

7. Zimmermann AE, Pizzoferrato T, Bedford J, Morris A, Hoffman R, Braden G. Tenofovir-associated acute and chronic kidney disease: A case of multiple drug interactions. *Clin Infect Dis.* 2006;42:283–90.

8. Lanzafame M, Lattuada E, Rapagna F, Gottardi M, Vento S. Tenofovir-associated kidney diseases and interactions between tenofovir and other antiretrovirals. *Clin Infect Dis.* 2006;42:1656–7.

9. Sánchez Hellín V, Gutiérrez Rodero F. Toxicogenetics of antiretroviral treatment (II): Neurotoxicity, hepatotoxicity, lactic acidosis, kidney damage, and other adverse effects of antiretroviral drugs. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:24–33.

10. Barrios A, García-Benayas T, González-Lahoz J, Soriano V. Tenofovir-related nephrotoxicity in HIV-infected patients. *AIDS.* 2004;18:960–3.

Aleix Elizalde^{a,*}, Oscar Len^a, Manuel Perelló^b y Esteve Ribera^a

^a *Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*
^b *Servicio de Nefrología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ealeix@gmail.com (A. Elizalde).

doi:10.1016/j.eimc.2009.12.008

Relación en España entre las publicaciones sobre zoonosis bacterianas no gastrointestinales y la incidencia de las enfermedades

Relationship between publications on non-gastrointestinal bacterial zoonoses and the incidence of the diseases in Spain

Sr. Editor:

Las zoonosis bacterianas no gastrointestinales (ZBNG) siguen siendo una causa de morbilidad en España y algunas son objeto de

los sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE)¹. La brucelosis, la peste, la fiebre exantemática mediterránea, la tularemia, la fiebre recurrente por garrapatas y el carbunco son enfermedades de declaración obligatoria². El Sistema de Información Microbiológica (SIM), por su parte, publica los casos de listeriosis, fiebre Q, borreliosis de Lyme, leptospirosis e infecciones por *Rickettsia* declarados por los laboratorios de microbiología³. Por otro lado, la bibliometría es útil para identificar áreas de investigación deficitarias y evaluar si la actividad investigadora se adecua a los problemas de salud de la población^{4–6}. Los SVE ofrecen medidas de la incidencia de las enfermedades que pueden

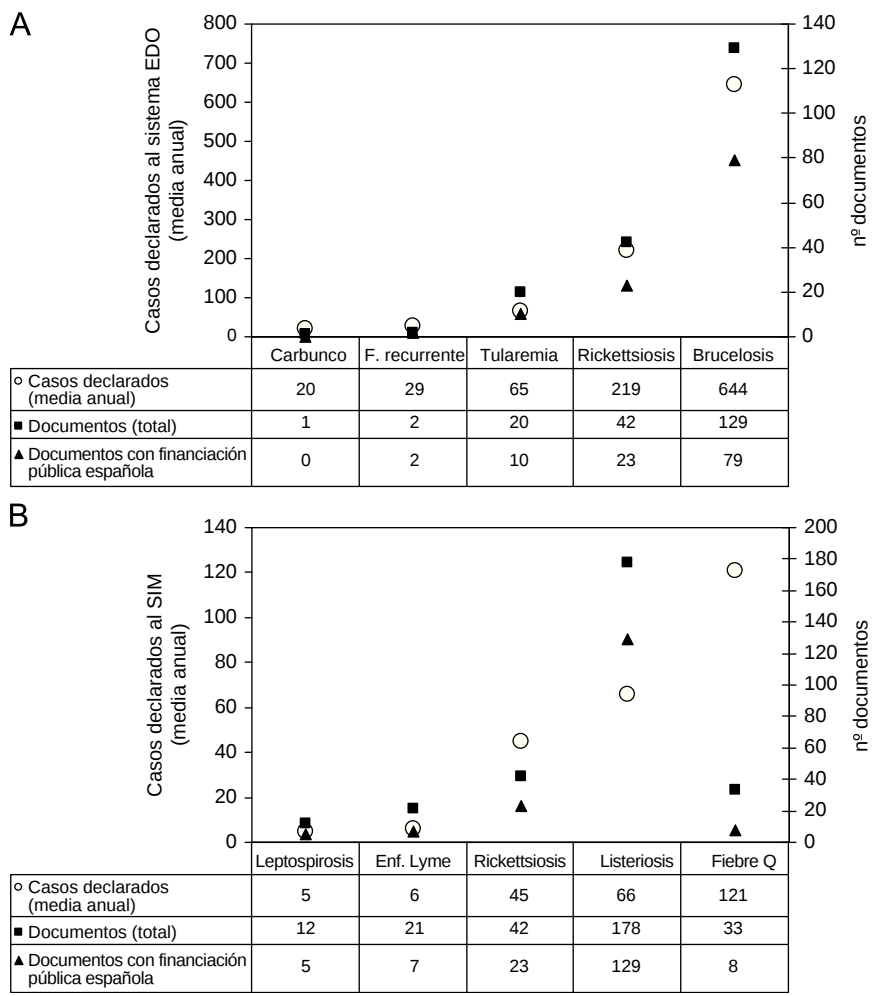


Figura 1. Relación entre el número de documentos publicados entre 2000–2008 y el número de casos declarados a los sistemas de vigilancia epidemiológica entre 2000–2007. A) zoonosis declaradas al sistema EDO (la categoría «Rickettsiosis» recoge los casos declarados de fiebre exantemática mediterránea); B) zoonosis declaradas al SIM. No se muestran los datos sobre peste (un documento y ningún caso declarado).

compararse con la cantidad de producción científica sobre cada zoonosis. En este trabajo examinamos la relación entre la incidencia de las ZBNG en España y el número de trabajos publicados por centros españoles sobre estas enfermedades, con especial referencia a los trabajos realizados con financiación pública. Nuestros objetivos fueron conocer si, en España, a) la cantidad de publicaciones sobre las distintas ZBNG es proporcional a sus incidencias y b) si hay alguna ZBNG con incidencia elevada pero poco estudiada.

Se buscaron en MEDLINE los trabajos realizados en España y publicados entre 2000-2008 que trataran sobre alguna de las ZBNG incluidas en el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) o en el SIM. Para cada enfermedad se realizó una búsqueda combinando las palabras clave con el filtro geográfico de Valderas JM et al⁷ mediante el operador «AND». Las palabras clave usadas en las búsquedas fueron: brucelosis, «brucel*»; peste, «plague OR yersinia pestis»; tularemia, «tularemia* OR francisella»; fiebre recurrente por garrapatas, «borreli* OR relapsing fever»; carbunco, «bacillus anthracis OR anthrax»; listeriosis, «listeri*»; fiebre Q, «coxiella OR q fever»; infecciones zoonóticas por *Rickettsia*, «rickettsi* OR boutonneuse fever OR typhus OR spotted fever OR tibia OR debone»; borreliosis de Lyme, «borreli* OR lyme»; leptospirosis, «leptospir*». Se revisaron las referencias obtenidas y se incluyeron en el estudio los trabajos que cumplieron los siguientes requisitos: a) la institución del primer autor era un centro de trabajo español, b) la zoonosis o su agente era un objeto de la investigación y c) el trabajo presentaba resultados originales. Se excluyeron las referencias a actas de congresos, los trabajos sobre infecciones importadas y los que describían un único caso clínico. De cada documento, se registró si se reconocía la financiación por una institución pública para la ejecución del trabajo. Se recogió el número de casos de cada zoonosis declarados al sistema EDO o al SIM entre 2000-2007.

Se incluyeron en el estudio 468 documentos, de los que 301 (64%) reconocían la financiación pública. Recibieron financiación de una institución pública española 289 (62%) trabajos, y 62 (13%), de una institución internacional o extranjera. En la figura 1 se compara, para cada zoonosis, el número de documentos con el de casos declarados a los SVE. La figura 1 muestra una tendencia a que las enfermedades con mayor número de casos declarados fueran objeto de más estudios, tanto si se considera el número total de documentos como si se cuentan solo los trabajos con financiación pública española (fig. 1). La fiebre Q fue la excepción, ya que fue objeto de pocos trabajos a pesar de ser la zoonosis con más casos declarados al SIM. Esta desproporción se mantiene, o es incluso más evidente, si se comparan los documentos con financiación pública española (fig. 1B). Los SVE adolecen de cierto

grado de infradeclaración. La validez de nuestros resultados podría verse afectada si la infradeclaración de casos, dentro de cada SVE, se produjera más con unas zoonosis que con otras. La declaración al SIM, que es voluntaria y no cubre toda la población, solo refleja las incidencias de las enfermedades en las zonas donde se ubican los laboratorios declarantes. Sin embargo, no disponemos para el conjunto de España de otros datos que permitan comparar las incidencias de la fiebre Q, la listeriosis, la borreliosis de Lyme y la leptospirosis. Considerando la magnitud de la incidencia de la fiebre Q que refleja el SIM, se concluye que es escaso el esfuerzo investigador español, y en particular aquél con financiación pública, que se dedica a esta enfermedad. Estos resultados sugieren que la fiebre Q merece más atención de la comunidad investigadora española.

Bibliografía

1. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2007. Bol Epidemiol Semanal. 2008;16:85-90.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
3. Instituto de Salud Carlos III. Sistema de Información Microbiológica. Disponible en: <http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/informacionMicrobiologica.jsp>.
4. Durando P, Sticchi L, Sasso L, Gasparini R. Public health research literature on infectious diseases: coverage and gaps in Europe. Eur J Pub Health. 2007; 17(Supl 1):19-23.
5. Perel P, Miranda JJ, Ortiz Z, Casas JP. Relation between the global burden of disease and randomized clinical trials conducted in Latin America published in the five leading medical journals. PLoS ONE. 2008;3:e1696.
6. Isaakidis P, Swingler GH, Peinaar E, Volmink J, Ioannidis JPA. Relation between burden of disease and randomised evidence in sub-saharian Africa: survey of research. BMJ. 2002;324:1-5.
7. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, Losada-Yáñez M, Alonso J. Development of a geographic filter for PubMed to identify studies performed in Spain. Rev Esp Cardiol. 2006;59:1244-51.

Joaquín Bartolomé-Álvarez^{a,b,*}, Lorena Robles-Fonseca^a, María Rosario Vicente-Romero^a y María Dolores Crespo-Sánchez^{a,b}

^a Laboratorio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jbartolome@sescam.jccm.es
(J. Bartolomé-Álvarez).

doi:10.1016/j.eimc.2010.03.011

Encefalopatía aguda y síndrome mononucleósico tras instauración de quimioprofilaxis antituberculosa

Acute encephalopathy and mononucleosis syndrome associated with tuberculosis chemoprophylaxis

Sr. Editor:

El resurgimiento de la tuberculosis ha hecho de la decisión de iniciar tratamiento farmacológico de sus formas latentes una situación frecuente no siempre clara a pesar de la existencia de Guías¹. Factor importante en la decisión es la potencial toxicidad

de los fármacos antituberculosos, una de cuyas formas más conocidas es la hepatitis aguda². Sin embargo, existen reacciones más infrecuentes pero que conviene recordar por su potencial gravedad, tal y como ilustra el presente caso.

Mujer de 27 años de edad fumadora que negaba la toma de otros tóxicos o antecedentes médicos de interés salvo control en los últimos 3 meses por psiquiatra de zona por cuadro ansioso-depresivo coincidente con el diagnóstico de una tuberculosis renal a su madre, motivo por el que había seguido tratamiento quimioproláctico primero con isoniazida y posteriormente con rifampicina ante la positividad de un segundo test de Mantoux en el estudio de contactos de TBC. Había consultado en 3 ocasiones en