

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CENTRO HOSPITALARIO
"20 DE NOVIEMBRE" I. S. S. S. T. E.**



**SINDROME ORGANICO CEREBRAL
(S. O. C.)**

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

PRESENTA

DR. GUADALUPE JAVIER PALACIOS SAUCEDO

ASESOR: DR. JUVENAL GUTIERREZ MOCTEZUMA

MEXICO, D. F.

FALL DE ORIGEN

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
I.- INTRODUCCION	2
II.- GENERALIDADES	4
A) HISTORIA	
III.- MATERIAL Y METODOS	9
IV.- RESULTADOS	12
V.- COMENTARIOS	29
VI.- CONCLUSIONES	43
VII.- BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUCCION.-

El Síndrome Orgánico Cerebral (S.O.C.), es un término acuñado para describir las alteraciones de las funciones mentales superiores, ajenos a la patología psiquiátrica. Aunque es un concepto de reciente introducción ha tenido aceptación clínica en el campo Médico, aunque el término del síndrome está poco difundido.

La evaluación diagnóstica del Síndrome Orgánico Cerebral en el Departamento de Urgencias es de problema diagnóstico, cuando los síntomas predominantes son psiquiátricos y la tendencia a referir esos pacientes al Hospital psiquiátrico prematuramente sin una adecuada evaluación Médica, ha sido objeto de controversia entre los clínicos ya que frecuentemente su diagnóstico pasa desapercibido.

El presente trabajo va encaminado a mostrar la frecuencia de éste Síndrome en nuestro medio, que es .78 % de 3321 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, de enero a septiembre de 1984, en el "C.H. 20 de Noviembre"; sus características clínicas, las causas que lo originan, cuáles son los padecimientos con que se le confunde, nos ha motivado a proponer un cuestionario para la investigación de éste Síndrome, la utilidad de aquel (cuestionario), y el tipo de Síndrome Orgánico Cerebral encontrado.

El factor orgánico responsable de éste Síndrome puede ser una enfermedad primaria del cerebro o bien ser una o más enfermedades sistémicas que afecten secundariamente el cerebro; también pueden ser agentes o sustancias tóxicas que trastornen la función cerebral. El DSM-III que es el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades menta

les y, que se caracteriza por incluir criterios diagn^osticos, con una descripción detallada de cada trastorno org^onico, llama al término S.O.C. " Como una constelación de signos y síntomas psicológicos o conductuales sin hacer - alusión a su etiología (Ejem: Delirium, Demencia); el término TRASTORNO MENTAL ORGANICO se designa un Síndrome Or^ogánico Cerebral particular del que se supone o conoce su etiología (Ejem: Delirium por abstinencia alcoholica, Demencia por infartos multiples cerebrales) ". Pero el diagn^ostico de supresión alcoholica se hace con una evalua^on clínica y el diagn^ostico de demencia por infartos -- múltiples se hace con una evaluación clínica cuidadosa y por metodos paraclínicos especiales, sugiriendo inicialmente el Síndrome aunque no se conozca su etiología, por lo que estos términos son contradictorios. El presente -- trabajo lo llamamos SINDROME ORGANICO CEREBRAL por que -- así se ha descrito en la literatura, pero evidentemente - tiene una causa orgánica por lo que proponemos que se designe como Enfermedad Mental Orgánica.

HISTORIA.-

Los conceptos de enfermedad que se encontraron entre los pueblos primitivos difieren de los que las comunidades científicas hoy sostienen; no obstante, de vez en vez se observa en la población general de las sociedades más avanzadas técnicamente, restos de tales ideas primitivas sobre la enfermedad. Para el Hombre primitivo todas las enfermedades se deben a la influencia de fuerzas que actúan fuera del cuerpo y se consideran sobrenaturales; por ejemplo: los espíritus del mal, las brujas, los demonios, los dioses y los magos. Estas explicaciones demonológicas son particularmente poderosas cuando se trata de dar sentido a las enfermedades de la conducta. Es pertinente especular que el hombre primitivo elaboró tales ideas a partir de sus propias experiencias personales y de sus contactos con los enfermos, sus propios sueños sobre el retorno de los muertos y el recuerdo de las amenazas, exigencias y afectos de los fallecidos, quizá apoyó la explicación que toma en cuenta la influencia del más allá y sus observaciones sobre la conducta disparatada, impertinente, insensata y destructora del delirante y del psicótico, sus aprensiones frente a un ataque convulsivo, además de sus esfuerzos para explicar el fenómeno del miembro fantasma después de una amputación.

En el Siglo VI a.C. se efectuó un avance significativo cuando el interés de los curanderos griegos se volvió hacia la observación y la experimentación; estos fueron los primeros pasos científicos dentro de la ciencia biológica. Alcmeón diseccionó y señaló las relaciones de los órganos de los sentidos con el cerebro, de la cual dedujo que el centro de la razón y del alma se localizaba en este -

Órgano. La primera descripción específica de enfermedad mental aparece en el año 3000 a.C. Al describirse el deterioro senil. Los síndromes de melancolía e histeria aparecen en la literatura egipcia en el año 2600 a.C. Y en el papiro de Ebers aparece el deterioro senil y el alcoholismo.

Este primer movimiento científico se observa principalmente en los escritos de Hipócrates (460-375 a.C.), introduce el concepto de enfermedad psiquiátrica en Medicina, y describe una clasificación:

Trastornos Mentales con Fiebre- DELIRIUM

Trastornos Mentales sin Fiebre- MANIA

Trastornos Crónicos sin fiebre- MELANCOLIA/HISTERIA

Trastornos o Enfermedades del sexo- TRANSVESTISMO.

Sus descripciones de las enfermedades indican que ya entonces se conocían: la Epilépsia, la Histeria, la Psicosis posparto y los Síndromes cerebrales agudos (estados delirantes) que aparecen con las enfermedades infecciosas y después de una hemorragia. Rechazó por completo la influencia de los dioses como causa de la enfermedad mental e influyó también en las actitudes sociales de su tiempo. Aunque otros siguieron la senda Hipocrática, sin duda el punto culminante de la observación científica en el período grecorromano se alcanzó durante la vida del Médico Romano Galeno (130-200 d.C.), quien con el enfoque científico, estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte alterada del cuerpo que expresaba dichos síntomas fuese la alterada. Galeno postuló la teoría del alma racional, la que dividió en una parte externa y una interna. Dentro de este sistema,-

la primera constaba de los cinco sentidos; las funciones de la segunda eran la imaginación, el juicio, la percepción y el movimiento. Galeno concluyó que el asiento del alma era el cerebro y no el corazón de acuerdo con el pensamiento de Platón y en contra de las ideas de Aristóteles.

Felix Plalter, Médico renacentista describe la deficiencia mental y la demencia en 1536. Greisinger en 1840 dice que la enfermedad mental es igual a enfermedad cerebral. Emil Kraepeling (1856-1926), supuso que las enfermedades mentales eran entidades patológicas definidas y análogas a las enfermedades físicas, que se distinguían por su etiología, sus síntomas, su evolución y resultado final, lo que obligó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar las causas físicas de las enfermedades mentales. Por lo tanto, éste médico publica un tratado sobre las enfermedades con descripción clínica, incluyendo lo somático y el curso de la enfermedad, mencionando la base orgánica de todas las enfermedades mentales e insistiendo en el modelo de demencia precoz a lo que Bleuler más tarde le llamara esquizofrenia. En 1850--Karl Ludwig y Kalbaum introducen el concepto de sintomatología compleja del lóbulo temporal, las diferencias entre las enfermedades mentales orgánicas y no orgánicas. Paul Broca en 1861, menciona: " Algunas formas de afasia definen lesiones de la corteza cerebral; en las enfermedades mentales se podría demostrar algún tipo de lesión cerebral incluyendo trastornos vasculares o nutricionales ". En 1951 junto con la ICD (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE), se elabora el DSM-I (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS) de la asociación

Americana de psiquiatría, que no fue universalmente aceptado; éste se caracterizó por el uso frecuente de términos tales como reacción esquizofrénica o psiconeurótica, incluyendo mecanismos de defensa y conceptos psicoanalíticos. El ICD no incluía demencia ni manía. El ICD 8 aprobado en 1968, no incluía un glosario de términos, lo que creó confusiones y por lo que se elaboró el DSM-II en base a éste último, pero agregándose por primera vez un glosario, conteniendo 10 categorías mayores: Retardo mental, Síndromes Orgánicos Cerebrales, Psicosis no atribuidas a condiciones físicas, Neurosis, Trastornos de la personalidad y otras enfermedades mentales no psicóticas, Trastornos psicofisiológicos, Síntomas especiales, Trastornos situacionales ó transitorios, Trastornos de la conducta en niños y adolescentes, Condiciones sin manifestaciones psiquiátricas y/o condiciones inespecíficas.

En 1974 se hace la correlación del DSM-III con el ICD 9 (Sociedad Americana de Psiquiatría en colaboración con la OMS), siendo aprobada en 1980. Es el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales que se caracteriza por incluir criterios diagnósticos, basados en comisiones con un ensayo de campo de 12,667 pacientes. Los criterios diagnósticos incluyen árboles de decisiones e instauran tratamiento agrupando a los Síndromes Orgánicos Cerebrales en seis categorías:

- 1.- DELIRIUM Y DEMENCIA
- 2.- SINDROME AMNESICO Y ALUCINOSIS ORGANICA
- 3.- SINDROME DELIRANTE ORGANICO Y SINDROME AFECTIVO
- 4.- SINDROME ORGANICO DE LA PERSONALIDAD
- 5.- INTOXICACION Y ABSTINENCIA
- 6.- SINDROME ORGANICO CEREBRAL ATIPICO O MIXTO.

Este manual no divide los Síndromes Orgánicos Cerebrales en psicóticos y no psicóticos o en agudos y crónicos (irreversibles), tal como lo hacen otras clasificaciones; ésta clasificación está basada únicamente en los síndromes clínicos.

MATERIAL Y METODOS.-

Este estudio fue realizado en el Departamento de Urgencias, de Neurología y de Medicina Interna, en el " C. H. 20 DE NOVIEMBRE ". De enero a septiembre de 1984, y es un estudio retrospectivo y prospectivo con 26 pacientes - en total, divididos en dos grupos de 13 pacientes cada uno, separados por que al grupo I se le practicó la exploración neurológica ordinaria y al grupo II se le aplicó una prueba de funciones mentales superiores que incluye: Orientación, Memoria, Inteligencia, Pensamiento abstracto y Calculo; además de un cuestionario propuesto⁽³⁾ y modificado por nosotros (ver Fig. 1). El cuestionario incluye Ficha Clínica, Antecedentes de importancia relacionados con el S.O.C. Prueba de funciones mentales superiores --- (prueba cognositiva) con un total de 30 puntos, Manifestaciones clínicas, Signos vitales, Diagnósticos de ingreso, Exámenes de laboratorio y de gabinete, incluyendo los especiales como la Tomografía axial computada, pruebas hormonales especiales cuando el caso lo requería, Uso de drogas, Evolución, Tratamiento y Diagnóstico final.

Nuestros criterios de Inclusión fueron: Alteraciones en la orientación, alteraciones de la conciencia, alteraciones autonómicas (signos Vitales) y no historia psiquiátrica previa. Dos o más criterios se sospechaba el Diagnóstico del Síndrome.

Nuestra Hipótesis fue ver la utilidad de la prueba de funciones mentales superiores ya referida en éste Síndrome. El metodo estadístico fue la X^2 y promedios.

CUESTIONARIO

N.º _____ SEXO: _____ EDAD: _____ PAIS: _____ FICHA: _____
 Lugar: _____ ASOCIACION: _____
 Clase: _____ Profesión: _____
 Vicio: _____ Periodo de Exilio: _____

ARTICULOS:	SI	NO	Cuando	EN CASO	TRATAMIENTO
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
21.-					
22.-					
23.-					
24.-					
25.-					
26.-					
27.-					
28.-					
29.-					
30.-					

1.- ¿Que día de la semana es este? _____ 16.- ¿Lo que esto de largo es? _____
 2.- ¿Que hora? _____ 17.- ¿Lo que esto de duro es? _____
 3.- ¿Que día del mes? _____ 18.- Una naranja y una limona
 4.- ¿Que año? _____ son frutas, ¿ajo y sal
 5.- ¿Que lugar es este? _____ son? _____
 6.- Repetir los 8, 1, 2, 1 _____ 19.- un Centavo y un Dico son? _____
 7.- Repetirlos al revés? _____ 20.- Recuerda estas palabras:
 8.- Repetir los números 8, 1, 2, 1 _____ Burbero _____
 9.- Escucha estos números 8, 9, 4, _____ 21.- Carro _____
 Cuenta del 1 al 10, Repite _____ 22.- Arbol _____
 8, 9, 4, repite si es necesario _____ 23.- ¿Hay? _____
 entonces usa a los números 1, 7, 2) _____ 24.- Se inicia a partir de 100, ¿no?
 10.- Escucha los números 8, 1, 4, 2, _____ Se inicia a partir de 100.
 Cuenta del 1 al 10, entonces use _____ 25.- ¿Como? _____
 esos números 8, 1, 4, _____ 26.- ¿Como? _____ Escribe las
 11.- Comparando con Domingo, diga _____ 27.- ¿Como? _____ contestaciones.
 los días de la semana al revés. _____ 28.- ¿Como? _____
 12.- ¿Qué es _____ 29.- ¿Como? _____
 13.- ¿Cuando? _____ 30.- ¿Como? _____
 14.- ¿Como? _____
 15.- ¿Lo que esto de rápido es lento? _____

DETENIDO DE LA CIRCULACION: _____ RESPUESTA: _____ CLASE: _____
 PERDIDA DE LA MEMORIA: SI _____ NO _____ VALOR DE LOS DATOS PRESENTES: _____
 ILICIONES: SI _____ NO _____ ANOMALIAS OBITIVAS: SI _____ VIBRANTES: NO _____
 INSOLUCION: SI _____ NO _____ INVESTIGACIONES: SI _____ NO _____ INVESTIGACIONES: SI _____ NO _____
 LABILIDAD DE FUEGOS: SI _____ NO _____ FUEGOS SUTICIAS: SI _____ NO _____ CAPTIVIDAD: NO _____
 REACTIVACION PSICOLOGICA: SI _____ NO _____

TA. _____ PAIS COLOMBIALES _____
 P.C. _____ PAPIAS _____ SIGNO DE MADRID _____
 RES. _____ SIGNO DE MADRID _____ PAIS _____ CLASE _____
 TEMP. _____ ALT. RESPIRATORIAS: BONDIA _____ ALINA _____ RES. PERIODICA _____
 PERDIDA DEL ACTUANTIS: _____

OTROS: _____
 DE DE T. NERVO: _____
 EXA. RES: _____ PAIS: _____ PAIS: _____ PAIS: _____
 RES: _____ CEL: _____ DIF: _____ PAIS: _____
 LUCOS: _____ GLU: _____ GALT: _____ PAIS: _____

FIG 1a.

G. I. 2561	_____	F. 25	_____	T. A. C.	_____
LEDA	_____	PC. 21	_____		_____
CEM	_____	HI	_____	UTRO	_____
SAI	_____		_____		_____
LI	_____		_____		_____
CI	_____		_____		_____
REF. T. 247	_____		_____	S. S. G.	_____
	_____		_____		_____
	_____		_____		_____
	_____		_____		_____
	_____		_____		_____
DIRECCION ENDOCRINOL. T3	_____	T4	_____	Co	_____
	_____	P	_____	BTC	_____
DUGAS: BETA-1087	_____	C	_____	ALPETAUNIST	_____
TR. 24715-2717	_____	DIOTALINIST	_____	UTRO	_____
B. S. G.	_____		_____		_____
	_____		_____		_____
	_____		_____		_____
REF. 24715: ENDOCRINOL. Y DIAGNOSTICO ENDO.					

NOMBRE DEL MEDICO _____ FICHA _____

FIG 1b.

RESULTADOS.-

Los resultados obtenidos de nuestros pacientes incluyen: edad, sexo, antecedentes, diagnósticos de primera intención, con que se confundió el síndrome, manifestaciones clínicas, signos clínicos agregados, evolución, causas directas del S.O.C., causas indirectas. Puntaje de la prueba de funciones mentales superiores, relación de esta con la evolución, tipo de S.O.C., según el DSM-III⁽⁹⁾. -- Conclusiones y comentario.

EDAD.

La edad de nuestros pacientes fue la siguiente:

GRUPO I \bar{x} = 51.3 ± 17.85 años

GRUPO II \bar{x} = 59.3 ± 22.29 años

En nuestro estudio encontramos pacientes jóvenes de 18 y 19 años en el grupo I y II respectivamente.

SEXO.

GRUPO I 6:7 F a M

GRUPO II 7:6 M a F

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE INTERES EN ESTE ESTUDIO.

Los antecedentes encontrados en nuestros dos grupos de pacientes fueron:

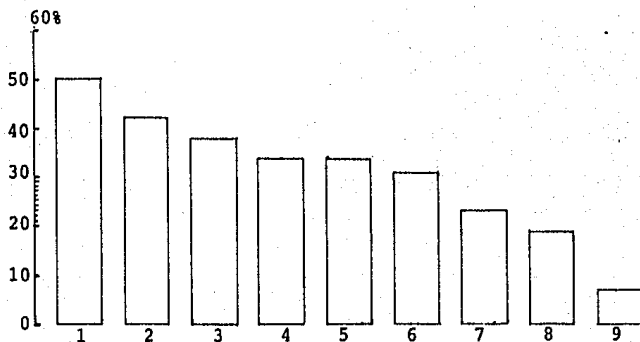


TABLA 1

- 1.- Hipertensión Arterial.- con trece pacientes.
- 2.- Alcoholismo.- con once pacientes.
- 3.- Neurológicos.- que fueron tres pacientes con enfermedad vascular cerebral, dos pacientes con traumatismo craneoencefálico, crisis convulsivas tardías en dos pacientes, estado confusional y sin especificar tipo con dos y uno respectivamente.
- 4.- Tabaquismo.- con nueve pacientes.
- 5.- Otros.- con nueve pacientes, que fueron: Cáncer, obesidad, mala alimentación, traumáticos y gástricos.
- 6.- Diabéticos.- con ocho pacientes.
- 7.- Renales.- con seis pacientes, que fueron: infección-

urinaria con cuatro pacientes, insuficiencia renal -
crónica y hematuria con un paciente respectivamente.

8.- Endocrinológicos.- con cinco pacientes que fueron:--
Hipertiroidismo con tratamiento T3, antecedente ---
quirurgico de tiroides, nodule tiroideo frfo, hipo--
glucemia y hipotiroidismo con un paciente cada uno.

9.- Pulmonares.- con dos pacientes, que correspondieron-
a tuberculosis pulmonar.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO.-

El diagnóstico de primera intención hecho en el Departamento de Urgencias o durante las primeras 24 horas de su hospitalización fue diferente en el grupo I, que se les practico el examen neurológico ordinario y en el Grupo II que se practicó la prueba de funciones mentales superiores (Cognositiva), el resultado fue:

	No. Pacientes	%
GRUPO I	2	15.38
GRUPO II	9	69.23

	GRUPO I	GRUPO II	
Dx. 1era INTENCION	2	9	11
Dx. 2a. INTENCION	11	4	15
	13	13	26

$$D = 7.66$$
$$X^2 = 4.001$$

FIG 2.

EL SINDROME ORGANICO CEREBRAL SE CONFUNDIO CON.-

GRUPO I	No.	%
1.- INFECCIONES:	4	30.76
- Encefalitis Vs Sx. Meningeo		
- Meningitis		
- Neumonía		
- Sx. Febril por infección		
2.- METABOLICAS	2	15.18
- Hiponatremia		
- Hipoglucemia		
3.- DEPRESION DEL ALERTA	2	15.18
4.- SINDROME CONFUSIONAL	2	15.18
5.- AZOEMIA	1	7.69
	<u>11</u>	<u>pacientes</u>

En el GRUPO II el Síndrome Orgánico Cerebral se confundió con: Enfermedad vascular cerebral, Insuficiencia renal renal crónica, diabétes mellitus descompensada con deshidratación e hipoglucemia y síndrome meningeo con un paciente cada uno.

MANIFESTACIONES CLINICAS ENCONTRADAS.-

Las manifestaciones clínicas encontradas en los dos-grupos de pacientes fueron:

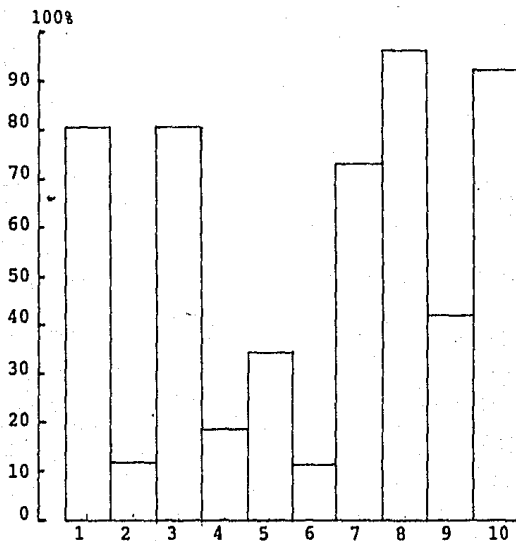


TABLA 2

- 1.- SOMNOLENCIA.- En veintiun pacientes.
- 2.- ESTUPOR.- En tres pacientes.
- 3.- ALTERACIONES DE LA MEMORIA.- En veintiun pacientes.
- 4.- ALUCINACIONES AUDITIVAS.- En cinco pacientes.
- 5.- ALUCINACIONES VISUALES.- En nueve.
- 6.- ESTADO DEPRESIVO.- En tres pacientes.
- 7.- INCOHERENCIAS.- En diecinueve.

8.- CONFUSION.- En 25 pacientes.

9.- EXCITACION PSICOMOTRIZ.- En 11.

10.- DESORIENTACION.- En 24 pacientes.

Encontramos además signos clínicos agregados en los grupos de pacientes, que fueron: Alteraciones autonómicas (signos vitales) en 26.29%; Hemiparesia en 23%; -- Signos meningeos en 11.53%; Papiledema en 7.69%; Midriasis bilateral en 3.84%; Cuadriparesia y ceguera cortical en 3.84% respectivamente.

TIEMPO DE EVOLUCION.-

El tiempo de evolución desde el inicio del Síndrome hasta el ingreso, fue el siguiente:

	NUMERO DE CASOS	%
MENOS DE 24 HRS.	8	30.8
1 A 8 DIAS	8	30.8
9 A 16 DIAS	4	15.4
17 A 24 DIAS	3	11.5
25 A 31 DIAS	<u>3</u>	<u>11.5</u>
TOTAL	26 PACIENTES	100.0%

CAUSAS DIRECTAS DEL SINDROME ORGANICO CEREBRAL.-

Las causas encontradas en los dos grupos de pacientes fueron:

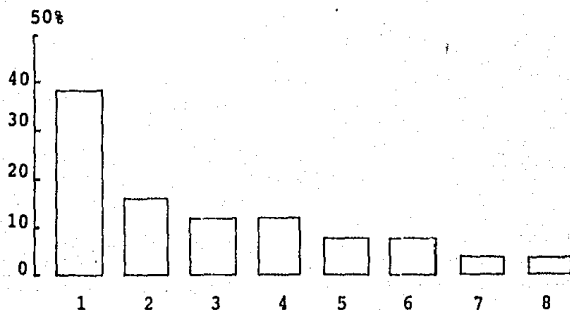


TABLA 3

- 1.- METABOLICAS.- En 10 pacientes, que fueron: Hipoglucemia en 6, Hiperonatremia en 3 y estado hiperosmolar en 1 paciente.
- 2.- INFECCIOSAS.- En 4 pacientes que fueron: Encefalitis viral, Meningitis bacteriana, Meningitis tuberculosa y Encefalopatía por toxina por Salmonella Typhi Vi en un paciente cada uno.
- 3.- TRAUMATICAS.- En 3 pacientes, que fueron: Hematoma subdural con 2 pacientes y uno con traumatismo medular con cuadriparesia y psicosis orgánica postraumática.
- 4.- VASCULARES.- En 3 pacientes, que fueron: Insuficiencia vascular cerebral en 2 y un paciente con infartos

múltiples occipitales con ceguera cortical (Sx. de Anton).

- 5.- ENDOCRINOLOGICAS.- En 2 pacientes, que fueron: Hipotiroidismo y Hipoparatiroidismo en un paciente, Hipotiroidismo en otro.
- 6.- PAROXISTICAS.- En 2 pacientes, que fueron: Crisis convulsivas de aparición del lóbulo temporal, en el período posictal.
- 7.- PARASITARIAS.- En un paciente con neurocisticercosis.
- 8.- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA.- En un paciente.

De los dos grupos de pacientes, se encontró causas mixtas en 8 pacientes con 30.7%, que fueron: Metabólicas por deshidratación en 5 pacientes, acompañados con hipotiroidismo, insuficiencia vascular cerebral, traumáticas, y paroxísticas. Hipoglucemia acompañada con metástasis cerebrales y traumáticas. Meningitis por tuberculosis más insuficiencia vascular cerebral.

CAUSAS ACOMPAÑANTES DEL SINDROME ORGANICO CEREBRAL.-

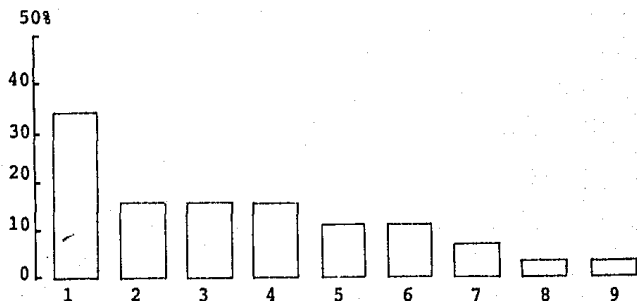


TABLA 4

- 1.- RESPIRATORIAS.- Se encontró en 9 pacientes, que fueron: Infección respiratoria en 8 pacientes, 3 de ellos tenían insuficiencia respiratoria para la oxigenación moderada a severa, otro paciente con tuberculosis pulmonar.
- 2.- RENALES.- En 4 pacientes que fueron: 2 pacientes con insuficiencia renal crónica, Insuficiencia renal aguda y pielonefritis con 1 paciente respectivamente.
- 3.- CARDIOPATIAS.- En 4 pacientes que fueron: Cardiopatías mixtas en los 4, solo 2 pacientes tuvieron insuficiencia cardíaca. 3 pacientes tenían hipertensión arterial descompensada.
- 4.- DESNUTRICION.- Se encontró en 4 pacientes, acompañando a las enfermedades sistémicas crónicas como: tuberculosis pulmonar, alcoholismo crónico y insuficiencia renal crónica.
- 5.- HEPATICAS.- En 3 pacientes, que fueron: 2 con hepaf-

tis reactiva por sepsis y uno con insuficiencia hepática crónica con encefalopatía.

- 6.- ANEMICOS.- En 3 pacientes, 2 con anémia normocítica - normocrómica y uno con microcítica hipocrómica.
- 7.- DIABETICOS.- En 2 pacientes con descompensación por - infección como causa desencadenante.
- 8.- DIGESTIVAS.- En 1 paciente, con gastroenteritis por - salmonella Typhi Vi.
- 9.- ALCOHOLISMO.- En 1 paciente, siendo alcoholismo cróni
co.

TIPO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL SEGUN DSM-III.-

CRITERIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
DEMENCIA														
a.- Pérdida intensa de la capacidad intelectual para interferir en el funcionamiento social y laboral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	7.69
b.- Deterioro de la memoria.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	92.3
c.- Al menos uno de los siguientes:														
1) Deterioro del pensamiento abstracto.	-	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	23
2) Deterioro del juicio.	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	15.38
3) Afasia, apraxia agnosia	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	7.69
4) Alteraciones de la personalidad.														
d.- Conciencia normal.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	7.69
e.- Evidencia de un factor orgánico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100.0

X= Positivo. - = Negativo.

Los otros tipos de S.O.C. como son el Síndrome amnésico y la alucinosis orgánica, el Síndrome delirante orgánico y Síndrome afectivo orgánico, Síndrome orgánico de la personalidad, Intoxicación y Abstinencia, Síndrome --

orgánico cerebral atípico o mixto no se encontraron en --
nuestro grupo de pacientes.

TIPO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL SEGUN EL D.S.M. III.-

De los 13 pacientes del grupo II, en quienes se les practicó la prueba de funciones mentales superiores (Cognositiva), fueron:

TIPO	Numero de casos	%
DELIRIUM	12	92.3
DEMENCIA	1	7.7

RESULTADO DE LA PRUEBA DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES:

PACIENTE	PRUEBA	EVOLUCION
1	10 puntos	2
2	12 puntos	2
3	6 puntos	1 + 4
4	14 puntos	2
5	4 puntos	1 + 3
6	17 puntos	2
7	4 puntos	1 + 4
8	5 puntos	1 + 3
9	4 puntos	1 + 3
10	10 puntos	2
11	9 puntos	2
12	16 puntos	2
13	17 puntos	2

La evolución fue: 1= mala. 2= buena. 3= Egreso con demencia. 4= Egreso con mala evolución no Neurológica.

De acuerdo a la evolución y al puntaje de la prueba- obtuvimos el nivel de significancia (ver Hoja siguiente):

EVOLUCION

PUNTOS	BUENA	MAIA	
< 10	1	5	6
> 10	7	-	7
	8	5	13

$$D = 9.773$$

$$\chi^2 = < .001$$

FIG 3.

COMENTARIO.-

El Síndrome Orgánico Cerebral es un padecimiento raro en nuestro medio, con una frecuencia de .78% de 3321 - pacientes hospitalizados en nuestro servicio de Medicina-Interna.

El Síndrome es un padecimiento de la edad adulta⁽⁹⁾, en nuestro estudio encontramos un promedio de edad de -- 51.3 años en el grupo I y de 59.3 años en el grupo II --- (ver pag 12), sin embargo lo podemos encontrar en cualquier grupo de edad, en nuestro estudio tuvimos pacientes de 18 y 19 años. La edad definitivamente no es un criterio diagnóstico como lo refiere⁽¹⁶⁾, que considera a la edad mayor de 40 años como criterio diagnóstico del Síndrome.

No encontramos diferencias de sexo en nuestro estudio, en la literatura no tiene ningún valor estadístico - el sexo en el S.O.C..

Los antecedentes encontrados en nuestros dos grupos de pacientes, fueron sistémicos ya que solo encontramos - antecedentes neurológicos en el 34.61%. Encontramos a los llamados factores de riesgo para una enfermedad neurológica, como son: Hipertensión arterial sistémica, Alcohoolismo, Tabaquismo, Diabéticos, Renales, Endócrinos y Pulmonares (ver tab 1). Los Neurológicos fueron: Enfermedad-vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, crisis - convulsivas de aparición tardía y estado confusional previo, va que se señala⁽⁹⁾, que las posibilidades para tener S.O.C. aumentan si existe historia previa de delirium o si hay una lesión cerebral preexistente. El Alcoholismo

que ocupa un índice muy elevado en nuestro país, es un importante factor para daño cerebral⁽¹²⁾, ya que produce -- atrofia cerebral prematura, disfunción hepática y encefalopatía, deficiencias vitamínicas y de folatos, y otros problemas sistémicos que predisponen al síndrome cerebral agudo, sin embargo esto no fue causa directa del S.O.C., - en nuestro trabajo. Otro factor predisponente a ésta enfermedad es el consumo de drogas^(9,11,13), como son: barbitúricos en forma crónica; anticolinérgicos⁽¹²⁾, como la atropina; levo dopa; esteroides; digitálicos, estos llevan al Síndrome cerebral agudo (delirium); se han descrito combinaciones de medicamentos como, la digoxina y metildopa que llevan a demencia en una semana después de la administración de estas drogas; también el propranolol y sus derivados⁽⁸⁾, son señalados como causantes del S.O.C. en nuestro estudio encontramos como causa indirecta del Síndrome a un solo paciente que se le administró propranolol. Los antecedentes Endócrinos referidos a la glandula tiroides como hipotiroidismo, el Hipoparatiroidismo⁽⁶⁾ -- que produce demencia subaguda y recuperación del estado mental 4 meses después del tratamiento con calcio y vitamina D, en nuestro estudio fueron causa directa del S.O.C solo que no presentaron demencia como se describe, sino delirium, otro antecedente importante endocrinológico fue la hipoglucemia, que se encontró en 1 paciente, esto es causa importante y directa de ésta enfermedad. La tuberculosis pulmonar antecedente que se encontró en 2 pacientes fue causa directa del S.O.C. en un paciente, sin embargo se ha descrito a la meningitis tuberculosa como causa de demencia^(7,9). Los antecedentes renales también son factores predisponentes para producir S.O.C..

La sospecha diagnóstica del Síndrome Orgánico Cerebral de Primera intención en el Grupo I, que se les practicó la exploración neurológica ordinaria y al Grupo II - que se les aplicó la prueba de funciones mentales superiores⁽³⁾, con un Average total de 30 puntos, nosotros sospechamos el diagnóstico por abajo de 20 puntos^(3,12), el resultado fue el siguiente (ver Fig 2):

	N	%
GRUPO I	2	15.38
GRUPO II	9	69.23

Con un Promedio altamente significativo. Esto revela que la exploración neurológica tradicional no nos ayuda para hacer el diagnóstico de Primera intención del Síndrome Orgánico Cerebral. El Diagnóstico del Síndrome se confundió en el grupo I (ver Pag 16): Infecciosas 30.76%, Metabólicas 15.18%, Depresión del alerta 15.18%, Síndrome confusional 15.18% y Azoemia con 7.69%. Otra Revisión⁽⁴⁾, hizo el diagnóstico neuropsiquiátrico específico de este Síndrome en 52 de 238 pacientes con 21.8% de sospecha diagnóstica.

Las manifestaciones clínicas encontradas en nuestros pacientes en comparación a otra revisión⁽¹⁶⁾, fueron (ver Hoja siguiente). En la revisión de Dubin y Weiss proponen como criterios diagnósticos del S.O.C., a la desorientación, edad mayor de 40 años, sin historia psiquiátrica -- previa, signos autonómicos anormales, deterioro de la conciencia, más de un criterio se sospecha el S.O.C., Nosotros encontramos a la Confusión, Desorientación, alteraciones de la conciencia, Alteraciones de la memoria y lenguaje incoherente como sospechas diagnósticas del S.O.C.,

aparte de la prueba de funciones mentales superiores ya -
descrita anteriormente.

MANIFESTACIONES CLINICAS

ESTUDIO	N	%	DUBIN Y WEISS (16)	N	%
CONFUSION	25	96.1	DESORIENTACION	34	89
DESORIENTACION	24	92.3	EDAD MAYOR DE 40 AÑOS	29	74
ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA:					
- SOMNOLENCIA	21	80.7	BELIGERANCIA	16	42
- ESTUPOR	3	11.5	CONFUSION	16	42
ALTERACIONES DE LA MEMORIA:					
MORIA	21	80.7	DETERIORO DE LA MEMORIA	13	24
INCOHERENCIAS	19	73	ILUSIONES	11	30
EXCITACION PSICOMOTRIZ	11	42.3	ALUCINACIONES AUDITIVAS	8	21
ALUCINACIONES VISUALES	9	34.6	ALUCINACIONES VISUALES	5	13
ALUCINACIONES AUDITIVAS	5	19.2	INSOMNIO	5	13
ESTADO DEPRESIVO	3	11.5	DEPRESION	4	10.5
SIGNOS VITALES ALTERADOS:					
DOS	7	26.2	INCOHERENCIAS	2	5
HEMIPARESIA	6	23	LABILIDAD DEL AFECTO	1	2.5
SIGNOS MENINGEOS:					
PAPILEDEMA	2	7.6	- SIGNOS VITALES ALTERADOS	7	11.8
CEGUERA CORTICAL	1	3.8	- ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA	4	10
TOTAL 26 PACIENTES (TABLA 2)			TOTAL 39 PACIENTES		

El tiempo de evolución en nuestros pacientes, todos-tuvieron evolución aguda, siendo de 24 horas a 8 días la-mayoría con 60.76%. Hay revisiones⁽⁹⁾, que clasifican a - los Síndromes Orgánicos Cerebrales en agudos y crónicos - (irreversibles), nosotros tuvimos pacientes con evolución aguda con mala evolución, que fueron irreversibles, como-lo señalaremos más adelante.

Las causas directas del S.O.C., fueron sistémicas, - encontrando causas extracerebrales en 57.6% en nuestro es-tudio, mencionan⁽¹²⁾, cerca del 50% de causas extracere-brales. En nuestros dos grupos de pacientes fueron causas mixtas o sea encontramos dos o más padecimientos en el 30.76% de éstas. Las Causas difieren de la literatura^(4,16), y nuestro estudio (ver Tab 3); llama la atención que en - las dos revisiones el alcoholismo ocupa un lugar importan-te como causa del S.O.C., sin embargo en nuestro estudio-no lo encontramos como causa directa de éste Síndrome. -- Las causas son diferentes como se esquematiza en la hoja siguiente (Hoja 35; Fig 4,5,6,7)

Las causas acompañantes encontradas en nuestro estu-dio, son factores contribuyentes para tener deterioro neu-rológico y secundariamente causar algún tipo de S.O.C. co-mo lo menciona⁽¹²⁾. Comparamos las causas acompañantes -- encontradas en nuestros pacientes (ver Tab 4) y otra revi-sión⁽¹²⁾:

- | | | |
|-----------------|-------|---|
| - RESPIRATORIAS | 34.6% | - Infecciones respirato---
rias, Insuficiencia res-
piratoria, T.B.P. |
| - REVISION | | - P ^{neumon} fa. Enfermedad pul-
monar obstructiva. |

- RENALES 15.3% - Insuficiencia renal crónica y aguda, pielonefritis
- REVISION - Falla renal, retención -- urinaria.
- CARDIOPATIAS 15.3% - Mixtas (aterosclerótica e hipertensiva), falla cardiaca y hipertensión arterial descompensada.
- REVISION - Insuficiencia cardiaca -- congestiva, Infarto al -- miocardio y arritmias.
- DESNUTRICION 15.3% - Secundariamente a las enfermedades sistémicas crónicas como: T.B.P., alcoholismo crónico e insuficiencia renal crónica.
- HEPATICAS 11.5% - Hepatitis reactiva por -- sepsis, Insuficiencia hepática crónica.
- REVISION - Disfunción hepática.
- ANEMICOS 11.5% - Anemia de las enfermedades crónicas.
- REVISION - Perdida sanguínea, anemia de la diálisis renal, deficiencias de folatos, B12
- DIABETICOS 7.7%
- REVISION - Diabétes, Porfirias.
- DIGESTIVOS 3.8% - Gastroenteritis.
- REVISION - Impactación fecal.
- REVISION OTROS: Cambios abruptos medio ambiente, de privación sensorial posoperatoria.

CAUSAS DEL SINDROME ORGANICO CEREBRAL

ESTUDIO	N	%	SELTZER(4)	N	%	DUBIN(16)	N	%
METABOLICAS			DEMENCIA SEN-			ALCOHOLISMO	14	35.8
-HIPOGLUCEMIA	6	23	IL	22	27	DEMENCIA SE-		
-HIPONATREMIA	3	11.5	DEMENCIA AL--			NIL	13	33.3
-ESTADO HIPER			COHOLICA	15	19	ENDOCRINAS	2	5.1
OSMOLAR	1	3.8	SINDROME DE-			INTOXICACION		
INFECCIOSAS			KORSAKOFF	11	14	CON DFH	1	2.5
-ENCEFALITIS Vi			EZQUISOFRENIA	10	12	CONFUSION POS		
RAL	1	3.8	ENCEFALOPATIA			ICTAL	1	2.5
-MENINGITIS BAC			POSTRAUMATICA	7	9	ACCIDENTE VAS		
TERIANA	1	3.8	DEMENCIA SENIL			CULAR CERE--		
-MENINGITIS TU-			POSTERIOR A -			BRAL	1	2.5
BERCULOSA	1	3.8	EZQUISOFRENIA	3	4			
-ENCEFALOPATIA			AFASIA	3	4	DIABETES/SEP		
POR TOXINA	1	3.8	DEMENCIA PRESE			TICEMIA	1	2.5
TRAUMATICAS			NIL	2	2.5			
-HEMATOMA SUBDU			ENCEFALOPATIA					
RAL	2	7.6	POSANOXICA	2	2.5	<u>TOTAL 39 PACIENTES</u>		
-PSICOSIS POS--			ENCEFALOPATIA					
TRAUMATICA	1	3.8	POSINFECCIOSA	2	2.5			
VASCULARES			DEMENCIA MULTI					
-INSUFICIENCIA			INFARTO	1	1.2			
VASCULAR CE-			ESCLEROSIS MUL					
REBRAL	2	7.6	TIPLE	1	1.2			
-INFARTOS CERE			ENFERMEDAD DE-					
BRALES MULTI			PARKINSON	1	1.2			
PLES (SX.ANTON)	1	3.8	PSICOSIS+EPILE					
ENDOCRINAS			PSIA LOBULO -					
-HIPOTIROIDISMO			TEMPORAL	1	1.2			
+HIPOPARATI-			PSICOSIS AFEC-					
ROIDISMO	1	3.8	TIVA	1	1.2			
-HIPOTIROIDISMO	1	3.8	RETARDO MENTAL	1	1.2			
PAROXISTICAS			ENFERMEDAD DE-					
-CRISIS CONVUL-			LA PERSONALI-					
SIVAS TARDIAS-			DAD	1	1.2			
PERIODO POSIC-			<u>TOTAL 80 PACIENTES</u>					
TAL	2	7.6						
NEUROCISTICER--								
COSIS	1	3.8						
ENCEFALOPATIA								
HIPERTENSIVA	1	3.8						

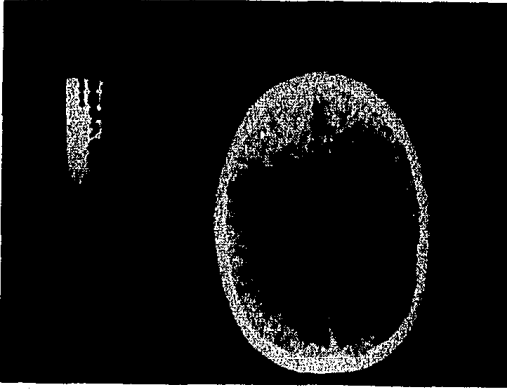


FIG 4.- Paciente Masculino de 80 años de edad. Perteneciente al grupo II. Diagnóstico de Ingreso de S.O.C., Tipo Delirium. El T.A.C. mostró zonas hipodensas en ambos hemisferios cerebrales.

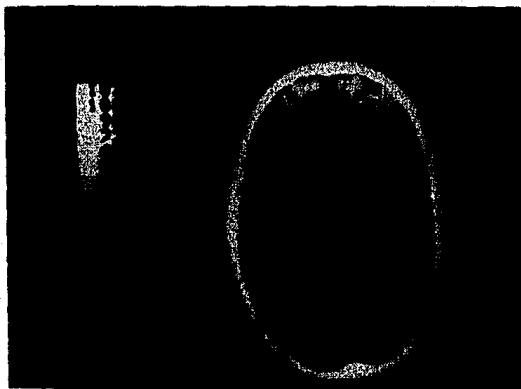


FIG 5.- Mismo paciente de la figura 4, observandose las zonas hipodensas en ambos hemisferios - cerebrales, que correspondían a infartos antiguos, infartos occipitales bilaterales, - uno antiguo y uno reciente occipital iz-----quiere. Ceguera Cortical (Sx. Anton). Diagnóstico de egreso S.O.C. Tipo Demencia.

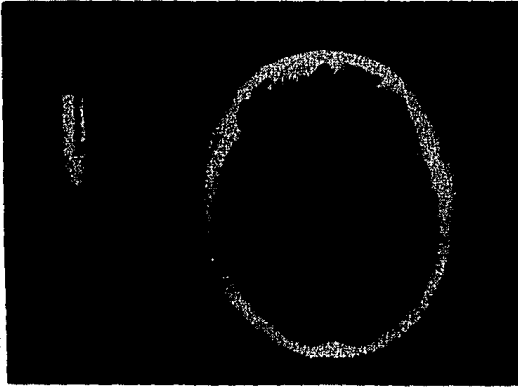


FIG 6.- Paciente Masculino de 18 años de edad. Grupo 1. Motivo de envío: Síndrome febril vs Meningitis. Tipo de S.O.C, Delirium. T.A.C. simple con rechasamiento de línea media y del sistema ventricular por efecto de masa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -



FIG 7.- Paciente de la Fig 6, solo T.A.C. con medio-
de contraste con: el rechazamiento del siste-
ma ventricular y de la linea media, por masa
isodensa. Encontrandose 160 ml de liquido --
sanguinolento. Recuperación completa de fun-
ciones mentales superiores.

El tipo de Síndrome Orgánico Cerebral encontrado en nuestros pacientes, según el manual diagnóstico y estadístico⁽⁹⁾, en los pacientes del grupo II que sí se practicó el examen del estado mental con la prueba de funciones mentales superiores fue (ver Hoja 27):

	N. Casos	%
DELIRIUM	12	92.3
DEMENCIA	1	

Coincide como el tipo de Síndrome Orgánico Cerebral más frecuente encontrado en la literatura^(9,10), que son el delirium, demencia, la intoxicación y la abstinencia, curando con una gran variabilidad intra e interindividual y puede aparecer más de un tipo de S.O.C. a la vez (por ejemplo: delirium superpuesto a la demencia) y un tipo de S.O.C. puede suceder a otro, como lo veremos más adelante. En nuestro estudio no incluimos del grupo I en algún tipo de S.O.C. según el DSM-III por las siguientes razones:

- 1.- Solamente se llevó a cabo la exploración neurológica ordinaria en el grupo I y que en ocasiones no mide el grado de inteligencia y la capacidad intelectual, que son criterios diagnósticos para demencia, síndrome amnésico y alucinosis orgánica. La prueba de funciones mentales sí se mide.
- 2.- No se valora adecuadamente el pensamiento abstracto, criterio diagnóstico para demencia.
- 3.- No se valora adecuadamente deterioro del juicio.
- 4.- No se valora adecuadamente el cálculo.

La demencia la describen como⁽⁷⁾; puede ser caracterizada como un deterioro de la función intelectual, usualmente acompañada por pérdida de la memoria y cambios en -

la personalidad, y el sintoma⁽⁹⁾ esencial consiste en una pérdida de las capacidades intelectuales hasta el punto de interferir con el funcionamiento social y laboral. La causa más común es la demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer y otras que ya mencionamos. Hay revisiones⁽⁹⁾, que refieren a la demencia sin hidrocefalia y demencia -- asociada con degeneración. La primera es común que sea de bido a problemas metabólicos, endócrinos, cardiopulmonares, problemas electrolíticos y además estados de deficiencia; estas causas son reversibles por que son tratables. Nuestro paciente con demencia desde su ingreso, -- fue un paciente con una alteración metabólica por deshidratación severa y hiponatremia severa, insuficiencia cardiaca e insuficiencia vascular cerebral que pudo ofrecerse tratamiento y evita el Síndrome Orgánico Cerebral demencial. La demencia asociada a degeneración de las -- neuronas lleva a atrofia cerebral y ha hidrocefalia sin obstrucción, no hay tratamiento específico⁽⁷⁾. Otros divi den a la demencia en Cortical y Subcortical⁽⁷⁾. Es importante mencionar⁽¹¹⁾, que cerca del 5% de la gente por -- arriba de 65 años de edad sufren de demencia y, que otro 10% sufre de demencia moderada, se estima que entre 1 a 2.5 millones de gentes en los E.U.A. son corrientemente -- afectados por demencia severa, cerca del 20 al 30% la demencia puede ser tratada.

El Resultado de la prueba de funciones mentales superiores en el grupo II, todos los pacientes tuvieron por -- abajo de 20 puntos al momento del diagnóstico, los que tu vieron por abajo de 10 puntos fueron 6 pacientes, de -- estos 5 pacientes tuvieron mala evolución con un porcenta

je de 38.4%. (ver Fig 3). con una $D= 9.77$ que fue altamente significativo. De los 5 pacientes 3 de ellos se egresaron con demencia, sin embargo 2 de ellos tenían demencia-tratable, o sea se les pudo ofrecer ayuda y que no llegaran al estado irreversible como es la demencia, las causas de éstos pacientes fueron:

- METABOLICA POR HIPOGLUCEMIA, DESHIDRATACION y DENUTRICION.
- METABOLICA POR HIPOGLUCEMIA MAS METASTASIS CEREBRALES.
- VASCULAR POR INFARTOS CEREBRALES MULTIPLES (SX DE-ANTON).

Solo a uno de los pacientes no se le pudo ofrecer ayuda para prevenir el estado demencial, por el daño estructural tan importante como serían los infartos multiples -- (ver Fig 4 y 5), los otros encajan dentro de la demencia-tratable.

Queremos hacer énfasis que el término Síndrome Orgánico Cerebral se piense como una enfermedad que obedece a un factor orgánico primario o sistémico, que puede ser -- reversible o irreversible si se les da o no tratamiento -- adecuado.

CONCLUSIONES

- 1.- EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME ORGANICO CEREBRAL FRECUENTEMENTE PASA DESAPERCIBIDO EN AREAS DE URGENCIA, Y -- LOS PACIENTES SON ENVIADOS AL HOSPITAL PSIQUIATRICO-- CON OTRO DIAGNOSTICO.
- 2.- EL SINDROME ORGANICO CEREBRAL PUEDE PRESENTARSE EN -- CUALQUIER EDAD.
- 3.- LA EXPLORACION NEUROLOGICA SUMARIA NO AYUDA A DETEC-- TAR EL SINDROME ORGANICO CEREBRAL.
- 4.- NO SOLAMENTE DEBE DE LLEVARSE A CABO LA HISTORIA Y EL EXAMEN NEUROLOGICO SUMARIO, SINO QUE SE ORIENTE A REALIZAR UN EXAMEN DEL ESTADO MENTAL CUANDO SE SOSPECHE EL SINDROME ORGANICO CEREBRAL.
- 5.- LA PRUEBA DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES SI AYUDA - PARA LLENAR LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS CLINICOS PARA ALGUN TIPO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL SEGUN EL DSM III.
- 6.- TODO PACIENTE CON UN PUNTAJE MUY BAJO EN LA PRUEBA DE DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES, DEBE DE DARSE EL -- TRATAMIENTO ADECUADO YA QUE PUEDEN EVOLUCIONAR A ESTAS DOS IRREVERSIBLES.
- 7.- EL TIPO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL ENCONTRADO MAS-FRECUENTEMENTE EN NUESTRO ESTUDIO FUE EL DELIRIUM.

8.- TENER EN CUENTA QUE HAY SINDROMES ORGANICOS CEREBRA--
LES DEL TIPO DEMENCIAS TRATABLES Y QUE NO TODAS LAS -
DEMENCIAS SON SENILES O DEGENERATIVAS.

ADENDUM

Una revisión final de éste documento se llegó a la conclusión de que el tema tiene interés práctico, especialmente para el personal médico que atiende enfermos en áreas de urgencias, los cuales en ocasiones se presentan aquejando Síndrome Orgánico Cerebral. Para dichas personas es de interés el responder una serie de preguntas de orden práctico, las cuales enseguida plantearemos y contestaremos:

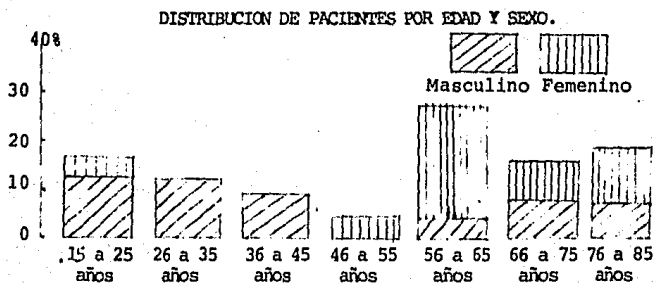
- 1.- Normalmente un estudio de funciones mentales superiores que incluye: Orientación, Memoria, Inteligencia, pensamiento abstracto y calculo se realiza en el consultorio en un máximo de 15 minutos.
- 2.- Los obstáculos que se presentan para realizar un estudio de funciones mentales superiores, sobre todo en el departamento de urgencias son: la incomodidad del tiempo; el exceso de trabajo que hay en ocasiones y las condiciones de salud del paciente.
- 3.- Hay obstáculos que son invencibles, y estan dados por el estado neurológico del paciente, ya que podemos tener pacientes en estado comatoso y nos tenemos que esperar a que mejore su estado de la conciencia para hacer la evaluación de funciones mentales superiores; en pacientes con algún tipo de Afasia donde la comunicación para obtener respuesta de estos pacientes es difícil, requieren de un estudio más cuidadoso que lleva más tiempo en realizar la prueba de funciones mentales superiores y la comunicación se hace en forma indirecta empleando imágenes y lenguaje escrito.
- 4.- Hay obstaculos que son vencibles como: que existan --

las circunstancias ideales en el consultorio para llevar a cabo una prueba de funciones mentales; la actitud del examinador en pensar y llevar a cabo esta prueba.

5.- ¿ Que se gana con descubrir mejor los casos de S.O.C? Se evita confundir una enfermedad psiquiátrica con una enfermedad orgánica que se manifieste con este Síndrome, ésto permitirá orientar al diagnóstico preciso y dar el tratamiento adecuado cuando éste existe por ejemplo: Hematoma subdural. Esto permite elaborar un protocolo de estudio para un diagnóstico mejor del S.O.C.

6.- La frecuencia del Síndrome es la siguiente: Se detectaron 26 casos en 9 meses, con una frecuencia de .78% de 3321 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, lo que lo hace un padecimiento raro en nuestro medio.

7.- La distribución de pacientes por Edad y Sexo fue la siguiente:



8.- El Prórnostico gobal de nuestros casos fue hacia la reversibilidad completa con el 61.6% del total de pacientes en nuestro estudio.

9.- Los pacientes que tuvieron peor pronóstico por causa de enfermedad fueron los siguientes:

- Por causas metabólicas debido a hipoglucemia severa, -deshidratación con una hiponatremia importante.
- Por causa metabólica debido a hipoglucemia severa más metástasis cerebrales.
- Por Causa vascular debido a infartos cerebrales múltiples (Síndrome de Anton).

10.- ¿ Cual es el costo de no descubrir estos pacientes a tiempo?, Es que pueden dar secuelas permanentes en la evolución clínica y llegar a evolucionar hacia la --- muerte, como es el caso de Hematomas Subdurales.

11.- ¿ Cuales son los indicadores de reversibilidad ?

Los indicadores de reversibilidad que encontramos en nuestro estudio fueron los siguientes:

- Que tengan mayor puntaje en la prueba de funciones -- mentales superiores.
- Que tengan mejoría del estado de la conciencia.
- Que no tengan una causa estructural cerebral importante, como son los infartos múltiples cerebrales.

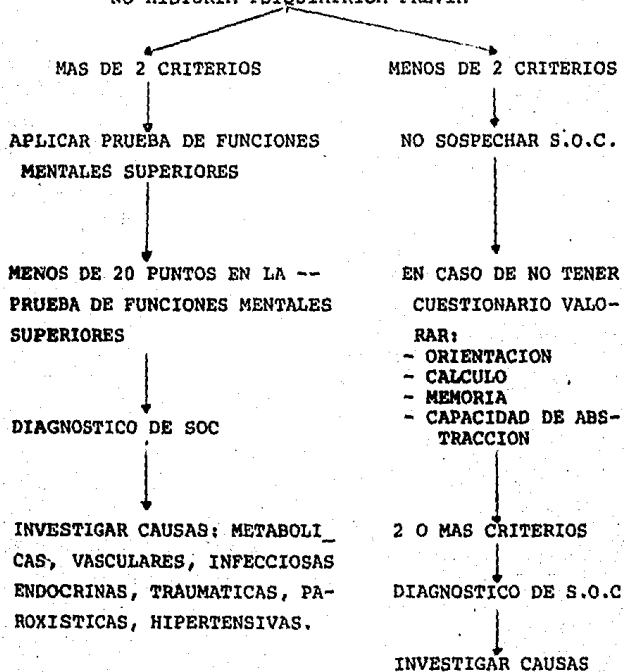
DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL DIAGNOSTICO DE S.O.C.

ALTERACIONES EN LA ORIENTACION

ALTERACIONES EN LA CONCIENCIA

CONFUSION

NO HISTORIA PSIQUIATRICA PREVIA



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Charles Hofling. Tratado de Psiquiatria. 1974; 1-48.
- 2.- Lawrence C. Kolb. Psiquiatria Clinica Moderna. 1976; 1-53.
- 3.- Jacobs Jw. Bernhard. Delgado A. Strain. Screening for Organic Mental Syndromes In the Medical Ill. Ann Internal Med. 1977; 86: 40-46.
- 4.- Seltzer. Sherwin. " Organic Brain Syndromes ": An Empirical Study and Critical Review. Am J Psychiatry. - 1978; 135: 1: 13-21.
- 5.- Edward Liston. Clinical Findings in Presenile Dementia. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1979; 167(6): 337-342.
- 6.- Howard Slyter. Idiopathic Hypoparathyroidism Presenting as Dementia. Neurology. 1979; 29: 393-394.
- 7.- Steel. Feldman. Diagnosing Dementia and Its Treatable Causes. Geriatrics. March: 79-88.
- 8.- Kurland. Organic Brain Syndrome with propranolol. N Engl J Med. 1979; 300:366.
- 9.- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS - Ed. 3. American Psychiatric Association. 1980.
- 10.- Joseph. Mc Evoy. Organic Brain Syndromes. Ann Internal Medicine. 1981; 95: 212-220.
- 11.- Kennet Tyler. Richard Tyler. Differentiating Organic Dementia. Geriatrics. 1981; 39(3): 38-52.
- 12.- Granacher Jr. Agitation in The Elderly. An oftentreatable manifestation of Acute Brain Syndrome. Pos-

- graduate Medicine. 1982. 72(6): 83-96.
- 13.- Sheldon. Preskorn. Tricyclic-Antidepressant-Induced-Delirium and plasma drug concentration. Am J Psychiatry. 1982; 139(6): 822-3.
- 14.- Klein. Recognizing Organic Mental Disorders. Can Med Assoc J. 1983; 129(1): 411.
- 15.- Oluwafemi Agbayewa. Recognition of Organic Mental Disorders by Physicians. Can Med Assoc. 1983. 128(15): 927-928.
- 16.- Dubin. Kenneth. Weiss. Zeccardi. Organic Brain Syndrome. The Psychiatric Imposter. JAMA. 1983. 249(1): 60-62.