



I-173 - EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIEBRE Q EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

C. Macía Rodríguez¹, V. Alende Castro¹, X. García Fernández¹, A. García Villafranca¹, E. Páez Guillan¹, S. Rodríguez Fernández², I. Novo Veleiro¹, A. González Quintela¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

²Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira (A Coruña).

Resumen

Objetivos: Analizar y describir los casos de fiebre Q diagnosticados en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela con la finalidad de conocer e identificar mejor la forma de presentación y características clínicas de esta enfermedad en nuestra área.

Material y métodos: Se recogieron los pacientes con determinación serológica de *Coxiella burnetii* entre el 1/1/2011 y el 31/12/2015. Se identificaron: resultados negativos, serologías positivas no relacionadas con la infección actual y casos confirmados. Se consideraron casos confirmados todos aquellos paciente que presentasen anticuerpos específicos de fase II de *Coxiella burnetii* mayores a 1/128 asociados a clínica compatible con fiebre Q y sin otra causa que justificase la clínica del paciente. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, terapéuticas y de evolución.

Resultados: Se incluyeron 155 serologías positivas: 116 serologías positivas no relacionadas con infección actual (74,8%) y 39 pacientes diagnosticados de fiebre Q (25,1%). De estos últimos 27 (67,5%) fueron varones, con una edad media de $73,1 \pm 15,1$ años. La mayoría de los pacientes eran jubilados (26; 65,0%), 1 paciente (2,5%) era labrador y el resto no realizaban actividades de riesgo para el contagio. No se identificó agente de exposición en 37 pacientes (94,8%); los otros 2 (5,2%) refirieron contacto con animales. La distribución en medio rural, semiurbano y urbano fue 55,5%, 30,0% y 7,5% respectivamente; se desconoce el domicilio de tres pacientes por ser turistas. La mayoría de los casos ($n = 26$; 65,0%) correspondieron al 2015; 11 casos (27,5%) al 2014 y los restantes al 2011 y 2012, sin haber agrupación de estos casos por municipio. El 95% de los casos cursaron como forma aguda; 2 pacientes presentaron una forma crónica. En cuanto a la forma de presentación, 35 (87,5%) fueron neumonías, 2 (5,0%) síndromes febriles, 2 (5,0%) cuadro diarreico y 1 (2,5%) endocarditis. El síntoma más frecuente fue la tos (75,0%), seguido de la fiebre (67,5%) y la disnea (57,5%). En cuanto a las alteraciones analíticas 20 pacientes (51,3%) presentaron hipertransaminasemia, 32 (82,1%) presentaron anemia, 23 (59,0%) leucocitosis y (10,3%) leucopenia y 4 (10,3%) trombopenia. Fue necesario el ingreso hospitalario en 37 pacientes (92,7%). En lo referido al tratamiento, en las presentaciones agudas, el tratamiento más utilizado fue la doxicilina en 12 pacientes (30,7%), seguido de fluoroquinolonas en 19 pacientes (47,5%); los 8 restantes (20,0%) fueron tratados como neumonía adquirida en la comunidad con buena evolución clínica. Las formas crónicas fueron tratadas con doxiciclina más ciprofloxacino y doxiciclina más hidroxiquina. La duración media del tratamiento fue de $13,3 \pm 6,4$ días La mortalidad total fue

del 15,0% (6 pacientes).

Discusión: La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial, pero en Galicia no existen series de casos descritas hasta el momento. El hecho que se pueda presentar de forma variable (neumonía, fiebre sin foco, hepatitis...) y que responda a tratamiento antibióticos usados habitualmente, hace que pueda pasar desapercibida. Es necesario por lo tanto realizar una búsqueda activa con serologías ante una clínica compatible para el correcto diagnóstico y tratamiento.

Conclusiones: En nuestra área los pacientes diagnosticados de fiebre Q se presentaron de forma aguda (neumonía), evolucionando favorablemente en la mayoría de los casos con tratamiento con levofloxacino o doxiciclina. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de realizar serología de *Coxiella burnetti* en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, dado que este cuadro infeccioso puede desarrollarse en pacientes sin clara exposición de riesgo.