



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la tuberculosis en el Perú: ¿nos estamos olvidando de alguien?



Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis in Peru: Are we forgetting anyone?

Sr. Editor:

La pandemia por COVID-19 viene generando una grave crisis en la salud pública de Perú y cuenta recientemente con una mortalidad aproximada del 9,4%, 2.043.262 casos confirmados y 191.447 defunciones¹. Estos datos reflejan la precaria situación sanitaria del país debido a los limitados centros hospitalarios, el desabastecimiento de materiales esenciales para la atención sanitaria, la mala implementación de laboratorios especializados y la disponibilidad reducida de camas hospitalarias, ventiladores mecánicos y personal de salud especializado². A esto se suma la carga sanitaria de enfermedades infectocontagiosas y crónicas como la tuberculosis (TBC) y otras infecciones respiratorias que representan un 86,2 y un 86,6%, respectivamente, en años de vida perdidos por muerte prematura³.

La TBC y la COVID-19 son actualmente las 2 principales causas de muerte en el mundo entre las enfermedades infecciosas y la coinfección TBC/COVID-19 favorece la progresión y el agravamiento de ambas enfermedades debido a que estas enfermedades tienden a inducir una respuesta inflamatoria desequilibrada, lo que aumenta el doble de riesgo la mortalidad en estos pacientes (RR = 2,10; IC del 95%, 1,75-2,51; $p < 0,00001$)^{4,5}.

Previo a la pandemia, en el 2018 se notificaron 235.345 casos incidentes de TBC en América y el Perú fue catalogado como uno de los países de mayor incidencia (98,2 casos/100.000 habitantes), situándose en el segundo lugar luego de Brasil, con una elevada carga de infectados en todo el continente⁶. Lima Metropolitana y el Callao notifican el 64% de los casos de TBC, el 79% son multidrogorresistente (TB-MDR) y el 70% son extremadamente resistente (TB-XDR)⁷.

En el 2020, el programa mundial de la TBC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró una caída del 25-30% en las notificaciones de casos de infectados por parte de varios países con alta

carga de enfermedad, como India, Indonesia y Filipinas. Asimismo, en las Américas el diagnóstico de nuevos casos de TBC se redujo entre un 15 y 20% durante 2020 debido a la pandemia⁸. Esto impactaría negativamente en la mortalidad por TBC, ya que modelos de la OMS indican que, si se deja de identificar a los infectados en el 50% por un periodo de 3 meses, conduciría a que alrededor de 400.000 personas más sucumban ante esta enfermedad⁹.

Al inicio de la pandemia, la oferta de servicios en el primer nivel de atención, se limitó a urgencias, quedando restringida la promoción de la salud y la prevención de riesgo, así como la consulta externa para el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas¹⁰. Esto ha podido ocasionar el infradiagnóstico de casos de TBC en el 2020 (tabla 1). Anticipando que el número de casos de TB-MDR aumente en el 2021-2022 y afecte aún más los resultados del tratamiento¹¹.

La pandemia ha ocasionado que perdamos interés en enfermedades transmisibles y crónicas como la TBC, que asociado a factores socioeconómicos y un sistema sanitario golpeado por la pandemia, puedan sumarse como un problema de salud pública mayor del que representa. Con el fin de reducir la necesidad de visitas en las instalaciones de salud, el seguimiento del régimen terapéutico de estos pacientes debería garantizarse con la entrega oportuna e ininterrumpida de los medicamentos implementada con una vigilancia epidemiológica basada en tecnologías digitales. Asimismo, con la finalidad de mitigar el infradiagnóstico, se podría implementar un sistema de telemedicina basado en la promoción de la salud y la monitorización comunitaria, permitiendo llevar los servicios necesarios lo más cerca posible de las personas y comunidades afectadas por la TBC.

En el caso de pacientes que no puedan acceder a estas tecnologías digitales o a la evaluación presencial en los centros de salud, se podría implementar las unidades de TBC que permitan garantizar todas las medidas sanitarias necesarias para aumentar la confianza en la población y disminuir el riesgo de formas resistentes. Estas, entre otras medidas, lograrían intensificar el diagnóstico temprano, el acceso a los medicamentos y el control de la adherencia al tratamiento, evitando al mismo tiempo la propagación de la COVID-19.

Financiación

Autofinanciado.

Tabla 1

Avances y brechas de coberturas de TBC en el Perú durante 2017-febrero 2021

Indicadores	2017	2018	2019	2020	Meta 2020	2021 (hasta febrero)	Meta 2021
Porcentaje y número de casos de TBC diagnosticados	84,1% (31.120/37.000)	88,2% (32.642/37.000)	89,1% (32.970/37.000)	66% (24.296/37.000)	90% (33.300/37.000)	9,2% (3.417/37.000)	90% (33.300/37.000)
Porcentaje y número de abandono a tratamiento de TBC sensible	7,9% (2.128/27.014)	6,1% (1.763/28.811)	3,6% (1.034/29.077)	2,5% (534/21.605)	≤ 5%	0% (0/3.272)	≤ 5%
Porcentaje y número de abandono a tratamiento de TBC resistente	17,1% (521/3.048)	14,1% (456/3.236)	6,9% (237/3.422)	5,7% (151/2.639)	≤ 10%	0% (0/263)	≤ 10%

Fuente: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB), Ministerio de Salud, Perú.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Geo-Hub, COVID-19-Information System for the Region of the Americas. OPS/OMS, 2021 [consultado 27 Jun 2021]. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/pages/paho-peru-covid-19-response>.
- Maguiña Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Med Per.* 2020;37:8–10. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.37.1.929>.
- Suarez Ognio L, Miranda Monzon J. Carga de Enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables 2016. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. 2018 [consultado el 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2016.pdf>.
- Mousquer GT, Peres A, Fiegenbaum M. Pathology of TB/COVID-19 co-infection: The phantom menace. *Tuberculosis (Edinb).* 2021;126:102020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tube.2020.102020>.
- Sarkar S, Khanna P, Singh AK. Impact of COVID-19 in patients with concurrent co-infections: A systematic review and meta-analyses. *J Med Virol.* 2021;93:2385–95. <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26740>.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis en las Américas. Informe regional del 2019. Washington D.C, OPS. 2020 [consultado 10 Jun 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y.
- Ministerio de Salud. RM N.º 247-2018/MINSA: Documento técnico: Plan de Intervención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. 2018. [consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187917/187412.R.M.247-2018-MINSA.PDF20180823-24725-behrrf.PDF>.
- Organización Panamericana de la Salud. El diagnóstico de nuevos casos de tuberculosis se redujo entre un 15 y 20% durante 2020 en las Américas debido a la pandemia, 2021 [consultado 9 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2021-diagnostico-nuevos-casos-tuberculosis-se-redujo-entre-15-20-durante-2020>; 2021.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Global tuberculosis report 2020: Executive summary. 2020 [consultado 15 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
- Ministerio de Salud. RM N.º 95-2020/MINSA: Documento técnico: Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19. 2020. [consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM.095-2020-MINSA.PDF>.
- Tiberi S, Vjecha MJ, Zumla A, Galvin J, Migliori GB, Zumla A. Accelerating development of new shorter TB treatment regimens in anticipation of a resurgence of Multi-drug Resistant TB due to the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis.* 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.067>. S1201-9712(21):00153-3.

Jhanella Cardenas-Escalante^{a,*}, Jhacmilson Fernandez-Saucedo^a y Wildor Samir Cubas^b

^a Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú

^b Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jhacaes@gmail.com (J. Cardenas-Escalante).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.07.014>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Síndrome de Ramsay Hunt tras vacunación con m-RNA SARS-COV-2



Ramsay Hunt syndrome following mRNA SARS-COV-2 vaccine

Sr. Editor:

El síndrome de Ramsay Hunt se presenta de forma característica con una erupción vesicular en la concha y el conducto auditivo externo asociado a una parálisis facial periférica. Este cuadro se produce por la reactivación del virus de la varicela-zóster latente en el interior del ganglio geniculado, en relación con factores que influyen en la inmunosupresión, incluida la inmunosenescencia.

Recientemente hemos evaluado una paciente en nuestro centro que tras la vacunación frente a la COVID-19 presentó un cuadro compatible con el síndrome de Ramsay Hunt. Hasta la fecha en que se escribe esta carta, no nos consta que hayan sido publicados casos similares, aunque sí de reactivaciones de herpes zóster en otras localizaciones¹⁻³ y de parálisis faciales de Bell^{4,5}, por lo que queremos alertar de dicha posibilidad. Nuestra paciente es una mujer de 78 años, que como antecedentes presentaba una poliomielitis en la infancia con secuelas en extremidades inferiores e hipertensión arterial sin ningún tratamiento habitual, que a los 3 días de haber recibido la vacuna BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) comenzó con clínica de inestabilidad, malestar general, náuseas y fuerte dolor en el conducto auditivo externo y hemicraneal derecho. Acudió a Urgencias y tras realizar una batería de pruebas en las que se incluía analítica, PCR para SARS-COV-2 y TC cerebral fue diagnosticada en un primer momento de cuadro pseudogripal en el contexto de la vacunación. Sin embargo, 2 días más tarde acudió de nuevo a Urgencias por empeoramiento de la clínica y disminución de la motilidad hemifacial derecha. En la exploración se objetivaban vesículas y lesiones costrosas en la concha auricular derecha y una parálisis facial periférica ipsilateral, grado IV, según la escala

de House-Brackmann, un nistagmo horizonte-rotatorio izquierdo e inestabilidad en la marcha con caída hacia el lado derecho. En la audiometría se observaba una hipoacusia neurosensorial bilateral más acentuada en el oído derecho (los hallazgos del oído izquierdo eran compatibles con presbiacusia). En un estudio mediante Video Head Impulse Test (V-HIT) se demostró una hipofunción vestibular del oído derecho (ganancias de 0,43). Dos semanas después la paciente sigue presentando inestabilidad, hipoacusia neurosensorial, sobre todo derecha, y una muy leve mejoría de la parálisis facial.

La reactivación del virus de la varicela-zóster así como la parálisis facial idiopática han sido descritas con frecuencia en relación con la vacunación de múltiples virus, como influenza o hepatitis B, por lo que no es especialmente sorprendente que se hayan publicado casos recientes de ambas patologías en relación con la vacunación frente a SARS-COV-2, como ya mencionamos anteriormente. Con respecto a la parálisis facial periférica, incluso, hay evidencia de casos en la fase III del ensayo clínico con dichas vacunas⁴. También en ese artículo se describió que 844 (0,6%) de 133.883 casos de reacciones adversas a las vacunas de mRNA COVID-19 recibidas por *World Health Organization pharmacovigilance database* a principios de marzo (considerando más de 320 millones de vacunados) fueron eventos relacionados con parálisis facial (749 casos fueron con vacuna Pfizer-BioNTech y 95, con la de Moderna). Por otro lado, también cabe considerar que se encontraron casos de parálisis facial en el 0,5% de los 1.265.182 notificados como reacciones adversas a medicamentos con otras vacunas víricas y el 0,7% de los 314.980 casos notificados con vacunas antigripales^{6,7}. Así pues, los estudios fármaco-epidemiológicos no han podido demostrar un mayor riesgo de parálisis facial tras la administración de estas vacunas y los datos tras vacunación con mRNA COVID-19 parecen ir en la misma línea.

No nos consta que otros casos de síndrome de Ramsay Hunt hayan sido descritos tras la vacunación frente a la COVID-19 y tam-