

# RETROALIMENTACIÓN

La meningitis aguda representa una emergencia médica que requiere rapidez en el diagnóstico y tratamiento, pues su evolución puede ser fatal en unas horas. Puede ser adquirida en centros hospitalarios o en la comunidad, y esta última puede ser de origen viral o bacteriano. La incidencia de meningitis bacteriana en adultos es de 1,3-5 casos por cada 100 000 habitantes, pero alcanza los 70 casos por cada 100 000 habitantes en la región subsahariana de África. La etiología ha variado en las últimas décadas por diversos factores. En primer lugar, la meningitis por *Haemophilus influenzae*, que hace tres décadas era el microorganismo causal más frecuente, ha descendido debido a la vacunación masiva. Actualmente, este organismo provoca algunos casos esporádicos de meningitis en pacientes mayores, con enfermedad crónica pulmonar, y en niños no vacunados. El neumococo y el meningococo son en la actualidad los agentes que causan meningitis con más frecuencia a partir del año de edad y son responsables del 80% de los casos de meningitis en el adulto. La mitad de los pacientes con meningitis bacteriana aguda tiene un factor predisponente, ya sea un foco infeccioso parameningeo (otitis, sinusitis, mastoiditis, absceso cerebral o empiema subdural, etc.), un traumatismo craneal previo con o sin fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), una intervención neuroquirúrgica previa, una infección a distancia (neumonía, endocarditis, etc.) o una inmunodepresión subyacente. La meningitis tras una punción lumbar (PL) o anestesia epidural es muy infrecuente, teniendo en cuenta la cantidad de procedimientos de este tipo que se practican a diario. La meningitis bacteriana recurrente aparece en pacientes con defectos congénitos del tipo del meningocele, con fractura craneal previa y fístula dural, con un foco infeccioso parameningeo o con inmunodeficiencias. La mayoría de las meningitis comienza con la colonización de la mucosa de las vías respiratorias superiores, lo cual se sigue en algunos individuos de la invasión sanguínea y posterior invasión meníngea. Una vez en el espacio subaracnoideo, las bacterias provocan una respuesta inflamatoria intensa que se puede extender hacia el parénquima cerebral a través de los espacios perivasculares de Virchow-Robin y que puede dar lugar a trombosis arterial y venosa, ocasionando infartos cerebrales. Los trastornos afectivos son enfermedades del estado de ánimo cuya prevalencia va en aumento en las últimas décadas y cuya carga social constituye la primera en gravedad de todas las enfermedades, según datos de la Organización Mundial de la Salud. Existen tres tipos de trastornos afectivos: los debidos a una enfermedad médica o al consumo de una sustancia y cuya causa directa es orgánica; los trastornos depresivos unipolares, caracterizados porque afectan sólo a un polo del humor, la depresión, los trastornos bipolares, que se manifiestan tanto por aumentos como por descensos de estado de ánimo. La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y, en algunos casos, síntomas somáticos. Es una de las

enfermedades más frecuentes tanto en el ámbito de la psiquiatría como en el de la atención primaria de salud. A pesar de su alta prevalencia, un número importante de los casos no llega a ser diagnosticado, lo que compromete su evolución y llega a plantear riesgos como el de la conducta suicida. Existe para ello un doble motivo: la limitada tendencia de estos enfermos a buscar ayuda y la expresión a través de molestias físicas que pueden ocultar el trastorno depresivo primario. La etiología de la depresión es multifactorial, resultante de la interacción entre factores constitucionales predisponentes (herencia, temperamento) y el estrés ambiental. Estos factores actúan a través de mecanismos neuroquímicos que han sido identificados sólo en parte. Las evidencias señalan la implicación de los neurotransmisores, tanto del glutamato como de los monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina, dopamina), en la etiopatogenia de la depresión, con pérdida de neuroplasticidad neuronal y cambios neuroendocrinos. La depresión es algo más que una alteración profunda y patológica del estado de ánimo; se requieren otros síntomas que conforman el síndrome depresivo cuya detección es la base del diagnóstico. En toda depresión se observa una disminución del estado de ánimo y/o una pérdida de interés o disfrute de las cosas, además de otros síntomas como alteraciones del sueño, del apetito, de la psicomotricidad, de la energía, del deseo sexual y de la concentración, y también pueden darse sentimientos de culpa exagerados y deseo de morir, lo que confiere a este trastorno un notable riesgo de suicidio en algunos pacientes. Según los síntomas presentes y su intensidad, la gravedad del trastorno se clasifica en leve, moderada o grave. Para el diagnóstico se requiere una duración de los síntomas de al menos 2 semanas. Habitualmente se produce un deterioro en el funcionamiento que afecta a las actividades sociales, laborales y de la vida cotidiana. En algunos casos predomina la ansiedad sobre el ánimo deprimido o se manifiestan en primer plano otros síntomas como consumo excesivo de alcohol, irritabilidad, hipocondría, fobias, obsesiones, etc. En muchos casos se alteran los ritmos vitales, con empeoramiento matutino o agravación o desencadenamiento de sus episodios en determinadas estaciones. El diagnóstico se basa en la clínica, donde la tristeza, la pérdida de interés y la falta de energía son los síntomas más característicos. La depresión mayor puede ser bipolar o unipolar. La unipolar se clasifica como un trastorno depresivo, que puede ser recurrente, y la bipolar, cuya característica principal es la de ir precedida de un episodio maníaco o hipomaníaco, se clasifica actualmente en un capítulo aparte, el de los trastornos bipolares. Las depresiones unipolares que no alcanzan la gravedad de un episodio depresivo mayor pero que causan discapacidad por su tendencia a la cronicidad se denominan distimia o trastorno depresivo persistente. Primero, es necesario descartar una patología médica que se manifieste como un síndrome depresivo. En segundo lugar, hay que pensar en la depresión cuando algunos síntomas enmascaran el trastorno afectivo, como la seudodemencia depresiva del anciano, los «equivalentes depresivos» (síntomas somáticos como algias, molestias gastrointestinales) y cuando aparecen conductas secundarias a la depresión (consumo de alcohol, oposicionismo en adolescentes). En tercer lugar, hay que considerar los errores por exceso, por la utilización excesiva del término depresión, que a veces se usa indiscriminadamente para designar un síntoma, un síndrome

o una enfermedad; así sucede, por ejemplo, al diagnosticar depresión en casos que, en realidad, son trastornos de ansiedad, o en casos en que una circunstancia estresante motiva un cuadro depresivo transitorio, denominado trastorno adaptativo con ánimo deprimido. El tratamiento se basa en la instauración de medidas psicoterapéuticas y farmacológicas. El abordaje psicológico sobre el enfermo depresivo requiere pautas de apoyo que ofrezcan seguridad, sinceridad, comprensión, disponibilidad y competencia. Se requiere explicar el carácter temporal y el pronóstico favorable de la enfermedad, evitando la toma de decisiones trascendentes e intentando implicar al entorno en el proceso curativo. Es importante corregir las falsas creencias asociadas a la depresión, que incluyen la idea de incurabilidad y la autoinculpación. Las psicoterapias más sistemáticas basadas en psicoterapia dinámica, terapia cognitivoconductual o terapia interpersonal sólo se suelen aplicar en entornos especializados y son muy efectivas, especialmente en casos leves o moderados. Desde el punto de vista farmacológico se dispone de medicamentos que han demostrado ampliamente su eficacia. Todos ellos requieren un período de latencia antes de iniciar el efecto terapéutico, que está entre 10 y 15 días. La medicación debe administrarse en la dosis adecuada y durante el tiempo suficiente. Se aconseja continuar el tratamiento en períodos de mantenimiento prolongados (mínimo 6 meses-1 año) para prevenir la aparición de recaídas. La depresión recurrente puede requerir tratamiento profiláctico durante largo tiempo. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más utilizados por su buena tolerancia y amplio espectro de indicaciones, aunque no alcanzan la eficacia de los tricíclicos en las depresiones más graves. Los efectos secundarios más frecuentes son los gastrointestinales (poco frecuentes y con tendencia a remitir) y la disfunción sexual. De más activador a más sedante, destacan la fluoxetina, la sertralina, el citalopram, el escitalopram, la paroxetina y la fluvoxamina. Las dosis recomendadas son de 10 a 20 mg para el escitalopram, de 20 a 40 mg para la fluoxetina, el citalopram y la paroxetina, y de 50 a 150 mg para la sertralina y la fluvoxamina. Los antidepresivos duales, que actúan sobre la recaptación de serotonina y noradrenalina, son también muy utilizados; incluyen la venlafaxina, la duloxetina, y la venlafaxina. La acción noradrenérgica se obtiene en dosis más elevadas que la serotoninérgica. Los antidepresivos tricíclicos son los medicamentos utilizados clásicamente en esta enfermedad, pero han caído en desuso. Tienen gran eficacia, pero sus efectos adversos (anticolinérgicos) y su toxicidad son considerables y están contraindicados en casos de cardiopatía, glaucoma y prostatismo. También producen efectos secundarios que limitan la aceptabilidad de los pacientes, como boca seca, estreñimiento, visión borrosa y aumento de peso. Asimismo, en caso de sobredosificación pueden aparecer complicaciones graves. Los más utilizados en España son imipramina, amitriptilina, clomipramina, maprotilina y nortriptilina, con dosis mínimas eficaces, que varían ligeramente en cada fármaco, comprendidas en general entre 75 y 150 mg. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) han caído prácticamente en desuso debido a las interacciones dietéticas (p. ej., con el queso) y farmacológicas que poseen, y sólo tienen alguna indicación en trastornos especialmente resistentes. Existen otros antidepresivos con mecanismos de acción algo distintos, como el bupropión (inhibe

dopamina y noradrenalina y es activador), la mianserina y la mirtazapina (actúan sobre serotonina y noradrenalina, son sedantes y provocan sobrepeso), la reboxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina) y la agomelatina (que actúa sobre los ritmos circadianos). La vortioxetina tiene un mecanismo multimodal. La quetiapina, un antipsicótico con efectos antidepresivos, está aprobada para depresiones que no responden bien a otras estrategias farmacológicas como tratamiento adyuvante. En general, es importante estar familiarizado con el uso de un número limitado de fármacos, asegurar el cumplimiento mediante la psicoeducación, cumplir las pautas posológicas necesarias y hacer un ajuste individual del tratamiento según factores personales (estado de salud, edad). Los antidepresivos tricíclicos son un grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Los antidepresivos tricíclicos impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, lo que da lugar, por tanto, a un aumento de sus niveles en el encéfalo. Por ello han sido utilizados para impedir la depresión posterior de ingestas de drogas. Decidir qué antidepresivo es mejor para recetar, depende de varios factores, como los síntomas y cualquier otra afección de salud que puedas tener. Pregúntales a tu médico y a tu farmacéutico acerca de los efectos secundarios más comunes de tu antidepresivo específico y lee la guía de medicamentos para el paciente que viene con la receta. Los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos en dosis terapéuticas pueden causar alteraciones cardiovasculares, alteraciones de la motilidad intestinal, retención urinaria, dilatación pupilar, sequedad de boca y temblor. Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) constituyen la categoría terapéutica a la que pertenece cierto grupo de fármacos antidepresivos y que actúan bloqueando la acción de la enzima monoamino oxidasa. El mecanismo de acción de los inhibidores de la monoaminoxidasa A. La monoaminoxidasa A (MAOA) es una enzima implicada en el metabolismo de las monoaminas, por ejemplo, 5-HT y noradrenalina. Convierte las monoaminas en su correspondiente ácido carboxílico a través de un intermedio aldehído. Los inhibidores de la monoaminoxidasa a veces se utilizan para tratar afecciones distintas de la depresión, como la enfermedad de Parkinson. La fatiga y la somnolencia son comunes, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento con un antidepresivo. : Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o son una clase de compuestos generalmente usados como antidepresivos en el tratamiento de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, y algunos trastornos de personalidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina bloquean la reabsorción de la serotonina en las neuronas. De este modo, hay más serotonina disponible para mejorar la transmisión de mensajes entre las neuronas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave, son relativamente seguros y, por lo general, ocasionan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos. Los efectos adversos más frecuentes de los ISRS son los gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas), aunque también pueden producir un cuadro de excitación del SNC (insomnio, ansiedad, inquietud, temblor, vértigos, cefaleas); los principales efectos

vegetativos son la sequedad de boca y la sudación. Los antidepresivos IRSN ayudan a aliviar los síntomas de la depresión, como la irritabilidad y tristeza, pero algunos también se utilizan para los trastornos de ansiedad y dolor de los nervios. Como la mayoría de los antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina funcionan al efectuar cambios en la química cerebral y en la comunicación de los circuitos de las células nerviosas cerebrales que se sabe que regulan el estado de ánimo, para ayudar a aliviar la depresión. Como la mayoría de los antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina funcionan al efectuar cambios en la química cerebral y en la comunicación de los circuitos de las células nerviosas cerebrales que se sabe que regulan el estado de ánimo, para ayudar a aliviar la depresión. Sin embargo, sus efectos secundarios e interacciones medicamentosas limitan el uso, especialmente en pacientes con comorbilidades. El síndrome serotoninérgico es una afección potencialmente mortal que se produce por una actividad aumentada del sistema nervioso central que suele estar relacionada con fármacos. Los síntomas pueden incluir cambios en el estado mental, hipertermia e hiperactividad autonómica y neuromuscular.