy: Bem, o modo de administração da PrEP para TC é intramuscular. Não é o caso para todos os anticorpos que discutimos anteriormente, Andrew. Para alguns pacientes com trombocitopenia, pois estamos focando pacientes com doenças hematológicas, então isso pode acontecer. Para esses, sabemos que podemos usar administração intravenosa, mas não posso falar sobre grandes estudos que avaliaram esse modo de administração. Então, acho que de modo geral, podemos usar administração intramuscular, se nada impedir.

Talvez possa adicionar algo, Andrew: a dosagem. A dosagem que você mostrou no estudo PROVENT foi de 150 miligramas para cada um dos 2 anticorpos presentes nos anticorpos monoclonais da TC. No entanto, devido à variante e a preocupação em relação à capacidade de neutralização com essa nova sublinhagem ômicron, a maioria dos países e diretrizes aumentaram a dosagem de 150 mg por anticorpo para até 300 mg para cada um desses anticorpos. Só gostaria de me certificar. Então, verifique a diretriz do seu país para assegurar que você esteja administrando a dosagem correta.

Dr. Ustianowski: Sim, e esse é um ponto importante a se levantar. E quem sabe no futuro a dosagem possa mudar novamente. Estão surgindo alguns dados reais sobre o uso dessa dose em relação ao seu perfil de segurança, que são equiparáveis, mas também dados reais sobre a eficácia estão surgindo. Como é uma área em constante mudança, mantenham-se atualizados quanto às recomendações locais.

Howard, agora para você. Os médicos e pacientes estão cientes que esta forma de PrEP já está disponível?

Dr. Huang: Acho que existem desafios em termos de expandir a conscientização. Ainda há muitos médicos, clínicos e pacientes que não estão totalmente cientes de que esta é uma opção. Ou o outro problema é que às vezes as pessoas veem isso como “ou esta ou aquela” abordagem em vez de uma abordagem estratificada quando combinada a vacinação. Esses são lacunas de conhecimento e desafios que acho que precisamos resolver.

O outro problema é que há cada vez menos interesse do público em geral e, infelizmente, alguns agentes governamentais no que tange o apoio a terapias para COVID-19, e isso está relacionado ao baixo nível de conscientização. Para colocar as coisas em perspectiva, nos Estados Unidos, existem aproximadamente 7 milhões de indivíduos considerados imunodeprimidos ou imunocomprometidos. E desde a aprovação da TC sob autorização para uso emergencial em dezembro de 2021, menos de 500 mil doses foram administradas.

Dr. Ustianowski: Deixe-me ouvir você primeiro, Alexandra, há algo que você ache relevante que não abordamos ou algo mais que queira comentar sobre essa área?

Dra. Calmy: Sim, algo que eu julgo ser muito importante é que a profilaxia pré-exposição não pode ser usada sozinha, mesmo no tratamento da COVID-19 por infectologistas. Se você quer que ela seja implementada, se quer que ela seja usada, se realmente queremos que, cada 6 meses, por exemplo, os pacientes voltem, deve estar também nas mãos daqueles que fornecem os medicamentos como imunossuppressores, por exemplo, os reumatologistas, os hematologistas etc. Então acho que este seja um ponto muito importante.

Hoje, a profilaxia é subutilizada e acho que isso é uma pena. Contudo, como você disse lindamente, ela não substitui a vacinação, mas deve ser usada se você deseja que seja eficaz. Se você não a usar, ela não será eficaz. Além disso, sabemos que temos preocupações quanto às novas variantes, mas não podemos criar o plano final. Então vamos ver o que vai acontecer. Mas o que é realmente importante é sempre seguir a diretriz, seguir a literatura científica. Agora temos pré-impressões em andamento, o estudo ainda nem terminou. Os pacientes ainda não concluíram o acompanhamento. Mas acho importante que estamos acompanhando de perto a literatura científica e a nova diretriz. É um alvo móvel e aprenderemos mais e aprendemos todos os dias.

Dr. Ustianowski: Com certeza. E acho que seu primeiro ponto sobre quem entrega isso é muito importante. Ocasionalmente me perguntam, “Precisamos estabelecer serviços novos ou coisas novas?” Bem, a resposta é para a maioria das pessoas, não acho que é necessário. A maioria das pessoas que são imunocomprometidas está, na verdade, se consultando com cirurgiões e equipes de transplante como no centro de Howard, ou reumatologistas etc. Então, é sobre envolvê-los e realmente fornecer isso a essas pessoas, talvez mesmo quando comparecerem às suas visitas de rotina.

Dra. Calmy: Estava me perguntando, temos grandes centros de vacinação para COVID-19. Podemos talvez expandir esses locais de vacinação para que esses locais também possam fornecer a profilaxia pré-exposição, por exemplo? Também acho que será um bom sinal de que isso seja algo que não substitua a vacinação, mas que proteja aqueles mais fragilizados entre nós para que fiquem protegidos contra a infecção por SARS-CoV-2. Acho que existem modelos diferentes de administração que devem ser explorados para que nosso objetivo realmente seja cumprido.

Dr. Ustianowski: Com certeza. Concordo totalmente com isso. E você, Howard? Há algo que você queira acrescentar ou que você acha que não abordamos?

Dr. Huang: Sim, acho importante reconhecermos o potencial da profilaxia pré-exposição e continuarmos a desenvolver isso. Sinto fortemente que há a necessidade de investimento contínuo no desenvolvimento da terapia de anticorpos monoclonais que seja eficaz contra praticamente todos os coronavírus e variantes de preocupação que vão surgir. E acho que isso é algo que realmente precisa de investimento e recursos contínuos e esforço.

Quanto ao seu ponto sobre proteger essas populações vulneráveis, acho que a solução quanto a entregar as terapias começa, muitas vezes, com os provedores ou profissionais de saúde, e a conscientização é, então, transferida aos pacientes se os profissionais da saúde acreditam na terapia, estão cientes dela e a defendem. Acho que a iniciativa educacional é particularmente importante e também precisa ser contínua.

Dr. Ustianowski: Ótimo. Esses também são comentários muito bons. Muito obrigado, Howard. Então, gostaria de concluir isso tudo. Então, sabemos sobre terapias de anticorpos e prevenção com anticorpos e em outras áreas de doenças. Sabemos sobre profilaxia pré-exposição no contexto do HIV. Então, reunir todas elas no contexto da COVID-19 é o que estamos discutindo aqui. Esses anticorpos monoclonais neutralizantes usados para proteger pessoas em risco.

Não estamos dizendo que eles devem ser usados no lugar da vacinação. De fato, a vacinação ainda deve ser a principal iniciativa e intervenção que buscamos. No entanto, para algumas pessoas, as vacinas são contraindicadas e, em um grande grupo de indivíduos, as vacinas podem resultar em proteção inadequada, particularmente nas pessoas imunocomprometidas que mencionamos aqui.

Então, agora existem dados clínicos para corroborar o uso de profilaxia pré-exposição com anticorpos monoclonais. Ela está sendo usada em diferentes graus e diferentes cenários. Acho que é muito importante compreender a diretriz do seu cenário local e qual é a sua população de maior risco.

Há um problema potencial com pessoas que não estão cientes disso, e que podem ser profissionais de saúde, que são, sem dúvidas, alguns dos grupos de paciente também. Então, eu ainda acho que temos um longo caminho a percorrer, mas essa é uma modalidade muito importante para proteger toda a nossa população.

Em termos de novas variantes que venham a surgir, estamos esperando que as novas variantes se desenvolvam. Elas podem ser sozinhas ou podem ser codominantes, como Alexandra comentou. Então, quais anticorpos serão eficazes contra qual cepa? O que aprendemos sobre a COVID-19 é que não podemos prever o que vai surgir, mas me tranquiliza saber que temos dados clínicos, que temos dados reais surgindo, e que podemos proteger alguns daqueles indivíduos na nossa população que de outra forma, não estariam suficientemente protegidos.

Então, gostaria de agradecer a Howard e Alexandra. Foi um prazer trabalhar nisso com vocês. E gostaria de agradecer a vocês, o público, por participar desta atividade. Continuem ligados para responder às perguntas e concluir a avaliação. Muito obrigado.

Esta transcrição não foi editada.

Aviso legal do programa para COVID

Observação: as informações sobre o coronavírus estão em constante evolução. O conteúdo desta atividade serve como uma referência histórica à informação que estava disponível no momento desta publicação. Continuamos a fazer adições à coleção de atividades sobre este assunto conforme novas informações são disponibilizadas. É política da Medscape Education evitar a menção de marcas ou fabricantes específicos em atividades educacionais credenciadas. No entanto, nomes de fabricantes relacionados às vacinas aprovadas para COVID-19 são fornecidos nesta atividade em um esforço para promover a clareza. O uso de nomes de fabricantes não deve ser entendido como um endosso pela Medscape de nenhum produto ou fabricante específico.

Aviso legal

Este documento destina-se exclusivamente a fins educacionais. Não serão dados créditos de educação médica continuada (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar desta atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/985163

Para perguntas relacionadas com o conteúdo desta atividade, entre em contato com o seu responsável no endereço: CME@webmd.net.

Para assistência técnica, entre em contato com CME@medscape.net

A atividade didática apresentada acima pode conter quadros clínicos simulados baseados em casos reais. As pacientes apresentadas nestes contextos são fictícias e não há, nem deve haver, intenção de fazer nenhuma associação com alguma paciente real.

O material apresentado aqui não necessariamente reflete as opiniões do Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam o programa educativo no site [medscape.org](https://www.medscape.org). Estes materiais podem versar sobre produtos terapêuticos que não foram aprovados pela Food and Drug Administration dos Estados Unidos e sobre utilizações que não constam nas bulas dos medicamentos de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar qualquer produto terapêutico mencionado. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar as pacientes ou usar qualquer tratamento descrito nesta atividade educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC

Medscape Education, LLC