

ALERGOLOGÍA Y PANDEMIA COVID19

ALLERGOLOGY AND COVID19 PANDEMIC

Tomás Chivato Pérez

Académico Correspondiente Real Academia Nacional de Medicina de España

Especialista en Alergología

Catedrático y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo (Madrid)

Vicepresidente de Ciencia de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica

Palabras clave:

Alergia;
COVID19;
SARCOV2;
Telemedicina;
Vacunas.

Keywords:

Allergy;
COVID19;
SARCOV2;
Telemedicine;
Vaccines.

Resumen

La pandemia COVID19 producida por el SARSCOV2 ha cambiado e impactado en todas las áreas de la Medicina, incluida la Alergología. Los profesionales y los pacientes han visto como este virus ha afectado la rutina diaria a diferentes niveles. En el presente artículo se revisarán tres aspectos relevantes. En primer lugar se describen las diferencias epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y medidas preventivas entre la rinitis debida a infección por SARSCOV2 y la rinitis alérgica por sensibilización a pólenes. En segundo lugar se revisa el impacto de las nuevas tecnologías y de la transformación digital en la rutina diaria de la Alergología a nivel asistencial y docente.

Finalmente se realiza una actualización de las vacunas frente SARSCOV2 desde el punto de vista la seguridad para el paciente alérgico.

Abstract

The COVID19 pandemic produced by SARSCOV2 has changed and impacted all areas of Medicine, including Allergology. Professionals and patients have seen how this virus has affected the daily routine at different levels. In this article three relevant aspects will be reviewed. First, the epidemiological, clinical, diagnostic, therapeutic and preventive measures differences between rhinitis due to SARSCOV2 infection and allergic rhinitis due to pollen sensitization are described. Second, the impact of new technologies and digital transformation on the daily routine of Allergology at the care and teaching level is reviewed.

Finally, an update of the vaccines against SARSCOV2 is carried out from the point of view of safety for the allergic patient.

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID19 producida por el SARSCOV2 ha cambiado e impactado en todas las áreas de la Medicina, incluida la Alergología. La asistencia, la docencia, la gestión sanitaria y la investigación se han visto profundamente modificadas. Estos cambios han afectado a los profesionales y a los pacientes.

En el presente artículo se revisan tres aspectos relevantes: las diferencias entre rinitis debida a infección por SARSCOV2 y la alergia a pólenes, el impacto de la transformación digital en Alergología y una actualización de las vacunas frente SARSCOV2 desde el punto de vista alérgico.

La rinitis alérgica por sensibilización a pólenes es la enfermedad alérgica más frecuente en nuestro país y es importante distinguir todas las diferencias con la infección producida por el SARCOV2

para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Las principales características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y preventivas de ambas patologías se revisan a continuación.

La pandemia COVID19 también ha alterado la normal relación del médico con el paciente y con el alumnado. La Telemedicina y otras herramientas digitales se han convertido en un importante apoyo y eficaz alternativa tanto asistencial como docente. En el presente artículo se revisan los aspectos esenciales de la transformación digital en esta pandemia.

Las medidas preventivas junto con la vacunación frente al SARCOV2 de la población constituyen las medidas esenciales para vencer esta pandemia. Se disponen de documentos de consenso de diferentes sociedades científicas, siendo especialmente importante tener los criterios claros respecto a que indicaciones, precauciones o contraindicaciones existen en relación con los pacientes alérgicos.

Autor para la correspondencia

Tomás Chivato Pérez

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 547 03 18 | E-Mail: secretaria@ranm.es

1. DIFERENCIAS ENTRE RINITIS DEBIDA A INFECCIÓN POR SARCOV2 Y LA ALERGIA A PÓLENES

En estos momentos de pandemia producida por la infección por SARCOV2 coincidente con la polinización de diferentes árboles y gramíneas en nuestras ciudades es conveniente responder algunas preguntas y aclarar las principales diferencias epidemiológicas, clínicas, radiológicas y terapéuticas.

1.1. Diferencias epidemiológicas

1.1.1. En el caso de la infección por SARCOV2 los pacientes habrían estado en contacto estrecho, durante los días previos, con pacientes infectados diagnosticados o con sospecha (fiebre o síntomas respiratorios compatibles) o habrían estado en países, zonas o lugares de riesgo.

1.1.2. En el caso de la alergia a pólenes, la clínica aparece tras la exposición a niveles elevados de pólenes en lugar de residencia o viajes (comprobable por páginas web como www.polenes.com o www.seaic.org). Además, son muy característicos los antecedentes personales de primaveras previas con clínica compatible de rinitis alérgica.

1.2. Diferencias clínicas

1.2.1. Respecto a las manifestaciones clínicas de la rinitis infecciosa debida al SARCOV2 son habituales (1,2):

- Los cuadros víricos que afectan la mucosa nasal pueden iniciarse con cierto grado de congestión y secreción nasal acuosa con algún estornudo aislado.
- No suele asociarse a conjuntivitis.
- No se acompañan de picor nasal ni picor conjuntival.
- Inicialmente cursa con febrícula y pueden evolucionar a cuadro febril (>38 ° C).
- La sintomatología no empeora al estar al aire libre y no mejora en lugares cerrados.
- La sintomatología no mejora con la utilización de antihistamínicos.

1.2.2. Por el contrario en el caso de la rinitis alérgica por sensibilización a pólenes (1,2):

- La rinitis alérgica se caracteriza por cursar con estornudos frecuentes en salva, secreción nasal acuosa, obstrucción nasal (congestión) y picor nasal.
- La rinitis alérgica se asocia con mucha frecuencia a conjuntivitis que se caracteriza por cursar con enrojecimiento conjuntival, lagrimeo y picor ocular.
- La rinitis alérgica se asocia con frecuencia al asma bronquial alérgica que se caracteriza por cursar con tos, disnea y sibilancias.

- No cursa con fiebre.
- Los síntomas empeoran al aire libre y mejoran en lugares cerrados.
- La sintomatología nasal y ocular mejora rápidamente con la utilización de antihistamínicos.

1.3. Diferencias diagnósticas

1.3.1. Respecto al diagnóstico de la infección por SARCOV2 se lleva a cabo mediante (1,2):

- Detección del ácido nucleico en muestras biológicas (nariz, orofaringe, etc.).
- Aislamiento y cultivo del virus.
- Detección de anticuerpos.
- Detección de marcadores de inflamación.
- Detección de infecciones sobreañadidas (bacterianas, etc.).

1.3.2. En relación con el diagnóstico de la rinitis alérgica por sensibilización a pólenes se efectúa mediante:

- Pruebas cutáneas con batería de pólenes de gramíneas, árboles y malezas.
- Determinación de inmunoglobulina E específica frente a los citados pólenes.
- Pruebas de provocación nasal y/o conjuntival.

1.4. Diferencias diagnósticas radiológicas

1.4.1. En el caso de la infección por SARCOV2 es posible que se afecten los pulmones observándose en la radiografía de tórax o en la TAC torácica imágenes de condensación compatibles con la característica neumonía bilateral.

1.4.2. En el caso de la alergia a pólenes es excepcional que coincida con condensaciones parenquimatosas torácicas, siendo el diagnóstico por imagen del tórax habitualmente normal y sin hallazgos significativos.

1.5. Diferencias en el tratamiento

1.5.1. El tratamiento de la infección leve por SARCOV2 incluye antitérmicos. Cuando el cuadro es más grave incluye oxigenoterapia, corticoides (dexametasona), fármacos biológicos (rendesivir), antiinflamatorios (tocilizumab) e incluso ingreso en UVI y ventilación mecánica.

1.5.2. En la rinitis alérgica se lleva a cabo un tratamiento escalonado en función de la gravedad (leve, moderada o grave) y de si se trata de una rinitis intermitente o persis-

tente. Pueden utilizarse antihistamínicos orales, antihistamínicos tópicos nasales, corticoides inhalados nasales, antileucotrienos, en función del grado de gravedad. Como tratamiento etiológico disponemos de inmunoterapia específica tanto vía subcutánea como sublingual.

1.6. Diferencias en la prevención

1.6.1. En el caso de la rinitis por SARCOV2 es muy importantes cumplir con responsabilidad todas las medidas de prevención: lavado frecuente de manos, disminuir las relaciones interpersonales innecesarias, evitar el contacto con las personas que tengan síntomas de infección respiratoria (por leve que sea) y la utilización de mascarillas adecuadas.

1.7. Pacientes alérgicos y riesgo de contraer COVID19

- Finalmente es importante resaltar aspectos muy prácticos de la rutina diaria de los pacientes alérgicos en relación con la pandemia COVID19:
- Con los datos disponibles no parece que los pacientes alérgicos tengan un mayor riesgo de contraer infección por COVID19 (2).
- El sistema inmune de los pacientes alérgicos responde con normalidad ante una infección (1).
- En el caso de los niños alérgicos, estos tienen el mismo riesgo de contagiarse que los que no lo son. Asimismo, este tipo de pacientes tampoco presentan un mayor riesgo de padecer una manifestación más grave de la infección por coronavirus. Por este motivo, la población infantil con alergia no debe seguir protocolos distintos a los de los adultos con respecto a las medidas generales de la prevención del contagio (3,4,5).
- SARCOV2 puede afectar los pulmones y podría producir un aumento de la inflamación bronquial de los pacientes asmáticos, aumentando el riesgo de presentar una crisis de asma (2).
- Los pacientes con asma no deben suspender su medicación prescrita de control de corticosteroides inhalados u orales. Suspender los corticosteroides inhalados puede conllevar a un empeoramiento potencialmente peligroso del asma, y evitar los corticosteroides orales durante los ataques de asma graves puede tener graves consecuencias (6,7,8,9).
- Actualmente, el aerosol nasal con corticosteroides puede continuarse en la temporada de la rinitis alérgica en aquellos pacientes que los precisen (7).
- No se recomienda suspender el aerosol de corticoide nasal local dado que no se ha demostrado la supresión del sistema inmune. Además, los estornudos más intensos y frecuentes podrían favorecer una mayor propagación del COVID19 (7).

- Prescribir aerosol nasal local contra la anosmia debido a la infección por COVID19 no tiene sentido (7).
- Los pacientes alérgicos en tratamiento con inmunoterapia específica han de seguir las recomendaciones de sus médicos prescriptores, en principio pueden continuar con su tratamiento (10).
- La morbilidad y mortalidad de la infección por COVID19 en los pacientes asmáticos, tanto infantiles como adultos, no parece empeorar comparado con otros grupos de pacientes siempre y cuando estén correctamente diagnosticados y tratados (11,12,13).

2. PANDEMIA COVID19 E IMPACTO DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN ALERGOLOGÍA

La pandemia ha impactado directamente en la Alergología a muchos niveles: asistencia, docencia, investigación, gestión, formación continuada (Congresos, Reuniones, Cursos, ...) e incluso hasta en la visita médica.

Respecto a la asistencia se ha potenciado la telemedicina a través de la teleconsulta mediante teléfono (Whatsapp), correo electrónico o por ordenador (Skype, Teams).

La telemedicina es una herramienta que se utiliza desde hace décadas tanto en enfermedades infantiles como en adultos (14,15,16) y que con motivo de la pandemia ha visto incrementado su utilización (17).

La OMS define la telemedicina como “La prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por parte de todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención médica, todo en el interés de promover la salud de las personas y sus comunidades”.

La UE la define como “La prestación de servicios sanitarios, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en situaciones en las que el profesional sanitario y el paciente (o dos profesionales sanitarios) no se encuentran en el mismo lugar”.

El INSALUD como “El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como medio para la prestación de servicios sanitarios independientemente de la ubicación de quienes ofrecen el servicio, los pacientes que lo reciben y la información necesaria para la prestación de los servicios sanitarios”.

Algunas entidades de seguro libre han incluido entre las prestaciones a sus asegurados estos servicios de telemedicina.

La asistencia habitual presencial en los Servicios de Alergología se redujo drásticamente dado que la práctica totalidad de los profesionales tuvieron que comenzar a tratar pacientes COVID19. A los pacientes conocidos y diagnosticados se les atendió mediante teleconsulta. Por el contrario los pacientes “nuevos” sufrieron un retraso en los diagnósticos. Es evidente que las pruebas diagnósticas habituales no pueden realizarse mediante telemedicina.

Los pacientes con patología urgente (crisis de asma, urticaria-angioedema agudo, anafilaxia, etc) continuaron siendo atendidos de forma preferente. Del mismo modo los pacientes que precisaron desensibilización a fármacos recibieron ese tipo de intervención terapéutica.

Respecto al tratamiento específico con inmunoterapia, se mantuvo en los pacientes en tratamiento de mantenimiento y en los inicios se dio preferencia al tratamiento sublingual (SLIT) sobre el subcutáneo (SCIT).

En relación con la docencia en Alergología se han visto afectados todos los escalones del *continuum* formativo: Grado, postgrado, doctorado y e learning.

En el período del confinamiento más estricto se impartieron las clases y los seminarios grabados o se impartieron webinars. Rápidamente las universidades comenzaron a utilizar plataformas on line síncrona como Blackboard Collaborative Ultra.

Posteriormente se diseñaron los sistemas Hyflex para desarrollar sesiones interactivas con los estudiantes que están en el aula y con los que participan en directo desde casa. Así todos (estén donde estén) participan de forma presencial en la sesión de clase. Es la nueva “doble presencialidad” que permite estar en presencia física o estar en presencia digital interactiva.

Los congresos nacionales (SEAIC) e internacionales (EAACI, AAAAI o WAO) se transformaron de formato presencial a formato on line. Este año 2021 algunos congresos se llevarán a cabo de forma híbrida.

3. VACUNAS FRENTE SARS-COV-2: UPDATE DESDE EL PUNTO DE VISTA ALERGOLÓGICO

La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) en colaboración con diferentes sociedades integrantes de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME) ha editado un documento que indica el manejo de las personas con antecedentes de reacciones alérgicas que acuden a recibir dosis de vacunas mRNA frente a la COVID-19.

Los pacientes se clasifican en tres niveles: aquellos que pueden vacunarse, los que han de cumplirse algunas precauciones y finalmente aquellos que no pueden vacunarse (18).

- Los pacientes alérgicos que pueden vacunarse son aquellos que tienen:
 - Historia de alergias alimentarias, látex, venenos, alérgenos ambientales, etc.
 - Historia de alergias a medicamentos.
 - Alergia no grave a otras vacunas o medicamentos inyectables (por ejemplo, reacciones no anafilácticas).
 - Historia familiar de anafilaxia.

En estos casos los pacientes permanecerán bajo observación durante 30 minutos.

- Los pacientes alérgicos en los que han de tomarse algunas precauciones son aquellos con:
 - Historia de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a alimentos, látex, venenos, alérgenos ambientales, etc.
 - Historia de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a un medicamento.
 - Historia de reacción alérgica grave a una vacuna (distinta a vacunas mRNA autorizadas).
 - Historia de mastocitosis, síndrome de activación mastocitaria, anafilaxia idiopática.

En estos casos la actuación a seguir será evaluar el riesgo, valorar posponer la vacunación y observar durante un tiempo de 45 minutos si finalmente se decide vacunar.

- Finalmente hay un grupo de pacientes alérgicos en los que la vacuna está contraindicada:
 - Historia de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algún componente de la vacuna (por ejemplo polietilenglicol) o a la dosis previa.

En estos casos la vacuna está contraindicada.

Es muy relevante destacar, tal y como hace FACME, que se debe respetar siempre el intervalo mínimo entre dosis especificado en la ficha técnica de cada vacuna.

Si aparecen necesidades clínicas que lleven a modificar el intervalo entre dosis, es importante tener en cuenta que no debe adelantarse la segunda dosis de vacuna, siempre es mejor demorarla. Si la segunda dosis no puede administrarse el día previsto, la dosis debe administrarse después de ese día, lo antes que sea posible, sin necesidad de reiniciar la pauta vacunal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sokolowska M, Lukasik Z, Agache I, et al. Immunology of COVID-19: Mechanisms, clinical outcome, diagnostics, and perspectives-A report of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). *Allergy* 2020;75(10):2445-2476.
2. Riggioni C, Comberiati P, Giovannini M, et al. A compendium answering 150 questions on COVID-19 and SARS-CoV-2. *Allergy*.2020;75(10):2503-2541.
3. Brough HA, Kalayci O, Sediva A, et al. Managing childhood allergies and immunodeficiencies during respiratory virus epidemics - The 2020 COVID-19 pandemic: A statement from the EAACI-section on pediatrics. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(5):442-448.
4. Matricardi PM, Dal Negro RW, Nisini R. The first, holistic immunological model of COVID-19: Implications for prevention, diagnosis, and public health measures. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(5):454-470.
5. Castro-Rodriguez JA, Forno E. Asthma and COVID-19 in children: A systematic review and call for data. *Pediatr Pulmonol*. 2020; 55(9):2412-2418.
6. Bousquet J, Jutel M, Akdis CA, et al. ARIA-EAACI statement on asthma and COVID-19.. *Allergy*. 2020 Jun 26;10.1111/all.14471. doi: 10.1111/all.14471.
7. Bousquet J, Akdis C, Jutel M, et al. Intranasal corticosteroids in allergic rhinitis in COVID-19 infected patients: An ARIA-EAACI statement. *Allergy*. 2020 Mar 31. doi: 10.1111/all.14302. Online ahead of print. PMID: 32233040.
8. Lipworth B, Kuo CR, Lipworth S, Chan R. Inhaled Corticosteroids and COVID-19. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(6):899-900
9. Maes T, Bracke K, Brusselle GG. COVID-19, Asthma, and Inhaled Corticosteroids: Another Beneficial Effect of Inhaled Corticosteroids?. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(1):8-10.
10. Klimek L, Jutel M, Akdis C, Bousquet J, et al. Handling of allergen immunotherapy in the COVID-19 pandemic: An ARIA-EAACI statement. *Allergy*. 2020;75(7):1546-1554.
11. Cianferoni A, Votto M. COVID-19 and allergy: How to take care of allergic patients during a pandemic?. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31, Suppl 26:96-101.
12. Johnston SL. Asthma and COVID-19: Is asthma a risk factor for severe outcomes?. *Allergy*. 2020;75(7):1543-1545.
13. Matsumoto K, Saito H. Does asthma affect morbidity or severity of COVID-19? *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(1):55-57
14. Strehle EM, Shabde N. One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics? *Arch Dis Child* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 22];91(12):956-9. Available from: <http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2006.099622>.
15. World Health Organization Global Observatory for eHealth. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Observatory [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 20];2:96. Available from: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
16. Craig J, Petterson V. Introduction to the Practice of Telemedicine. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2005 [cited 2017 Jun 22];11(1):3-9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X0501100102>
17. Hauswirth DW, Kakumanu S, Mehta R, et al. Work Group Report: COVID-19: Unmasking Telemedicine. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(8):2461-2473.
18. <https://www.seaic.org/inicio/noticias-general/comunicadovacuna-covid-19-de-pfizer-en-alergicos.htm>

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:
Chivato Pérez T. Alergología y pandemia COVID19. *An RANM*. 2021;138(02): 132-136. DOI: 10.32440/ar.2021.138.02.rev03
