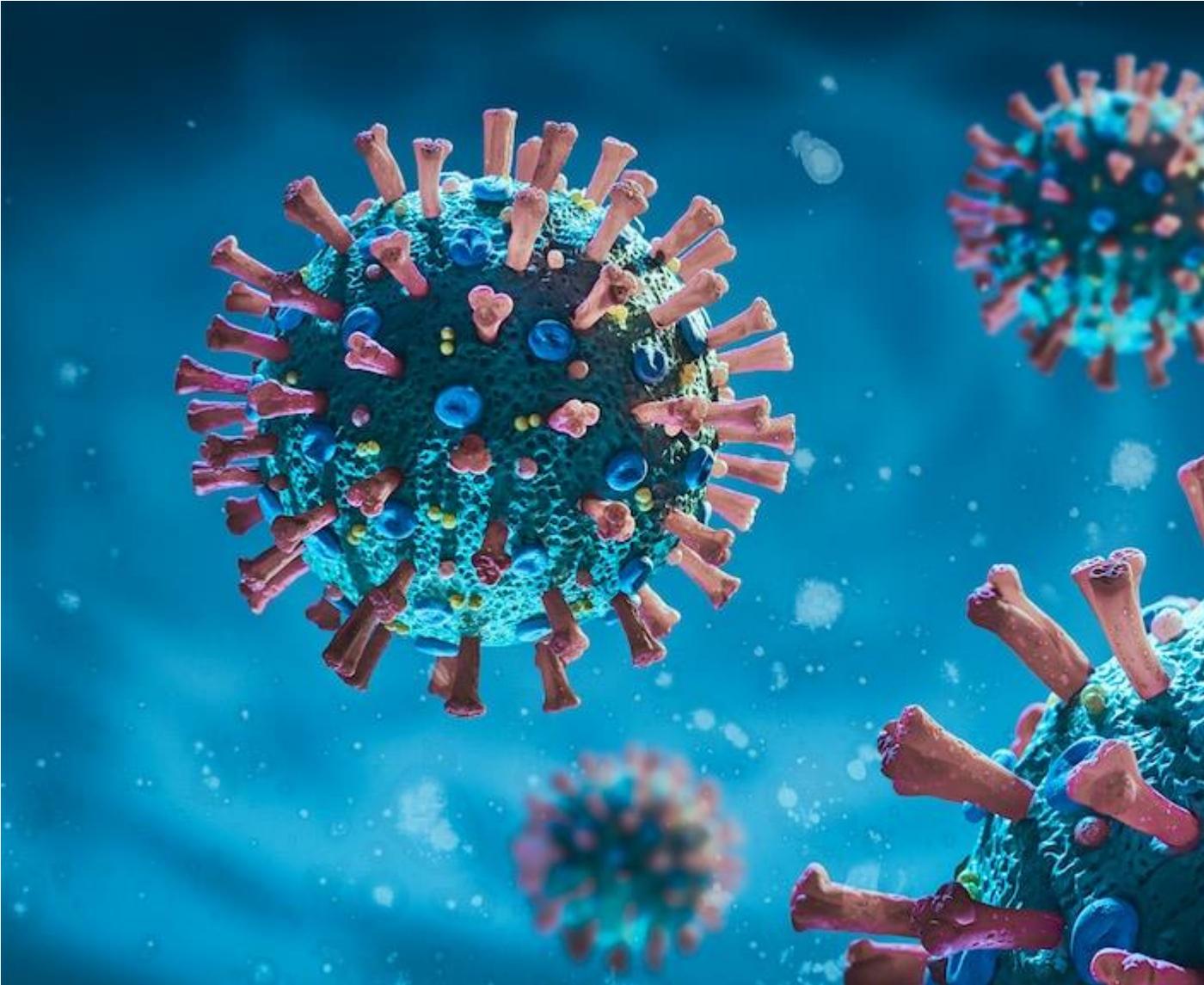


Tratamientos COVID-19: What's In, What's Out

— Una mirada a qué tratamientos son eficaces - y cuáles no

por [Ryan Basen](#), Escritor de Empresa e Investigación, MedPage Hoy; [Amanda D'Ambrosio](#), escritora de empresa e investigación, MedPage hoy 17 de marzo de 2021

artículo de correo electrónico



Se han probado innumerables terapias para COVID-19. No todos han fallado tan espectacularmente como la hidroxiclороquina, por lo que puede ser difícil hacer un seguimiento de lo que se ha demostrado que funciona, y lo que no lo ha hecho.

A continuación se muestra una lista en vivo de terapias actualmente autorizadas y/o validadas - señalando la etapa de enfermedad para la que funcionan mejor - así como algunas otras que no funcionaron o todavía están bajo evaluación.

MedPage Today continuará actualizando esta lista a medida que la nueva información esté disponible.

Tratamientos en uso

Remdesivir

Remdesivir, un antiviral, es actualmente la única terapia aprobada por la [FDA para COVID-19](#). Evita que el SARS-CoV-2 se reproduce mediante la unión a la ARN polimerasa dependiente del ARN, una enzima clave que el virus necesita propagar.

Fue aprobado en octubre para pacientes hospitalizados con COVID-19 de 12 años o más que pesan al menos 88 libras. Su autorización original de uso de emergencia (EUA) [ha sido revisada](#) para permitir también el tratamiento de pacientes pediátricos hospitalizados menores de 12 años que pesan al menos 7,7 libras.

Fda también emitió un EUA para la combinación de [remdesivir más el inhibidor oral JAK baricitinib \(Olumiant\)](#) en pacientes hospitalizados con COVID-19 grave, que está respaldado por las directrices de los NIH.

Las directrices de los NIH recomiendan el uso de remdesivir en pacientes hospitalizados que requieren oxígeno suplementario, ya sea por sí solos, o en combinación con dexametasona. Para aquellos que requieren ventilación de alto flujo o no invasiva, NIH recomienda remdesivir sólo en combinación con dexametasona.

El NIH recomendó originalmente remdesivir para su uso en pacientes ventilados mecánicamente, pero [limitó su alcance de uso](#) en diciembre, debido a una "falta de datos que mostraran beneficios en esta etapa avanzada de la enfermedad".

dexametasona

La dexametasona, un corticosteroide con potentes efectos antiinflamatorios, se recomienda su uso en muchas categorías de pacientes hospitalizados con COVID-19, pero no para aquellos con enfermedad de leve a moderada que no están en el hospital.

Mientras que recomienda contra la dexametasona para aquellos hospitalizados pero no con oxígeno suplementario, NIH lo recomienda para aquellos que necesitan oxígeno suplementario, ventilación de alto flujo o no invasivo, y ventilación mecánica o ECMO.

Según [las conclusiones del ensayo RECOVERY](#), el uso de dexametasona en aquellos que requerían ventilación mecánica redujo el riesgo de muerte en aproximadamente un 35% en comparación con el cuidado habitual. La mortalidad general también fue menor en todos los pacientes hospitalizados que recibieron el medicamento.

Tocilizumab

El 5 de marzo, el [NIH actualizó su orientación](#) sobre el anticuerpo monoclonal anti-interleucina-6 (IL-6) tocilizumab para COVID-19, a medida que se disponía de nuevos datos de RECOVERY y otro gran ensayo.

Ahora recomienda el uso de tocilizumab en combinación con dexametasona en ciertos pacientes hospitalizados con COVID que presentan descompensación respiratoria rápida. Esto incluye a aquellos que han sido ingresados en la UCI en las últimas 24 horas que requieren ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica no invasiva o oxígeno de cánula nasal de alto flujo, o - fuera de la UCI - pacientes con necesidades de oxígeno que aumentan rápidamente y que requieren ventilación no invasiva o oxígeno de alto flujo y tienen marcadores significativamente aumentados de inflamación.

La agencia dice que tocilizumab debe evitarse para pacientes inmunodeprimidos "significativamente".

No hay evidencia para el uso de otros inhibidores de IL-6 en COVID-19, pero muchos permanecen en estudio.

anticoagulación

Nih recomienda que todos los adultos hospitalizados por COVID-19 que no estén embarazadas deben recibir anticoagulación profiláctica para prevenir el tromboembolismo venoso (TEV). (Las pacientes embarazadas hospitalizadas por COVID-19 grave también deben recibir anticoagulación profiláctica a menos que esté contraindicada.)

La agencia señala que actualmente no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de trombolíticos o dosis más altas que profilácticas de anticoagulación en pacientes hospitalizados fuera de un ensayo clínico.

Plasma convaleciente

El plasma convaleciente tiene una autorización de uso de emergencia de la FDA para tratar a los pacientes hospitalizados con COVID-19. Sin embargo, ahora sólo se autoriza el plasma de alto nivel y con restricción a los pacientes hospitalizados que se encuentren en el curso de su enfermedad o a aquellos que tienen inmunidad humorística deteriorada. El [alcance de la autorización se redujo](#) en febrero, para especificar el uso de plasma de alto nivel.

Sin embargo, las directrices de los NIH establecen que no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de plasma convalescente en el tratamiento de COVID-19. Los estudios clínicos han mostrado resultados mixtos, y un estudio patrocinado por los NIH del agente se [detuvo recientemente por inutilidad](#).

Anticuerpos monoclonales: Combo bamlanivimab/etesevimab de Eli Lilly y casirivimab/imdevimab de Regeneron

El 16 de abril, la [FDA rescindió la EUA para la monoterapia bamlanivimab](#) debido a su falta de eficacia contra las variantes SARS-CoV-2. Nih ahora recomienda usar terapia combinada monoclonal de anticuerpos en pacientes ambulatorios con COVID-19 de leve a moderado que tienen un alto riesgo de progresión clínica.

La FDA emitió la EUA para casirivimab/imdevimab en noviembre, y la [EUA para bamlanivimab/etesevimab](#) en febrero.

Una barrera para la aplicación práctica es que requieren perfusión intravenosa, la mayoría de las facilidades que se administran en los hospitales, pero los pacientes hospitalizados no son elegibles para ellos.

Budesonida

En un [ensayo británico pragmático](#), la budesonida corticoesteroide inhalada (Pulmicort) acortó la duración de la enfermedad para los pacientes ambulatorios en riesgo de enfermedad grave, y disminuyó las tasas de hospitalización o muerte. El NIH, sin embargo, aún no ha pesado en la terapia.

Terapias fallidas o debatidas

Hidroxiclороquina

Tanto la OMS como los NIH recomiendan contra el uso de hidroxiclороquina -con o sin azitromicina- para el tratamiento del COVID-19 tanto en pacientes hospitalizados como no hospitalizados.

Los resultados del ensayo RECOVERY mostraron que el uso de hidroxiclороquina [no redujo la mortalidad entre los pacientes con COVID-19 después de 28 días](#), y de hecho fue tendencia hacia el riesgo de muerte. Además, los pacientes que recibieron el medicamento antipalúdico tuvieron una estancia hospitalaria media más larga que aquellos que recibieron un estándar de atención.

La FDA concedió autorización de uso de emergencia de hidroxiclороquina en marzo de 2020, pero [la rescindió](#) en junio tras la publicación de estos hallazgos.

Otro ensayo clínico con sede en Brasil y [publicado en el New England Journal of Medicine](#) encontró que la hidroxiclороquina con o sin azitromicina no mejoró los resultados para pacientes hospitalizados con COVID-19 leve a moderado después de 15 días.

Varios ensayos clínicos y estudios observacionales no han encontrado ningún beneficio de usar hidroxiclороquina para tratar covid-19. Un [estudio de cohorte retrospectiva con sede en Michigan](#), sin embargo, mostró mejores tasas de supervivencia entre los pacientes que usaron el medicamento, pero el estudio no tuvo en cuenta a los confundidores, incluyendo las diferencias de admisión en la UCI y el uso de dexametasona.

ivermectina

En enero, el NIH [cambió su recomendación](#) de "contra" el uso de ivermectina en COVID-19 a señalar que hay "datos insuficientes" para recomendar a favor o en contra de la terapia.

El fármaco antiparasitario ha demostrado [cierto potencial](#) para inhibir la replicación sars-cov-2 en cultivos celulares. Sin embargo, según el NIH, lograr las concentraciones plasmáticas necesarias para lograr la eficacia antiviral detectada in vitro requeriría dosis hasta 100 veces superiores a las aprobadas para su uso en humanos.

Nih también toma nota de varias limitaciones de los ensayos aleatorizados disponibles y estudios de cohortes retrospectivas, incluyendo el tamaño de la muestra pequeña, varias dosis y horarios, diseño de etiqueta abierta, medicamentos concomitantes como hidroxiclороquina y azitromicina, y resultados de estudio mal definidos.

vitamina C

Nih afirma que no hay [datos suficientes](#) para recomendar a favor o en contra del uso de vitamina C (ácido ascórbico) en COVID-19.

Hay varios ensayos clínicos en curso que evalúan la eficacia de la vitamina C para el tratamiento del COVID-19, pero pocos se han completado. Un [estudio de 56 pacientes hospitalizados en China](#) encontró que la vitamina C intravenosa en dosis altas no era eficaz para prevenir la ventilación mecánica durante un período de 28 días.

Además, un [ensayo controlado aleatorizado de vitamina C y zinc](#) no mostró ningún impacto de ninguno de los dos suplementos en el curso de los síntomas en pacientes con enfermedad leve.

vitamina d

Nih afirma que no hay [datos suficientes](#) para recomendar a favor o en contra del uso de vitamina D en COVID-19.

Si bien la deficiencia de vitamina D se ha asociado con un mayor riesgo de neumonía adquirida por la comunidad en adultos mayores y niños, ninguna evidencia concluyente muestra que podría utilizarse para combatir el COVID-19.

En febrero, [un gran ensayo brasileño aleatorizado publicado en JAMA](#) no encontró ninguna diferencia en la duración de la estancia hospitalaria para aquellos con COVID-19 moderado a grave que recibieron vitamina D o placebo en dosis altas.

zinc

Nih afirma que no hay [datos suficientes](#) para recomendar a favor o en contra del uso de zinc en COVID-19. También recomienda contra la suplementación de zinc por encima de la asignación dietética recomendada para la prevención de COVID-19, excepto en un ensayo clínico.

Inhibidores de la proteasa

El NIH recomienda no usar lopinavir/ritonavir y otros inhibidores de la proteasa del VIH para tratar covid-19 en pacientes hospitalizados y no hospitalizados porque los ensayos clínicos no han demostrado beneficio clínico en pacientes con COVID.

Los fármacos no demostraron eficacia en dos grandes ensayos aleatorizados controlados de pacientes hospitalizados, incluido el [ensayo RECOVERY](#) y el ensayo solidario de la [OMS](#).

colchicina

Ni los NIH ni la OMS tienen directrices relativas a este medicamento antiinflamatorio oral que se utiliza a menudo para tratar la gota, aunque todavía se está investigando como un posible tratamiento con COVID.

El brazo colchicino del ensayo RECOVERY [se detuvo recientemente](#) porque un comité independiente de monitoreo de datos

encontró que el medicamento no estaba ayudando a pacientes hospitalizados con COVID.

Sin embargo, los resultados de primera línea del ensayo COLCORONA, que se [anunciaron en enero a través de un comunicado](#) de prensa, mostraron mejores resultados para los pacientes con enfermedad leve de COVID-19.

última actualización el 21 de abril de 2021