

QFS / Síndrome de fatiga post fiebre Q

Más frecuente de lo esperado

Tras la fase aguda de la fiebre Q, los síntomas clínicos pueden persistir en hasta el 40 % de los casos. Asimismo, los pacientes pueden presentar un deterioro de la calidad de vida que se prolonga entre 12 y 24 meses.

Síntomas más frecuentes:

- Fatiga
- Restricciones significativas en la realización de actividades cotidianas
- Falta de concentración
- Dolores musculares
- Sudoración nocturna
- Además, el nivel previo de rendimiento laboral no se recupera ni siquiera después de un año.

Desde el punto de vista terapéutico, este conjunto de síntomas representa un desafío, ya que la enfermedad no responde a la administración de antibióticos. Por ello, se recomiendan enfoques psicosomáticos y conductuales para su tratamiento.

Relevancia clínica

Después de una infección aguda de fiebre Q, existe un riesgo significativo de deterioro de la calidad de vida y del rendimiento a mediano y largo plazo.

Diagnóstique la fiebre Q en una etapa temprana y trátela para prevenir efectos a largo plazo.

Información Adicional Q-GAPS

Programa Alemán Interdisciplinario de Investigación sobre la fiebre

Coordinadora: Prof. Dra. Anja Lührmann,
Anja.Luehrmann@uk-erlangen.de

Página Web: www.qfever.info
Correo electrónico: info@q-gaps.de



Contacto para infecciones por fiebre Q

Por favor, póngase en contacto con la autoridad veterinaria nacional o local, o con el laboratorio de referencia correspondiente.

Emitido por: Instituto de Microbiología de la Bundeswehr, Múnich

Traducción: Dra. Laura Chaverri Esquivel y
Dra. Gaby Dolz, Universidad Nacional,
Heredia, Costa Rica

Fecha: Octubre de 2025

Este folleto fue financiado por el Ministerio Federal de Educación e Investigación (proyecto número 01KI1726A-G), como parte de la Red Nacional de Investigación en Enfermedades Infecciosas Zoonóticas

Fiebre Q

Más que una gripe



Información sobre fiebre Q en Humanos



SPONSORED BY THE



Federal Ministry
of Education
and Research

¿Qué es la fiebre Q?

La fiebre Q es una enfermedad zoonótica endémica con distribución mundial, causada por la bacteria *Coxiella (C.) burnetii*. La transmisión en humanos ocurre principalmente por vía aerógena, al inhalar material infeccioso liberado por animales - como ovejas, cabras o bovinos - y, en menor medida, por el consumo de alimentos contaminados, como leche o productos lácteos no pasteurizados. La fiebre Q puede confundirse fácilmente con la gripe, debido a la inespecificidad de sus síntomas.

¿Qué es Q-GAPS?

Q-GAPS (Programa Alemán Interdisciplinario de Investigación sobre la fiebre Q) es un consorcio único que reúne a médicos, veterinarios y biólogos con una destacada experiencia y conocimientos sobre *Coxiella burnetii*, el agente causal de la fiebre Q. El programa aplicará el enfoque "Una Salud" para abordar esta enfermedad.

Objetivo: Q-GAPS se ha comprometido a investigar preguntas aún no resueltas relacionadas con la epidemiología, inmunología, patogénesis, vigilancia y control de *Coxiella burnetii*, y a proporcionar una red de conocimiento que abarque todos los aspectos de la infección por *C. burnetii*.

Con este folleto, Q-GAPS desea establecer un punto de referencia general para los médicos.

Diagnóstico de Fiebre Q

La detección serológica de anticuerpos específicos contra ambas variantes de fase de *Coxiella burnetii*, mediante prueba de inmunofluorescencia (IFT) o ELISA, constituye el estándar de oro en humanos. La infección aguda puede diferenciarse de la crónica por la presencia de títulos elevados de anticuerpos IgG e IgM frente a las fases I y II. No obstante, los resultados reactivos obtenidos por ELISA deben confirmarse preferentemente mediante IFT. En fases iniciales de la infección aguda, aún no suele existir una respuesta serológica detectable. Por ello, se recomienda realizar una prueba PCR para identificar el ADN específico de *Coxiella burnetii*. Posteriormente, se debe confirmar el diagnóstico mediante una segunda prueba serológica.

Fiebre Q Aguda

Clínica en Humanos

Tras un período de incubación de 1 a 3 semanas, aproximadamente el 40 % de las personas infectadas desarrolla síntomas clínicos, mientras que en el resto la infección es asintomática. Estos síntomas pueden ser similares a los de una gripe e incluyen cefalea retroorbitaria intensa, fiebre, fatiga, dolores en las extremidades y escalofríos.

Las manifestaciones en órganos, como la neumonía atípica o la hepatitis granulomatosa, se presentan en aproximadamente el 10 % de los casos. En raras ocasiones, la infección puede provocar miocarditis, pericarditis o meningoencefalitis.

Una infección aguda o una fiebre Q crónica pueden aumentar el riesgo de muerte fetal - especialmente cuando la infección inicial ocurre durante el primer trimestre del embarazo -, así como de parto prematuro, bajo peso al nacer is o placentalitis. Hasta el momento, no se ha documentado la transmisión del patógeno al feto con efectos a largo plazo para el niño.

Tratamiento

Medicamento de primera línea: doxiciclina (dosis: 2 x 100 mg/día, durante 14 días). En caso de embarazo: Cotrimoxazol (dosis: 800 mg/160 mg, 2 veces al día). Antibióticos alternativos: macrólidos (azitromicina, claritromicina) o fluoroquinolonas.

Se recomienda realizar un seguimiento serológico a los pacientes con fiebre Q aguda durante el año posterior a la infección, con el fin de descartar su cronificación.

Se debe excluir la infección por *C. burnetii* en todos los casos de endocarditis con cultivos negativos, cambios aórticos/ilíacos y antes de cirugías cardíacas.

Fiebre Q Crónica

Se diagnostica con poca frecuencia y demasiado tarde

Una infección aguda por *C. burnetii* deriva en fiebre Q crónica en el 1 % de los casos (después de más de 6 meses de infección persistente) y se manifiesta clínicamente con frecuencia como endocarditis. Menos frecuentemente se presenta como hepatitis granulomatosa u osteomielitis. Estos trastornos y síntomas suelen aparecer muchos años después de un intervalo sin síntomas. La enfermedad crónica requiere terapia prolongada (varios años), y la mortalidad está asociada a una alta tasa de complicaciones, de hasta un 40 % si no se trata.

Grupos de riesgo

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares preexistentes o inmunosupresión grave presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar la infección crónica por *C. burnetti*.

Así, según un estudio realizado en los Países Bajos, los casos con alteraciones aórticas/ilíacas y otros cambios en el endotelio vascular, combinados con fiebre Q aguda, presentan un riesgo del 30 % de desarrollar fiebre Q crónica.

Recomendaciones

Tras un episodio agudo de fiebre Q, una profilaxis antibiótica de 12 meses con doxiciclina, en combinación con hidroxicloroquina, puede prevenir la cronificación en los grupos de riesgo mencionados anteriormente.

Se recomienda el seguimiento regular (al menos anual) en pacientes de grupos de riesgo con niveles elevados de anticuerpos IgG específicos de fase I.

Cuando ya se ha producido una cronificación (fiebre Q crónica), se realiza una terapia combinada de al menos 18-24 meses con, por ejemplo, doxiciclina e hidroxicloroquina.

En caso de fiebre Q crónica, también se requieren seguimientos periódicos.

CONSEJO:

Más información sobre la Fiebre Q:
www.qfever.info o info@q-gaps.de