Informe Técnico-Científico

RECOMENDACIONES PARA NEURÓLOGOS SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19

Mayo de 2020

Autores

Expertos Metodológicos

Catalina Orozco González*
Líder de Revisión de la Evidencia
MSc Epidemiología
Analista Unidad de Gestión del Conocimiento
Grupo de Investigación Medicarte (GIM)

Natalia Duque Zapata
MSc Epidemiología
Coordinadora Unidad de Gestión del Conocimiento
Grupo de Investigación Medicarte (GIM)

Jhyld Carolaind Camacho Barbosa
MSc Epidemiología
Analista Unidad de Gestión del Conocimiento
Grupo de Investigación Medicarte (GIM)

Expertos Temáticos

Maria Isabel Zuluaga Rodas
Neuróloga Medicarte

Paola Andrea Ortiz Salas
Neuróloga Medicarte

Basilio Vagner Ramirez
Neurólogo Medicarte

Jose Ignacio Gortari
Neurólogo Medicarte

© **Todos los derechos reservados.**
Prohibida la reproducción parcial o total de este documento, sin previa autorización por Medicarte.

*Autor correspondencia: corozco@medicarte.com.co

Medicarte
gestión farmacoterapéutica avanzada

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 3

Objetivo 4

Metodología 4

Población objeto 5

Recomendaciones Generales en el contexto de la pandemia COVID-19 5

Recomendaciones respecto a la Terapia Modificadora de la Enfermedad (TME) 8

Recomendaciones generales relacionadas, según el Consenso Colombiano de Infectología para el tratamiento de infección por COVID-19 16

Conclusiones 17

Referencias Bibliográficas 18

Introducción

Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan infección de vías respiratorias altas, con síntomas que varían desde leves, moderados a graves. La nueva enfermedad por coronavirus (CoV) 2019 (Covid-19), corresponde a la enfermedad causada por la infección por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo Grave 2 (SARS-CoV2), que fue identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan, China, en enero del año 2020, ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia en salud pública de importancia internacional al clasificarla como pandemia, lo que ha provocado un estado de emergencia, que implica cambios a nivel gubernamental, económico y principalmente en el sistema de salud, por lo que se requiere el desarrollo e implementación de protocolos de atención clínica y otras medidas de forma urgente con el objetivo de frenar el contagio y estandarizar la atención en salud para prevenir el colapso del sistema de salud por los pacientes gravemente enfermos con Covid-19. A nivel mundial, para el 26/04/2020 se han confirmado 3.025.732 casos y 209.001 personas fallecidas (tasa mortalidad 6,9%), en Colombia, para la misma fecha se han confirmado 5.379 casos y 244 personas fallecidas (tasa mortalidad 4,5%) (1).

Los pacientes con enfermedades desmielinizantes (Esclerosis Múltiple - EM y Neuromielitis Óptica - NMO) entran en el grupo de personas de mayor riesgo debido a la actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades (diabetes, enfermedades cardiovasculares y/o pulmonares), algunos tipos de terapia modificadora de la enfermedad (TME), problemas de movilidad y en algunos casos por ser mayores de 60 años, entre otros (2–4). La TME de la EM actúa suprimiendo o modificando el sistema inmunitario en diferentes grados. Algunos medicamentos para la EM pueden aumentar la probabilidad de desarrollar complicaciones por una infección viral como el COVID-19, pero este riesgo debe equilibrarse con los riesgos de suspender el tratamiento (2–6).

Objetivo

Plantear recomendaciones generales para el manejo de pacientes ambulatorios con enfermedad desmielinizante en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura relacionada con el tema de investigación, en la base de datos PubMed y literatura gris en Google. La estrategia de búsqueda estuvo compuesta por vocabulario controlado explotado (MeSH) y lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, variaciones ortográficas y plurales. Los términos MeSH utilizados en PubMed fueron: ("multiple sclerosis"[MeSH Terms] OR " multiple sclerosis "[All Fields]) OR " neuromyelitis optica spectrum disorder "[MeSH Terms] OR "neuromyelitis optica spectrum disorder"[All Fields]) AND ("COVID-19"[All Fields] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[Supplementary Concept] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[All Fields] OR "2019-nCoV"[All Fields] OR "SARS-CoV-2"[All Fields] OR "2019nCoV"[All Fields] OR (("Wuhan"[All Fields] AND ("coronavirus"[MeSH Terms] OR "coronavirus"[All Fields]). Se establecieron como límites de búsqueda artículos en los últimos 5 años, en idioma español e inglés.

Se revisaron los documentos identificados considerados aptos, además de lo publicado por las sociedades de neurología española, italiana, británica y americana, además la federación mundial de esclerosis múltiple; con la información extraída se realizó un informe científico basado en la evidencia más relevante. Finalmente, se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario de expertos metodológicos (epidemiólogos) y temáticos (neurólogos), para la resolución de una encuesta virtual, y la revisión final de las recomendaciones, con quienes se definieron como esenciales las incluidas en este documento.

Población objeto

Pacientes con diagnóstico de enfermedad desmielinizante:

1. Pacientes con terapia de moderada eficacia (interferones, acetato de glatiramero, dimetilfumarato y teriflunomida)
2. Pacientes con terapia de alta eficacia (fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, ocrelizumab, rituximab, cladribina)
3. Pacientes con factores de riesgo de mal pronóstico de infección por covid-19: edad mayor 60 años, presencia de comorbilidades (diabetes, enfermedad cardiovascular y/o pulmonar), enfermedad de difícil manejo, polimedicación, inmunosupresión marcada, bajos recursos económicos, bajo nivel educativo, problemas de movilidad (EDSS >6.0).
4. Pacientes con buen pronóstico global de infección por covid-19: Ausencia o pocos factores de mal pronóstico.

Recomendaciones Generales en el contexto de la pandemia COVID-19

1. Actualmente, no hay evidencia científica de que, en pacientes con enfermedades desmielinizantes, se obtenga un beneficio al suspender la TME con intención profiláctica contra el COVID-19, ni que el uso de algún medicamento específico, les proteja contra el mismo. **La recomendación actual es dar continuidad a su terapia, sin cambios, a menos de que el paciente que presente síntomas de infección por COVID-19** u otras, caso tal, en el cual se recomienda consultar en urgencias de su Entidad Administradora de Plan de Beneficio (EAPB antes EPS) y definir el riesgo. Si se confirma COVID-19, contactar a Medicarte para que a través de su neurólogo tratante se defina si se suspende o continua el tratamiento de forma individualizada (2–5,7).
2. Las personas con EM gravemente discapacitadas por tener debilidad marcada en los brazos y posiblemente debilidad en la musculatura

respiratoria, pueden presentar un mayor riesgo de complicaciones respiratorias graves (4).

3. En pacientes quienes soliciten posponer o suspender la TME, se recomienda discutir riesgo/ beneficio de esta conducta con especialista tratante.
4. Se recomienda a todos los centros de aplicación de TME, activar los protocolos de administración en casa, en la mayor cantidad de pacientes que sea posible, y en los casos que no es posible, el centro de infusión ambulatorio debe contar con todas las medidas de prevención, desinfección y manejo de residuos de acuerdo a los lineamientos nacionales e internacionales para la prevención de contagio por COVID-19.
5. Dado que el COVID-19 es altamente transmisible, es importante minimizar la exposición al virus de los pacientes con enfermedades desmielinizantes con TME, sería recomendable que estos pacientes sean evaluados, si es posible, mediante consulta no presencial (telefónica, telemedicina, etc.), así mismo, en la medida de lo posible optar por aplicación domiciliaria, entrega de medicamento para auto aplicación y en caso de infusión intravenosa contar con lista de chequeo para descartar síntomas respiratorios y si es del caso, aplazar dicha infusión de forma individualizada.
6. Los pacientes con enfermedades desmielinizantes, independiente del tipo de tratamiento que reciban, deben adoptar las medidas generales recomendadas por las autoridades sanitarias locales y nacionales, sobre aislamiento social, cuarentena, higiene de manos, evitar tocarse boca, nariz y ojos; cubrirse boca y nariz con el codo flexionado o con un pañuelo desechable (que se tire y no se guarde en el bolsillo) al toser o estornudar; y, en caso de sufrir una infección respiratoria, evitar el contacto cercano con otras personas.
7. Si tiene una cita para ir al hospital para una revisión o tratamiento, y tiene tos, temperatura alta o dificultad para respirar, no vaya al hospital, pero

comuníquese con su equipo de EM para obtener asesoría y atención domiciliaria.

8. En caso de que el paciente con enfermedad desmielinizante, conviva con una persona que haya estado expuesta o presente síntomas del COVID-19, y que podría estar infectada, se recomienda que evite el contacto con esta dentro de la vivienda, tomando todas las medidas de aislamiento, higiene y aseo necesarias y recomendadas por las autoridades sanitarias.
9. Se recomienda el uso de tapabocas, aunque esté asintomático si debe salir de la casa.
10. No se recomienda el uso de AINES como ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco como **primera línea** para el manejo de síntomas por Covid-19, este tema está siendo evaluado por las agencias reguladoras de medicamentos (FDA y EMA), el medicamento de elección debe ser acetaminofén/ paracetamol (8,9).
11. Se recomienda continuar el manejo antihipertensivo sin cambios en pacientes que lo requieren, dado que no hay evidencia contundente, que el uso de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), se asocien a mayor riesgo de gravedad o peor pronóstico hospitalario en pacientes con COVID-19. Estas hipótesis surgen de la observación en modelos in-vitro y en estudios en animales, dado que, al igual que el coronavirus causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), el COVID-19 se une a la enzima convertidora de la angiotensina 2 (ECA-2), para infectar a las células, y esta parece estar sobre expresada en sujetos tratados con IECAS o con ARA-II (10).
12. No se recomienda suspender ni optimizar las dosis de glucocorticoides en los pacientes que los usan, a menos que el paciente tenga infección confirmada de COVID-19 y requiera manejo hospitalario, donde se definirá el ajuste de acuerdo a concepto de neurólogo tratante y resto de equipo multidisciplinario (1,11).

Recomendaciones respecto a la Terapia Modificadora de la Enfermedad (TME)

1. Es esencial considerar el riesgo potencial de morbilidad y posible mortalidad para cada paciente con EM, en relación a una infección por SARS-CoV2. El perfil de riesgo del individuo es multifactorial: mecanismo de acción de la TME usado, tabaquismo (el aumento del consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de desarrollar infecciones respiratorias complicadas); estado ambulatorio (menor movilidad aumenta el riesgo, especialmente si el paciente está en una silla de ruedas); edad; peso (el aumento del peso impacta en la deambulación y la función respiratoria); enfermedades respiratorias subyacentes (como asma o EPOC). Además, la frecuencia de asistencia necesaria a un hospital o centro de salud para pruebas de laboratorio o resonancia magnética e infusiones puede poner al paciente en un mayor riesgo de exposición (3)
2. Para las personas con EM que presentan alta actividad de la enfermedad o factores de mal pronóstico, los riesgos de que la enfermedad no se trate o se trate parcialmente, son lo suficientemente altos como para justificar el uso de terapias de alta efectividad aún durante la pandemia. Por lo tanto, el riesgo de morbimortalidad para un individuo con una TME, infectado con COVID-19, puede ser de bajo a moderado, de acuerdo al tipo de TME que se utilice. (2,5–7,12).
3. La elección de la TME tiene en cuenta muchos factores. Los riesgos potenciales planteados por cada TME difieren por lo que las decisiones sobre el tratamiento deben individualizarse y discutirse con los pacientes. Para algunos pacientes, tratar y controlar su EM puede ser más importante que el peligro potencial de exponerse y adquirir una infección por COVID-19 más grave. La Tabla 1 define los riesgos asociados con las diferentes clases de TME en el caso de que un paciente adquiera una infección por COVID-19.

Tabla 1. Características principales de TME para EM con licencia en relación con la pandemia de COVID-19

Categoría de Riesgo	Clase	Marca	Modo acción	Eficacia	Clase	Seguro Iniciar	Consejos sobre tratamiento	En caso de Covid-19	Inmunosupresión	Atributos y Advertencias
Muy baja	Interferón Beta	Betaferon®, Avonex®, Rebif®, Plegridy®	Inmunomodulador (no inmunosupresor), efectos inmunes pleiotrópicos	Moderada	Mantenimiento - Inmunomodulador	Si	Continuar	Continuar	No	Tiene propiedades antivirales que podrían ser benéficas en caso de Covid-19
Muy baja	Acetato Glatiramer	Copaxone®	Inmunomodulador (no inmunosupresor), efectos inmunes pleiotrópicos	Moderada	Mantenimiento - Inmunomodulador	Si	Continuar	Continuar	No	
Muy baja	Teriflunomida	Aubagio ®	Inhibidor dihidoorato deshidrogenasa (reduce la síntesis de pirimidinas de novo), anti proliferativo	Moderada	Mantenimiento - Inmunomodulador	Si	Continuar	Continuar	Posible (no bien definida)	Tiene propiedades antivirales que podrían ser benéficas en caso de Covid-19

Baja	Dimetil Fumarato	Tecfidera®, Yardix ®	Activación NRF2 pleiotrópica, regulación a la baja de NFKβ	Moderada / Alta	Mantenimiento-Inmunosupresor	Probable	Continuar / Cambio si ha linfopenia <800	Continuar	Si, continua	El riesgo solo puede considerarse bajo en pacientes que no desarrollan linfopenia persistente. Se debe considerar que los pacientes con un recuento total de linfocitos de menos de 800 / mm3 tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones por la infección con COVID19
Baja	Natalizumab	Tysabri®	Inhibidor selectivo de adhesión molecular Anti- VLA4	Muy Alta	Mantenimiento-Inmunosupresor	Si	Continuar	Continuar o aplazar infusión de acuerdo al tiempo	Si, continua	Riesgo bajo, pero preocupaciones teóricas de crear un ambiente en las superficies mucosas y el intestino que pueda promover la eliminación viral prolongada. También existe el riesgo de que, dado que COVID-19 / SARS-CoV-2 es neurotrópico, puede evitar la eliminación viral del SNC.

Intermedia	**Fingolimod** - Siponimod* - Ozanimod* - Ponesimod*	Gilenya®, Lebrina®	Modulador Selectivo de S1P, previene salida de linfocitos de nodo linfáticos	Alta	Mantenimiento-Inmunosupresor	Probable	Continuar	Continuar o suspender temporalmente	Si, continua	Existe un riesgo teórico de que los moduladores de S1P puedan provocar una eliminación viral prolongada. Los moduladores paradójicos de S1P pueden reducir la gravedad de COVID-19; fingolimod se está probando actualmente.
Intermedia	Ocrelizumab - Rituximab - Ofatumumab*- Ublituxumab*	Ocrevus®, Mabthera®	Anti CD20, depletor células B	Muy alta	Mantenimiento-Inmunosupresor	Probable	Evaluación de riesgo para definir continuar o suspender dosis	Suspensión temporal de la dosis dependiendo del tiempo	Si, continua	Riesgo teórico de que el ocrelizumab y otras terapias anti-CD20 puedan provocar una eliminación viral prolongada

Intermedia	Cladribina	Mavenclad®	Análogo desoxiadenosina (purina), inhibidor adenosina deaminasa, depleción selectiva celulas B y T	Alta / Muy alta (EMRR altamente activa)	Reconstitución Inmune (semi selectiva)	Probable	Evaluación de riesgo para definir continuar o suspender dosis	Suspensión temporal de la dosis dependiendo del tiempo	Si, intermitente	Existe un riesgo teórico de que, en la fase de agotamiento inmune, la cladribina pueda provocar una eliminación viral prolongada
Alto	Alemtuzumab	Lemtrada®	Anti CD52, depletor inmune no selectivo	Muy Alta	Reconstitución Inmune (No selectiva)	No	Suspender dosis	Suspender dosis	Si, intermitente	Existe el riesgo teórico de que, en la fase de agotamiento inmune, alemtuzumab pueda provocar una eliminación viral prolongada.
Alto	Trasplante Células Madre Hematopoyéticas (HSCT)		Depleción inmune y reconstitución células madre hematopoyéticas	Muy Alta	Reconstitución Inmune (No selectiva)	No	Suspender dosis	Suspender dosis	Si, intermitente	Existe un riesgo teórico de que, en la fase de agotamiento inmunitario, el HSCT pueda provocar una eliminación viral prolongada.

Alto	Mitoxantrona*	Novantrone ®	Depletor inmune (inhibidor topoisomerasas)	Muy Alta	Reconstitución Inmune (No selectiva)	No	Suspender dosis	Suspender dosis	Si, intermitente	Riesgo teórico de que, en la fase de agotamiento inmune, la mitoxantrona puede provocar una eliminación viral prolongada.

* Medicamento no disponible en Colombia

Adaptado de: Giovannoni G, Hawkes C, Lechner-scott J. The COVID-19 pandemic and the use of MS Disease-Modifying Therapies. Mult Scler Relat Disord. 2020;102073

4. El riesgo más alto son las terapias de reconstitución inmunitaria durante la fase de agotamiento del tratamiento, es decir, el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT), alemtuzumab (Lemtrada), mitoxantrona (Novantrone) y cladribina (Mavenclad). Con la reconstitución post inmune, una vez que el recuento total de linfocitos ha regresado a lo normal o casi normal, el riesgo de infecciones virales graves probablemente no sea mayor de lo esperado para la población y estaría más asociado con los factores de riesgo de mal pronóstico para infección por COVID-19. Tenga en cuenta que la reconstitución inmune puede llevar meses o años, por lo que si el último tratamiento del paciente fue en los 6-12 meses previos, todavía pueden considerarse inmunocomprometidos, lo que supone alto riesgo (3,12).
5. Algunos autores sostienen que el recuento total de linfocitos puede predecir el riesgo de infecciones virales graves (recuento total linfocitos < 800/mm^3), la literatura no es clara, por lo que no se recomienda ningún cambio en las pautas de monitoreo actuales para estos medicamentos (2,3,5–7,12).
6. El riesgo de contraer una infección viral grave probablemente aumenta moderadamente después de ocrelizumab /rituximab. Si un paciente necesita un medicamento de alta eficacia y no es elegible para natalizumab, es una opción a considerar. Pero, por su vida media y mecanismo de acción, el paciente podría presentar un riesgo persistentemente mayor de desarrollar una infección complicada durante el período previsto de la epidemia de COVID-19. Para aquellos que ya están en tratamiento con ocrelizumab /rituximab, se recomienda retrasar las infusiones adicionales hasta que se aclare o haya pasado el riesgo de infección por coronavirus (2,3,5–7,12).
7. El riesgo de infecciones virales es significativamente mayor en los tres a seis meses posteriores a infusión de alemtuzumab y uso de cladribina. Por lo que se recomienda que estos medicamentos no se inicien durante la epidemia de coronavirus. Para aquellos que ya comenzaron el tratamiento, se recomienda retrasar el segundo ciclo de ambos tratamientos hasta que el riesgo de infección por coronavirus haya pasado. Es seguro aumentar la brecha entre

el primer y el segundo tratamiento con alemtuzumab a 18 meses, sin riesgo de que se presente actividad de la EM. Aún no hay datos claros para la cladribina. Si se considera un tercer o cuarto ciclo de tratamiento de alemtuzumab o cladribina por actividad de la enfermedad, se recomienda usar otra TME o retrasar hasta que termine la epidemia (2,3,5–7,12).

8. La Sociedad Europea para el Trasplante de Sangre y Médula recomienda que, el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas suele ser un procedimiento electivo para la EM y tiene el mayor riesgo de infecciones oportunistas, por lo que la recomendación es posponerlo hasta que la epidemia por COVID-19 termine (2,3,5–7,12).
9. *Recaídas*: pueden ser devastadoras y dejar secuelas en los pacientes con EM o NMO. Lo primero que debe considerarse en los pacientes con y sin infección por COVID-10 es si los nuevos síntomas obedecen a una recaída o pseudo- recaída. Las pseudo- recaídas se presentan generalmente en el contexto de una infección que puede o no asociarse a fiebre, por lo que se recomienda en los países en donde se presenta infección comunitaria por COVID-19, que los pacientes con EM o NMO que presenten pseudo-recaídas y síntomas respiratorios acompañados o no de fiebre, se estudien para COVID-19. En caso de que se confirme una recaída, la mejor prevención es continuar con la TME y en caso de que se requiera ciclos de esteroides para el manejo de las recaídas, de forma individualizada se debe considerar su uso intravenoso versus oral (2,5–7,12).
10. *Gestantes*: Así como la precaución que se debe tener con la gestación y el uso de TME, se recomienda evitar el embarazo en mujeres con EM en general, sin embargo, para las mujeres en gestación debe hacerse un seguimiento regular en período pre y postnatal. Solo hay una serie de 18 mujeres embarazadas con COVID-19 reportada, en donde a consecuencia de la neumonía materna se reportó sufrimiento fetal intrauterino y nacimiento prematuro, el reporte aclara que las mujeres gestantes se infectaron en el tercer trimestre del embrazo, aún existen pocos reportes de COVID-19 en la concepción y las etapas iniciales del embarazo en la literatura médica (7,13).

11. *Paraclínicos y resonancias de control*: se recomienda durante la época de la pandemia realizar aquellos que sean indispensables o urgentes para el control, de acuerdo a la condición de cada paciente (2,3,5–7,12).

Recomendaciones generales relacionadas, según el Consenso Colombiano de Infectología para el tratamiento de infección por COVID-19

1. No existe evidencia al respecto de la interacción de la TME con los medicamentos que actualmente se están estudiando para el manejo del COVID-19. En caso de que un paciente con EM o NMO en tratamiento con TME presente infección por COVID-19, la recomendación de manejo es de acuerdo a las recomendaciones del Consenso Colombiano para el tratamiento de infección por COVID-19 (1,7,14–18)
2. Se recomienda que los pacientes en tratamiento con algún inmunosupresor, deben en lo posible continuar recibiendo las terapias específicas, si su condición lo permite siendo necesaria la consulta al especialista para definir la necesidad de suspensión de forma individualizada (1,11).
3. Se recomienda que los pacientes que reciben TME de alta eficacia tomen todas acciones para disminuir su riesgo de exposición a infecciones, asociado a reforzamiento de medidas de higiene de manos y distanciamiento social (2,5,6,12).
4. Con respecto a la vacunación, el consenso recomienda de acuerdo con las recomendaciones vigentes que las mujeres gestantes deben recibir de manera oportuna vacunación contra influenza, pertusis y tétanos (TdaP y Td); para la población adulta, promover la administración de las vacunas de acuerdo a grupo de riesgo (principalmente vacunas contra influenza y neumococo); así mismo la población pediátrica debe adherirse al esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (1).
5. Se recomienda evaluar permanentemente las interacciones medicamentosas de los pacientes que requieran de terapias adicionales como consecuencia

de complicaciones por infección por COVID-19 con su TME de base (1,2,5,6,11,12).

Conclusiones

La decisión de iniciar un TME durante la pandemia de COVID-19 deberá tomarse con cuidado y dependerá del estado, no solo en el país en particular, sino en el área específica donde vive el paciente y las estrategias de salud pública para contener la propagación del virus a nivel local, que pueden hacer que sea relativamente seguro para un paciente comenzar una terapia inmunosupresora, además de las condiciones individuales de cada paciente (2,3,5–7,12).

Los neurólogos han dedicado una cantidad extraordinaria de tiempo y esfuerzo para avanzar en el principio de que "el tiempo es cerebro", lo que implica tratar la EM y otras enfermedades desmielinizantes de manera proactiva, para lograr el objetivo de no evidencia de actividad de la enfermedad (NEDA) y, más recientemente, para invertir la pirámide y utilizar tratamientos de alta eficacia como primera línea de tratamiento, de acuerdo a la evidencia científica más reciente. Estos principios de tratamiento se basan en la evidencia disponible, y no deben descartarse en el contexto de un riesgo potencial, pero aún indefinido, así como la duración que pueda tener la pandemia por COVID-19.(2,3,5–7,12).

Dentro del marco de la pandemia, hay una creciente evolución de la evidencia científica para manejo específico del COVID-19, así como para los pacientes con enfermedades crónicas y que reciben manejo inmunomodulador, lo que supone un gran esfuerzo por parte de las diferentes comunidades científicas en la actualización de protocolos de manejo soportados con la evidencia disponible de alta calidad, permita tomar las mejores decisiones en el manejo de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. ACIN AC de I-, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS. Vabril_Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV2/COVID-19 en establecimientos de atención de la Salud. Infectio. 2020;24(3(S1)):1–163.
2. Foundation MSI. Recomendaciones internacionales sobre COVID-19 para personas con EM. 2020;1–3. Available from: https://www.msif.org/news/2020/02/10/the-coronavirus-and-ms-what-you-need-to-know/
3. Giovannoni G, Hawkes C, Lechner-scott J. The COVID-19 pandemic and the use of MS Disease-Modifying Therapies. Mult Scler Relat Disord. 2020;102073.
4. CEMCAT. INFORMACIÓN SOBRE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS (SARS-CoV-2) PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. 2020; Available from: https://www.cem-cat.org/sites/default/files/informacion_sobre_la_infeccion_por_coronavirus_y_em.pdf
5. Coles A, Lim M, Giovannoni G. ABN Guidance on the use of Disease-Modifying Therapies in Multiple Sclerosis in response to the threat of a Coronavirus epidemic. Assoc Br Neurol [Internet]. 2020;(March). Available from: https://cdn.ymaws.com/www.theabn.org/resource/collection/6750BAE6-4CBC-4DDB-A684-116E03BFE634/ABN_Guidance_on_DMTs_for_MS_and_COVID19_APPROVED_11_March.pdf
6. Sociedad española de neurología. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN) en relación con la pérdida de olfato como posible síntoma precoz de infección por COVID-19. 2020. p. 1–2.
7. Carrá A, J S, Macías-Islas M. COVID-19 en pacientes con Esclerosis Múltiple. Recomendaciones Latinoameticanas & Sharing Initiative. Latin American Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis- LACTRIMS. 2020. p. 1–22.
8. Day M. Covid-19 : European drugs agency to review safety of ibuprofen. BMJ. 2020;1168.
9. Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. BMJ. 2020;368.
10. Campezo C. Medicamentos antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina e infección por COVID-19. 2020;8–10.
11. Ginsberg LE. Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance. Massachusetts Gen Hosp. 2020;254(2):324–5.
12. Brownlee W, Bourdette D, Broadley S. Treating multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder during the COVID-19 pandemic. Neurology. 2020;10.1212/WNL.0000000000009507.
13. Chen H, Guo J, Wang C. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020;395(10226):809–15.

14. García Merino A, Ramón Ara Callizo J, Fernández Fernández O. Consenso para el tratamiento de la esclerosis múltiple 2016. Sociedad Española de Neurología. Neurologia. 2017;32(2):113–9.
15. Cortegiani A, Ingoglia G, Ippolito M. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. J Crit Care. 2020;3–7.
16. Dong L, Hu S, Gao J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). Drug Discov Ther. 2020;14(1):58–60.
17. Devaux CA, Rolain J-M, Colson P. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? Int J Antimicrob Agents. 2020;105938.
18. Martinez MA. Compounds with therapeutic potential against novel respiratory 2019 coronavirus. Antimicrob Agents Chemother. 2020;1–18.

Medicarte

gestión farmacoterapéutica avanzada

© Unidad Gestión del Conocimiento 2020