



### **Informe sobre o Estudo da Enfermidade de Lyme en Galicia**

En xullo de 2006 deu comezo o estudo sobre a incidencia de enfermidade de Lyme en Galicia (limitada ao eritema migratorio), que tiña por obxectivo confirmar que os casos que se detectaban eran autóctonos, e avaliar a suficiencia do método empregado (a enquisa) para coñecer o probable lugar de exposición e, con el, poder definir áreas de risco.

Para realizar o estudo decidiuse levar a cabo unha vixilancia activa, para o cal, ademais da notificación urxente dos casos compatibles co eritema migratorio por parte dos médicos seleccionados, dende a sección de vixilancia epidemiolóxica das delegacións provinciais chamábase a todos os centros cada dúas semanas.

Ademais, tomouse a decisión de seleccionar unha serie de concellos, aqueles nos que aparecían casos que precisaron ingreso hospitalario e, polo tanto, aparecían nos datos do conxunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias (CMBD), e concellos sen casos pero que amosaban características físicas semellantes aos anteriores.

En total seleccionáronse 32 concellos (os que teñen cor no mapa) e aos médicos de atención primaria que traballaban neles se lles pediu a súa colaboración. Aceptaron participar 110 médicos (91 de familia e 19 pediatras), e só 1 rexeitou facelo. Ademais, na provincia da Coruña participaron 5 médicos vinculados ao PAC de Ortigueira e 2 dun concello non seleccionado pero que fan gardas no PAC. Durante o ano 2007, como consecuencia da oferta pública de emprego, foi necesario contactar con novos médicos destes concellos, debido aos cambios de postos de traballo que aconteceron, pero non provocou problemas coa participación.

Polo demais, o estudo contemplou dous períodos de vixilancia, un primeiro que se estendeu do 26 de xullo ata o 30 de outubro de 2006, e outro que se desenvolveu entre o 30 de marzo e o 30 de outubro de 2007. De seguido dáse conta dos resultados globais dos dous períodos.

### **Resultados**

O número total de casos notificados no período de estudo foi de 19. Ademais, notificáronse 11 picaduras de carracha, 6 en concellos de Lugo, 2 delas en persoas que estaban a facer o camiño de Santiago, 2 nun concello de Ourense e 2 en concellos da Coruña, pero ningunha destas picaduras desenvolveu eritema.

Os casos preséntanse, fundamentalmente, en concellos da provincia de Lugo e o concello que amosou máis casos durante todo o período de estudo foi o de Oulol, 5 casos, o que representa unha taxa de 3'8 casos por mil habitantes. No mapa móstranse os concellos seleccionados e nos que se notificaron casos, e as taxas por concello na táboa do anexo.

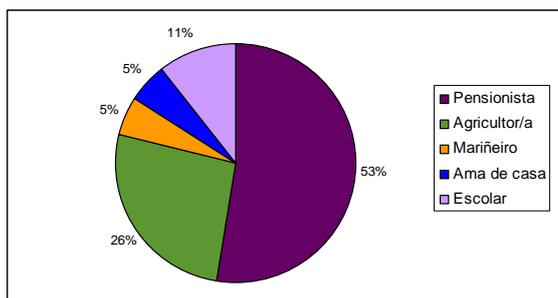
Respecto ás características demográficas dos casos, hai que sinalar que a idade media dos casos é elevada, 58, cun desvío estándar de 20'8 anos e rango de 4 a 78 anos. Notificáronse 2 casos na idade pediátrica, aínda que ambos nin residían nin se



expuxeron nun concello seleccionado para a vixilancia. A relación home/muller é de 1'1.

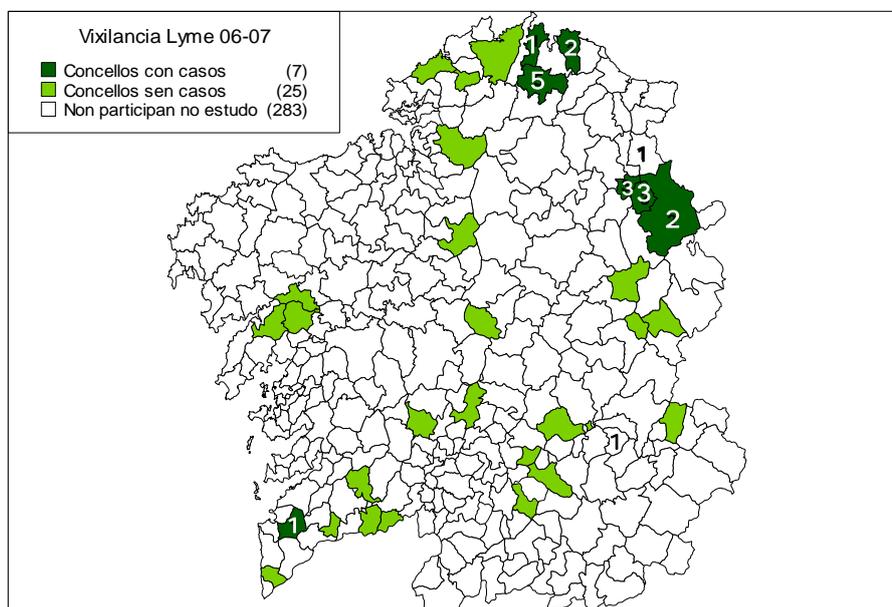
Respecto á actividade laboral que desenvolvían os casos, a maioría tiña unha actividade relacionada co campo, ben por estaren en activo ou seren xubilados da actividade agraria, tal como se observa no gráfico 1, aínda que as catro persoas que non teñen esta actividade, tamén teñen relación co campo, ben por vivir ou ben por ir de vacacións ao medio rural.

Gráfico 1: Actividade laboral dos casos en porcentaxes



O 63'2% dos casos recordaban ter antecedentes de picadura de carracha e en todos eles a exposición aconteceu no seu concello de residencia, xa que aqueles que non recordaban a picadura da carracha tampouco viaxaran, nos 30 días previos ao inicio de síntomas, a montes ou zonas de campo doutros concellos de Galicia, agás 1 caso, o neno, que estaba de vacacións nun concello no que non residía, nin estaba incluído no piloto, pero si un concello onde consultaba a pediatra que o notificou.

Ademais, só tres persoas realizaron unha actividade lúdica en relación coa natureza, e coincide coas tres persoas que non teñen a actividade agraria como súa actividade principal. Por outra banda, ningún dos casos tiña antecedentes de viaxes fóra de Galicia nos 30 días previos ao inicio de síntomas, razón pola cal todos os casos cualificáronse como autóctonos.





### Comentarios

1. O estudo piloto deu conta dos seus obxectivos: 1) confirmar con garantía que os casos de enfermidade de Lyme son autóctonos, e 2) que se poden identificar áreas de risco coa enquisa actual.

2. O pequeno número de casos identificados indica que o nivel de endemia, nos concellos seleccionados para a vixilancia, é baixo<sup>1</sup> e semella predominar nos concellos da provincia de Lugo. Ora ben, destacan os concellos da Ribeira de Piquín e Oourol cunhas taxas por 1000 habitantes de 3'9 e 3'8, respectivamente. Non obstante, hai que sinalar que as taxas obtidas nos concellos onde se notificaron casos son superiores á taxa achada por un estudo sobre a incidencia desta enfermidade no Noroeste Galego realizado polo servizo de microbioloxía do Hospital Juan Canalejo da Coruña, que obtivo unha taxa de 0'0032 por 1000 habitantes.

3. Estas diferenzas nas taxas poderían explicarse pola intensa zonificación que caracteriza á enfermidade: dentro dun mesmo territorio a incidencia da enfermidade varía dende moi baixa a moi alta. Isto pode explicarse polo diferente grao de parasitación das carrachas por *Borrelia*, presenza de reservatarios e hóspedes intermedios, condicións do medio, etc.

4. As razóns desta baixa endemia detectada poden deberse ben a unha baixa poboación das carrachas vectores, xénero *Ixodes*; ben a unha baixa infestación das carrachas por *Borrelia* ou ben por unha baixa exposición ás carrachas. Para comprobar ás dúas primeiras hipóteses, sería preciso realizar un estudo sobre as carrachas, tanto de especies predominantes como de infestación.

5. A pesares da baixa endemia detectada, nos concellos nos que se realizou a vixilancia - seleccionados ben polos datos do CMBD que facían supoñer que ao existir neles casos das formas máis graves da enfermidade consecuentemente deberían coexistir coa forma menos grave e máis frecuente dela, ou ben por ter características xeográficas semellantes a eles- para coñecer tanto a incidencia en Galicia como para definir ou detectar outras zonas de risco, sería preciso avaliar a necesidade de introducir o eritema migratorio por borreliosis de Lyme como unha enfermidade de declaración obrigatoria (EDO). O feito de introducila como unha EDO permitirá, ademais de aproximarnos á incidencia da enfermidade en Galicia, coñecer os casos que se dean en persoas que desenvolven actividades lúdicas ou semellantes nos municipios rurais, pero que non residen neles, xa que os concellos incluídos no estudo son todos rurais e, polo tanto, a actividade habitual das persoas que alí residen ten unha relación moi forte coa agro-gandeiría.

6. No caso de xeneralizar a toda Galicia a vixilancia e incluír a todos os centros de saúde, a vixilancia activa, con chamadas quincenais, sería inviable, dado o elevado número de centros. Ademais, semella que para cumprir cos obxectivos da vixilancia sería suficiente coa vixilancia pasiva do Sistema Xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades para a notificación de casos.

7. Aínda que só se faga unha vixilancia pasiva da enfermidade sería preciso que a todos os casos notificados se lles pasase a enquisa utilizada no estudo piloto, xa que, como se dixo ao principio, parece unha ferramenta máis que suficiente tanto para cualificar os casos como autóctonos ou importados como para determinar posibles zonas de risco, o que permitirá subministrar información sobre a prevención a aqueles concellos que sexa preciso e non de xeito xeral.

---

<sup>1</sup> A prevalencia en diferentes estudos na Rioxa, Soria, Asturias e Valladolid varía do 2,9% ao 31,3%.



### Anexo: Casos e taxas de eritema migratorio nos concellos seleccionados para o estudo

Provincia	Concello	Casos	Taxas por 1000 habitantes
A Coruña	Rois		0,0
	Brión		0,0
	Sobrado		0,0
	Monfero		0,0
	Lousame		0,0
	Moeche		0,0
	Ortigueira		0,0
	Valdoviño		0,0
Lugo	<b>A Fonsagrada</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>
	<b>Ribeira de Piquín</b>	<b>3</b>	<b>3,9</b>
	<b>Meira</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>
	<b>Xove</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
	<b>O Vicedo</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
	<b>Ouro</b>	<b>5</b>	<b>3,8</b>
	Baralla		0,0
	Triacastela		0,0
	Antas de Ulla		0,0
	As Nogais		0,0
	Sober		0,0
	<b>A Pontenova*</b>	<b>1</b>	<b>--</b>
Ourense	Vilamartín de Valdeorras		0,0
	Xunqueira de Ambía		0,0
	Baños de Molgas		0,0
	Maceda		0,0
	Esgos		0,0
	San Cristovo de Cea		0,0
	Boborás		0,0
	<b>Poboa de Trives*</b>	<b>1</b>	<b>--</b>
Pontevedra	<b>Gondomar</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>
	Salceda		0,0
	Arbo		0,0
	Mondariz		0,0
	As Neves		0,0
	O Rosal		0,0

\* Concellos sen vixilancia, pero os casos foron notificados por pediatras que consultan en concellos que si estaban incluídos (pediatras con consulta en máis dun concello). Non se calculan a taxas por non estar incluídos no estudo e, polo tanto, os casos en adultos os descoñecemos.