

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD PEPTICA (ULCERA
DUODENAL Y DUODENITIS) CON EL USO DE DOS
ESQUEMAS TERAPEUTICOS.**

**RASGOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE CON ULCERA
DUODENAL Y DUODENITIS.**

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 50 CASOS

1985

JULIO CESAR MALDONADO GONZALEZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1985

PLAN DE TESIS

- INTRODUCCION
- DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
- OBJETIVOS
- LIMITACIONES
- HIPOTESIS
- REVISION BIBLIOGRAFICA
- MATERIAL Y METODOS
- PRESENTACION DE RESULTADOS
- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- RESUMEN
- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
- ANEXOS

INTRODUCCION

La presente investigación es un estudio prospectivo en el que se trata de conocer el comportamiento del paciente y su enfermedad desde el momento en el que se le diagnostica Enfermedad Péptica en su manifestación de úlcera duodenal y duodenitis, las formas de tratamiento que contribuyan a la curación o atenuación de los síntomas; entre éstos, el uso de los Benzodiazepínicos. -- sí también, explorar a dichos pacientes sobre algunos rasgos de ansiedad ya que se ha descrito relación.

Estudios de referencia realizados en otros países han enfocado el problema desde la perspectiva de la medicina psicosomática. En Guatemala no se ha estudiado mucho a la Enfermedad Péptica desde dicha perspectiva, por lo que puede ser de interés para Médicos Generales, Gastroenterólogos y Psicólogos.

Las referencias teórico conceptuales señalan la dificultad que se presenta al querer abordar la enfermedad péptica. Los métodos de la Medicina Organicista y la Medicina Psicológica son diferentes, por lo que hasta ahora solamente se -- han podido hacer algunas relaciones.

Este estudio realizado en el Hospital General San Juan de Dios, durante siete meses, en -- los cuales se realizaron 321 Endoscopías (Gastroscopías) para hacer un diagnóstico lo más fidedigno posible de úlcera Duodenal y Duodenitis. -- siguió al paciente en la evolución de la en--

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Entre las enfermedades del Aparato Gastrointestinal, encontramos que algunas han sido sujetas de numerosas y amplias investigaciones y -- que no se han obtenido resultados concluyentes. Una de éstas, es la Enfermedad Péptica; específicamente la Ulcera Duodenal y la Duodenitis en las cuales sabemos que intervienen multifactores, fisiológico, hormonal, local y psicológico, razón por la que la medicina psicosomática se ha interesado en su estudio.

Se ha caracterizado a la Ulcera Duodenal y la Duodenitis como las patologías que tienen mucho de relación con la ansiedad, de ahí, en que se le ha dado el nombre de la úlcera ansiosa, enfermedad de las urbes, enfermedad de la población productiva, etc. etc. Pero los estudios realizados han tropezado con serias dificultades de tipo metodológico para llegar a resultados concluyentes. Pero lo que sí parece ser en la práctica médica, es que además del tratamiento de conocido efecto para tratar dichas enfermedades, muchas veces se piensa en ansiedad o se prescribe ansiolíticos de la clase de los benzodiacepínicos.

Muchas veces la actitud de buscar unicausal de la enfermedad, no permite visualizar que el paciente a pesar de usar los medicamentos indicados, no progresa en la curación de su enfermedad o se convierte en recidivante.

Si no se logra la toma de una actitud multi

OBJETIVOS Y ANALISIS DEL PROBLEMA

criterios clínicos médicos, farmacológicos y psicológicos pueden contribuir de manera práctica a la solución del problema del paciente; la enfermedad péptica.

OBJETIVOS

OBJETIVOS COGNOCITIVOS:

- 1- Conocer la información académica, disponible en nuestro medio, acerca de la úlcera duodenal y duodenitis.
- 2- Conocer estudios realizados en Guatemala y otros países, sobre la úlcera duodenal y la duodenitis, y la relación con la Ansiedad y el uso de los benzodiacepínicos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- 1- En estudio prospectivo; conocer y aplicar los conocimientos actualizados de la medicina; sobre úlcera duodenal y duodenitis.
- 2- Establecer si el paciente con úlcera duodenal y duodenitis, es una persona con perfil ansioso y si se justifica el uso de los benzodiacepínicos en su tratamiento.

LIMITACIONES

- 1- No se realizaron GastroscoPIas de Control a la población del estudio, ya que eleva los costos de operación hospitalaria.
- 2- No se tomó biopsia a los pacientes de la población de estudio por dos razones principales:
 - a) Eleva los costos de operación hospitalaria.
 - b) Los Criterios Clínicos de los Gastroenterólogos son los que determinan la necesidad de biopsiar al paciente con úlcera - duodenal y duodenitis.

Existe otro elemento, aunque sujeto a modificación:

- a) La información teórica disponible refiere que no se hace biopsia al paciente -- con úlcera duodenal y duodenitis.

HIPOTESIS

- No. 1: El paciente con úlcera duodenal y duodenitis, tiene una evolución positiva con la utilización de los derivados -- Benzodiacepínicos. Superando al paciente que utiliza un esquema terapéutico sin Benzodiacepínicos.
- No. 2: El paciente con Úlcera Duodenal y Duodenitis, presenta con frecuencia Ansiedad.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

LA ULCERA DUODENAL

EPIDEMIOLOGIA

La Úlcera Duodenal es una enfermedad de -- presencia mundial, cuya frecuencia aumentó en forma importante en cinco decenios, aunque en los últimos cinco años se ha observado un ligero descenso en relación a los otros tipos de -- úlceras (ver cuadro 1). De acuerdo con varios autores, en el anterior siglo, la población de los Estados Unidos de Norteamérica, padecían -- de Úlcera Duodenal un 0.1 a 0.3% en casos de -- autopsia; después de 1913, se encontraba entre el 2.2 y el 3.9% en la actualidad se puede con-- siderar entre un 5 a un 10% y hasta el 12%.

La úlcera duodenal se presenta más en las poblaciones de áreas urbanas en relación a los pobladores de áreas rurales. El factor climatológico y estacional, establece una relación con los síntomas; en zonas templadas hay exa-- cerbación de los síntomas durante la primavera y el otoño.

La relación entre la úlcera duodenal y Estados de Tensión se ha venido presentando con bastante frecuencia, por lo que algunos la han denominado la úlcera Nerviosa. Durante la segunda guerra mundial en los bombardeos de In-- glaterra se presentó con mayor frecuencia este tipo de úlcera, acompañada de fenómenos de he-- morragia elevando las hospitalizaciones por úl

cera duodenal perforada.

Varios estudios apuntan hacia que el paciente que presenta Úlcera Duodenal en algún momento de su vida y que por lo general el sujeto está comprendido en edades productivas, tiene profesión o empleo de alta tensión o de mucha responsabilidad, independientemente del status social o económico. Con rareza se presente este tipo de úlcera en pacientes arriba de los cincuenta años de edad. En las mujeres, que han asumido trabajos que tradicionalmente venía realizando el hombre también se ha observado un aumento de frecuencia. Los reportes indican que el hombre padece más de Úlcera Duodenal en relación a la mujer. Esto en una relación de 4:1 y otros indican 3:1.

CUADRO 1

PROPORCION DE DIFERENTES TIPOS DE ULCERA

LOCALIZACION	NUMERO DE PACIENTES	
	1960	1980
DUODENALES	775	602
GASTRICAS	176	287
MULTIPLES	32	75
YEYUNALES (anastomóticas)	11	16
ESOFAGICAS	6	20

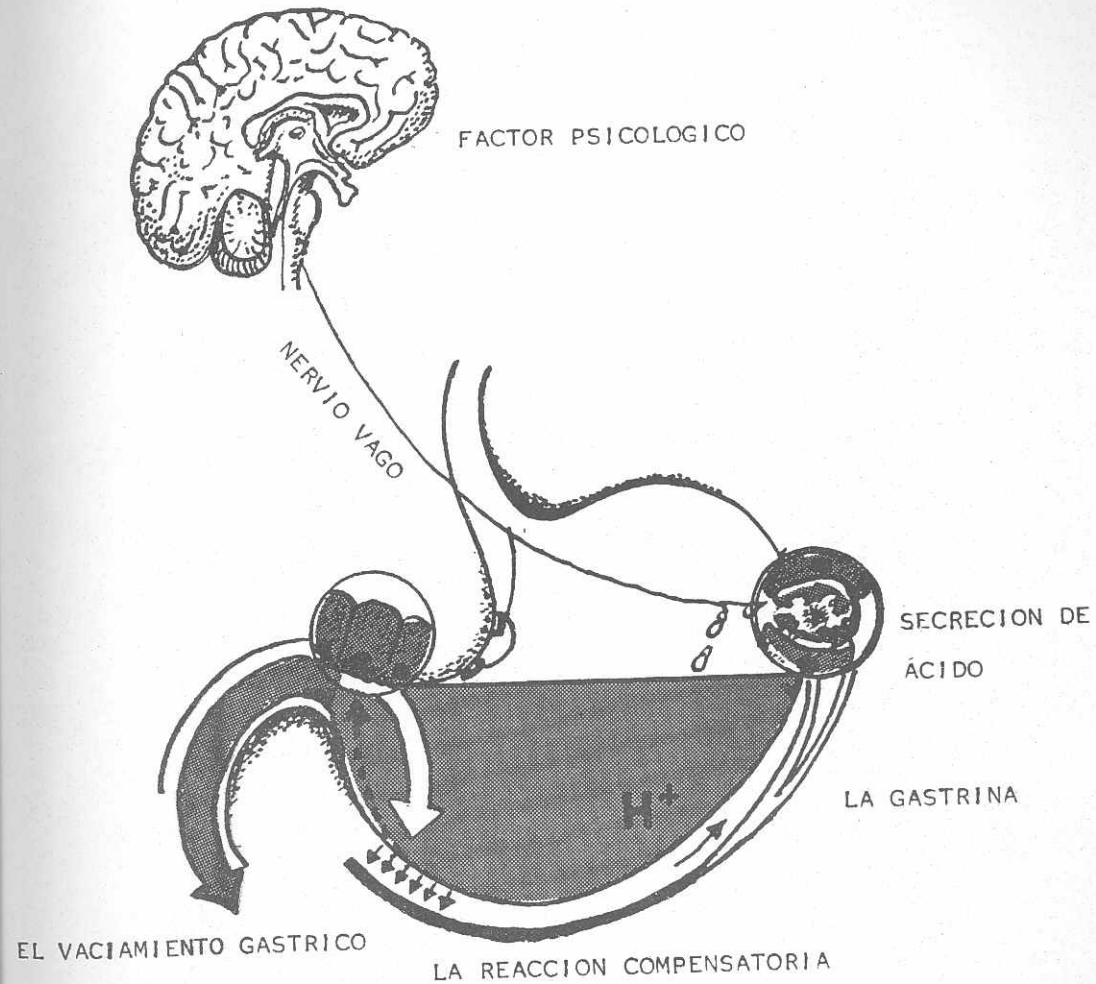
FUENTE: Villalobos, J.J. Gastroenterología, México, Méndez Oteo, 1980. t.1 (pp. 499-500).

ETIOPATOGENESIS

Pareciera que el factor de más importancia en la etiopatogénesis de la úlcera duodenal es el exceso absoluto o relativo de secreciones ácido-pépticas. La premisa Si no hay ácido, no hay úlcera nos recuerda la importancia de dicho factor, pero la búsqueda de otros factores, han permitido identificar a una entidad que su origen es de multifactores. FACTOR-ACIDO-PEPSINA.

El individuo que padece de úlcera duodenal -- tiene una acentuada secreción de ácido clorhídrico y Pepsina. Se ha demostrado que estos individuos tienen el doble de células parietales, en relación a los no ulcerosos. En la práctica, en la relación que se hace de la Úlcera Duodenal -- con el Acido Clorhídrico Gástrico, se desprende que la producción de dicho ácido es fácil de -- cuantificar y por el contrario el de la pepsina, sólo se puede calcular basándose en la actividad de Proteasa. Se considera a la Pepsina como Úlcerógenas, pero no se puede considerar separadamente y lo mismo se puede decir del ácido gástrico en relación a la actividad enzimática. Las Pepsinas gástricas humanas tienen un PH de acidez óptima; cuánto más tiempo el PH de la zona gástrica de salida se mantiene en los márgenes de actividad de las pepsinas. Como por ejemplo, cuando la producción excesiva de ácido gástrico se sobrepone a la capacidad amortiguadora de las secreciones duodenales, tanto más la mucosa se mantiene expuesta a la acción proteolítica de la pepsina. El ácido gástrico y las proteasas gástricas operan en armonía no sólo en la degradación de las proteínas de la dieta, sino también--

PATOGENESIS DE LA ULCERA DUODENAL



TOMADO DE: Macgregor. I.L. Úlcera péptica: diagnóstico y tratamiento. Tribuna Médica 1980 Feb; 27(298)20

en la destrucción mucosal característica de la úlcera. Normalmente las proteínas estimulan la secreción ácida pero también tiene una acción --buffer. Se ha demostrado que los pacientes después de una dieta con proteínas, su úlcera duodenal se ve aumentada de secreción del ácido por el duodeno.

FACTOR HORMONAL:

Se sabe que el tracto gastrointestinal es el origen de numerosas hormonas peptídicas (las llamadas APUD = Amine Precursor Uptake and decarboxylation). Las acciones más conocidas de las hormonas gastrointestinales son sus efectos sobre la secreción y motilidad del tracto digestivo. Sin embargo, se sabe que también tiene influencias en la liberación de otras hormonas y que regulan el metabolismo y crecimiento de los tejidos de varias porciones del tubo digestivo.

GASTRINA: La actividad biológica de la molécula reside en el tetrapéptido C-Terminal ya que la remoción de este fragmento produce la completa pérdida de su actividad. La gastrina G-17 se encuentra más en la parte de la mucosa antral --mientras que la G-34 predomina en la circulación después de una comida. Las células que contienen gastrina se llaman células G y se hallan en las glándulas pilóricas del estómago distal (antro) y en el duodeno proximal. Se estima que en el hombre, el duodeno puede contener tanta gastrina como en el antro.

La Gastrina se libera con el estímulo fisiológico primario que es la comida, especialmente a

través de las sales de calcio y productos de digestión de las proteínas. La secreción gástrica ácida estimulada por la liberación de Gastrina posee un mecanismo de retroalimentación negativa, suprimiendo la subsecuente liberación de Gastrina un PH umbral 2.5, normalmente encontrado después de una comida y suficiente para este propósito. En el hombre la influencia del vago parece ser inhibitoria, ya que los niveles de gastrina se encuentran aumentados después de la vagotomía. Otros mecanismos importantes de control de la liberación de la Gastrina, son el ACTH ya que mantiene los niveles séricos y Antrales de Gastrina. Casi cualquier tejido que es estimulado tróficamente por la Gastrina, secreta una hormona que tiene la propiedad de inhibir la liberación de Gastrina; se incluyen las hormonas como el Glucagón, somatostatina, secretina, Polipéptido inhibidor gástrico y el Péptido Intestinal Vasoactivo. El intestino, Delgado y los riñones son los principales sitios donde se lleva a cabo el metabolismo y eliminación de la Gastrina. Es posible que la Gastrina juegue algún papel en la génesis de la Úlcera Duodenal. La producción de la Gran Gastrina y de la Pequeña Gastrina están aumentadas en los enfermos con Úlcera Duodenal. Las características de la enfermedad como:

- Aumento de células parietales y peptídicas (masa celular).
- Aumento en la liberación de Gastrina después de una comida.
- Mayor sensibilidad a la Gastrina Circulante y una menor inhibición de la liberación de

Gastrina por acidificación antral; esto último sugiere un defecto en la autoregulación de la liberación de Gastrina y secreción ácida que pudiera ser importante.

SECRETINA: Compuesta por 27 residuos de aminoácidos, encontrándose en las células S de la mucosa del duodeno y yeyuno. El ácido gástrico - en el aumento es el principal liberador de secretina y ésta es secretada intermitentemente tanto en ayunas, como en respuesta a una comida cuando los bolos de ácido entran al duodeno. La Secretina estimula la secreción pancreática de bicarbonato (HCO_3) hacia el duodeno, lo cual metaboliza el H^+ del estómago y al aumentar el PH arriba de 4.5 se suprime la subsecuente liberación de Secretina. Algunos estudios han demostrado que la liberación de Secretina en respuesta a la acidificación duodenal está baja en pacientes con Ulcera Duodenal, sugiriendo la posibilidad de un defecto primario a este nivel en la génesis de esta enfermedad.

COLECISTOCININA-PANCREOZIMINA (CCK-P ó CCK): Es una sola sustancia que contiene 33 cadenas de aminoácidos y que está presente en las células I del Intestino Delgado Superior. Es de importancia el hecho de que las 5 cadenas C-terminal son las mismas que para la Gastrina. Toda la actividad de CCK reside en la porción C-terminal de la molécula en particular en los últimos 10 aminoácidos.

En el hombre la CCK tiene acciones farmacológicas y de importancia fisiológica; estimulación de la secreción de enzimas pancreáticas y la contracción de la vesícula biliar, además, de la --

potenciación de la secreción de la secretina - sobre la secreción pancreática HCO_3 .

SOMATOSTATINA: Péptido de 14 residuos de aminoácidos. Se ha encontrado en hipotálamo y cerebro, en el tracto gastrointestinal se localiza en fibras nerviosas y en las células D. Experimentalmente inhibe funciones secretoras y motoras del tracto gastrointestinal.

POLYPEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO (VIP): El VIP se encuentra en todo el tracto gastrointestinal (desde el esófago hasta el recto), así también, en Páncreas, en fibras nerviosas, particularmente en los Plexos de Meissner y de Auerbach, el VIP es de amplio espectro hormonal, sin embargo su papel fisiológico es aún desconocido. El VIP Immunoreactivo se localiza en el sistema nervioso central y sistema nervioso autónomo y se le considera un neurotransmisor.

POLYPEPTIDO INHIBIDOR GASTRICO (CIP): Péptido compuesto de 43 cadenas de aminoácidos. Esta hormona parece tener dos efectos fisiológicos:

- 1) Secreción post prandial de la secreción de ácido y la movilidad gástrica (efecto enterogastrona).
- 2) Liberación de insulina dependiente de la cantidad de glucosa ingerida (efecto insulino trófico). Se le ha llamado Eje Entero - Insular.

MOTILINA: Péptido de 22 residuos de aminoácidos.

dos, presenta en las células Enterocromafines -- (EC₂) del intestino delgado, se libera por acidificación duodenal o por la ingesta de grasa.

POLIPEPTIDO PANCREATICO (PP): Péptido de 36 cadenas de aminoácidos, casi con exclusividad se encuentra en el páncreas, en las células D₂. -- Son pocas en el intestino delgado superior y el estómago. Su papel fisiológico es desconocido.

FACTOR GENETICO:

La úlcera duodenal es más frecuente entre los familiares del paciente y con antecedentes de esta clase de úlcera. Esta relación con la familia implica mucho más que la mera transmisión de características genéticas, porque deben de considerarse otros factores. Los elementos que sugieren que el factor genético hace susceptible al paciente para que tenga una úlcera duodenal son:

La Úlcera Duodenal se da con más frecuencia en pacientes del Grupo Sanguíneo O Pepsinógeno I y HLA-B5, el Grupo Sanguíneo A se relaciona más con la Úlcera Gástrica. La relación entre el -- Grupo sanguíneo O y la úlcera duodenal es particularmente fuerte en ciertas complicaciones, tales como la hemorragia y la ulcerán vaginal después de una gastrectomía parcial. El otro aspecto de consideración de las úlceras y el grupo -- sanguíneo es el Status Secretor; aproximadamente el 75% de las personas tienen en ciertos fluidos corporales: saliva, jugo gástrico, orina; antígenos hidrosolubles de grupos sanguíneos con la -- misma especificidad que los antígenos solubles -- en alcohol acarreados en las superficies de sus-

hematíes. El 25% restante son No secretores; -- su saliva y jugo gástrico no contienen antígenos de grupos sanguíneos con especificidad A, -- B, O. Los eritrocitos de todos los No secretores, tienen el antígeno de LEWIS y los secretan en lugar de los antígenos de los principales grupos sanguíneos en su saliva y jugo gástrico. El status secretor y el rasgo de LEWIS son constantes y están genéticamente determinados, los No secretores que pertenecen al grupo sanguíneo O, son aproximadamente 2.5 más propensos a la Úlcera Duodenal, que los que pertenecen a Grupos Sanguíneos A, B y AB. Los mecanismos íntimos de la relación entre el status-secretor y los grupos sanguíneos son desconocidos.

FACTOR PSICOLOGICO:

Los estudios psicológicos y médicos sugieren la existencia de un Factor Psicológico en la población que padece de Úlcera Duodenal. No se ha logrado alcanzar el grado de regularidad, predictibilidad y control experimental. Y lo que más interesa a los investigadores es la especificidad, por lo que no se cristalizó la -- teoría de las interrelaciones de los factores-psíquicos y la Úlcera Duodenal. El principal obstáculo ha sido la imposibilidad de evitar -- la separación entre lo psíquico y lo somático. La segunda fuente de confusión teórica ha consistido en que no se separaron los tres tipos de factores que participan en la etiología, patogénesis e Historia Natural de la Enfermedad; los factores predisponentes, los descendentes -- y los que influyen en la evolución de la enfer-

medad. Aún con las deficiencias señaladas, -- existen diversas teorías psicológicas que se relacionan con la Úlcera Duodenal, siendo las más importantes:

- Teoría Psicoanalítica
- Teoría Psicosomática
- Teoría Psicofisiológica
- Teoría Reflexológica y Behaviorista.
- Teorías Experimentales.

TEORIA PSICOANALITICA:

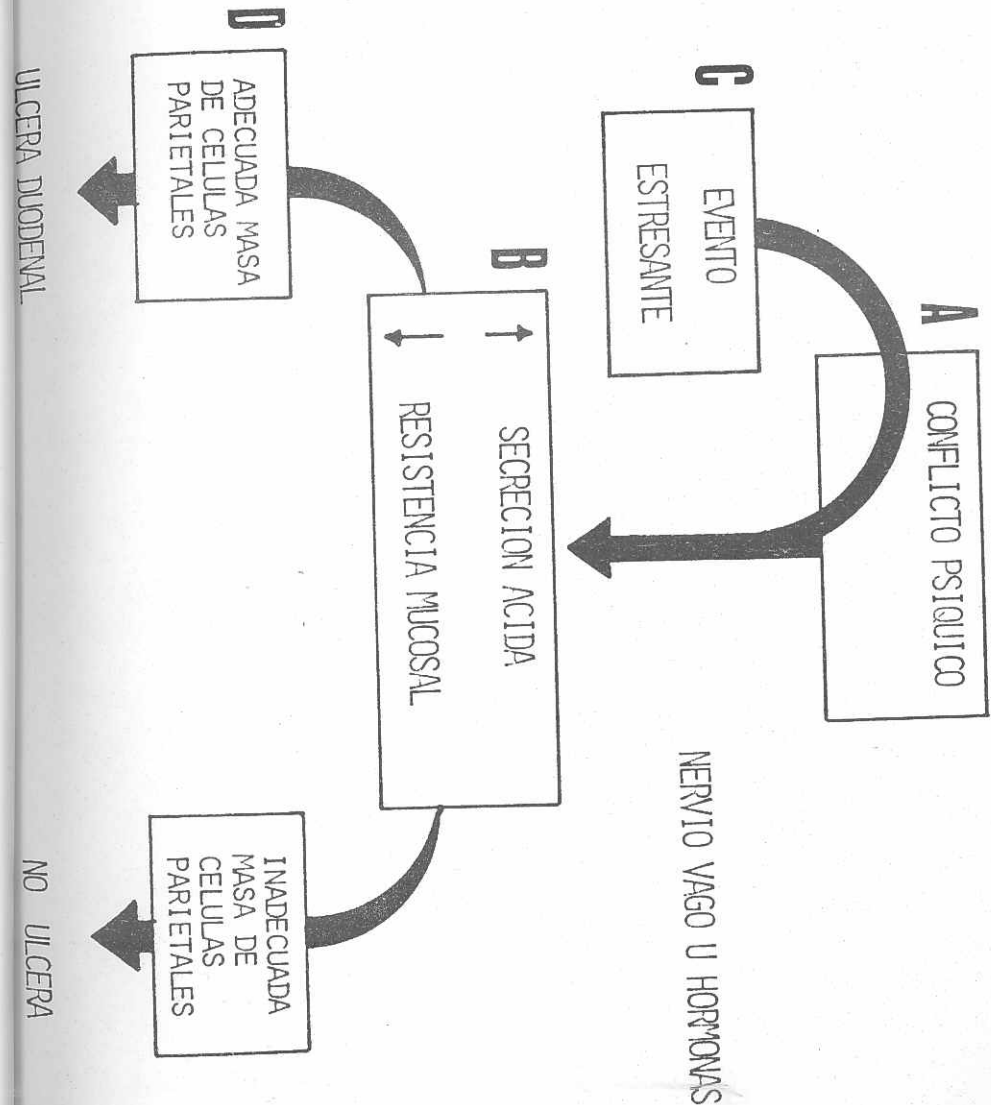
Esta teoría es de importancia por la relación que establece entre el desarrollo psicológico del recién nacido y el infante, y las funciones y los órganos del aparato digestivo. Esta teoría cita que: Las etapas oral y anal son las de mayor importancia principalmente por su contenido simbólico. Pero, el inconveniente es que no se ha podido establecer la relación específica con Úlcera Duodenal.

TEORIA PSICOSOMATICA:

Los estudios clínicos y psicológicos de F. Dumber (8, 10, 17), correlaciona la Úlcera Duodenal con Perfiles de Personalidad, estableciendo su unión por relación causal. Se obtuvieron resultados, en los que aparecen tres estados -- emocionales: ansiedad, culpa y resentimiento. Cannon (8, 10, 17) en sus experimentos sobre el miedo concluyó que se excita el Vago.

En los pacientes con Úlcera Duodenal y sus Perfiles de Personalidad, se estableció la siguiente clasificación:

MADO DE: Sleisenger, M.H., J.S. Fordtran. Gastrointestinal disease: duodenal ulcer diseases. 3rd. ed. Philadelphia, Saunders, 1985. 1850p. (pp.636)

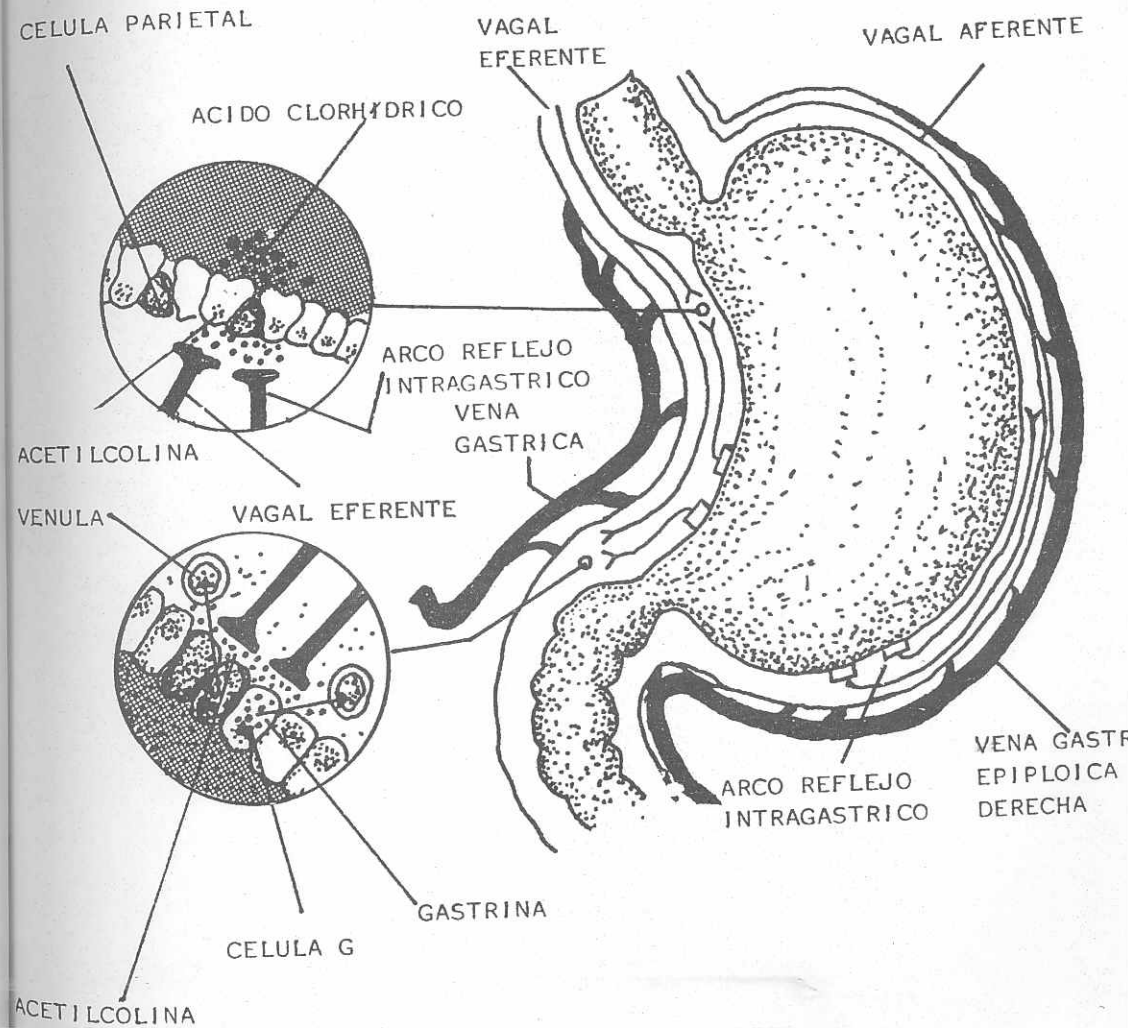


1. **PSEUDOINDEPENDIENTE:** Es el más común entre el sexo masculino. Es el sujeto autosuficiente, independiente, agresivo e hiperactivo. Son los que reciben el calificativo de -Exitosos- en su trabajo. Rechazan todo tipo de asistencia y descanso, se jactan de buena salud y rechazan a los débiles y dependientes.
2. **PASIVODEPENDIENTE:** Son pacientes pasivos, dependientes, manifiestan sus necesidades y a veces son agresivos para solicitarlas.
3. **ULCEROSOS INMADUROS DE PERSONALIDAD:** Son los que menos se presentan, éstos son dependientes y exigen o arrebatan lo que necesitan, pudiendo llegar a la sociopatía, delincuencia o crimen. Estos ulcerosos se encuentran entre la población de desempleados crónicos, alcohólicos y drogadictos.

Pero la teoría psicosomática de correlación entre la Úlcera Duodenal, la personalidad no ha sido aceptada con unanimidad. Alexander (8, -- 10, 17), insiste en que no existe la teoría de correlación, sino que reconoció que sólo los factores psicológicos no bastan para explicar la causa de la enfermedad péptica y la úlcera duodenal. Asumiéndose que la teoría de correlación está mal definida. Este investigador concluye: El paciente con Úlcera Duodenal tiene emociones y conflictos específicos en cada caso:

Investigadores contemporáneos como Wolff -- (8, 10) no considera a la emoción como causa y la alteración funciona como consecuencia, sino-

MECANISMOS NEURONALES EN LA SECRECION DE ACIDO GASTRICO



que ambos fenómenos son dos aspectos de la misma - respuesta total. Así, cada paciente reacciona de acuerdo a su constitución y cuenta con sus mecanismos típicos de protección y adaptación.

J.S. Fordtran (ver esquema No. 2) ha propuesto una teoría psicosomática de la Úlcera Duodenal, la cual consiste en una combinación de conflicto psíquico y un evento estresante, el que causa aumento de secreción de ácido y baja resistencia de la mucosa. La mediación dependería ya sea por mecanismo hormonal o por mecanismo nervioso. La úlcera duodenal puede desarrollarse en aquellos pacientes con adecuada masa celular parietal. Esta teoría, - está sujeta a demostración, pero es interesante el estudio del rol del estado estresante en el desarrollo de la Úlcera Duodenal. Es dificultoso en cuanto a la exactitud y reproducción del estado estresante, adicionalmente se han obtenido resultados de poblaciones sujetas a estado estresante por el tipo de ocupación y las cuales no padecen de Úlcera Duodenal.

TEORIA PSICOFISIOLOGICA:

Estudios realizados por Wolff y Wolf (8, 10), - describen al paciente con enfermedad péptica (úlce- ra) como al sujeto que ante situaciones estresantes o de tensión, reaccionan con agresividad, hostilidad, actitud combativa y que paralelamente a - esto se dá un aumento en la movilidad, secreción y circulación gástrica y en consecuencia dolor epi- gástrico. Las respuestas del organismo ante situa- ciones estresantes, de tensión y presión, se inte- gran mediante conexiones muy complejas estableci- das entre el sistema nervioso autónomo, la hipófi-

sis y el sistema endocrino y el sistema límbico telencefático. El organismo ante situaciones descritas de prioridad a órganos como el corazón y el cerebro, sacrificando al sistema gastrointestinal. Diversas emociones, como el temor y el miedo provocan en el estómago - interrupción del peristaltismo, disminución e inhibición de la movilidad y capacidad de absorción de aminoácidos.

TEORIA REFLEXOLOGICA Y BEHAVIORISTA:

Tanto los clásicos reflejos condicionados como los reflejos operantes o instrumentos actúan modificando las respuestas viscerales ante estímulos determinados. El paciente puede controlar dichas respuestas viscerales, pero si el mantenerlas le contrae ciertas gratificaciones tenderá a perpetuarlas.

TEORIAS EXPERIMENTALES:

Los estudios experimentales realizados en animales de laboratorio, han demostrado que la repetición de estímulos en condiciones de presión y tensión provocan en los animales fenómenos fisiológicos de ulcerar el tejido gástrico y duodenal.

DUODENITIS PEPTICA

La Duodenitis es una enfermedad focal que consiste en inflamación localizada en el duodeno. El comportamiento, tratamiento y pronóstico de la úlcera duodenal y la duodenitis es similar, diferenciados en que la duodeni-

tis es más superficial en su presentación que la úlcera duodenal.

Desde hace muchos años se debate la relación entre la úlcera duodenal y la duodenitis; se pensó que la duodenitis era una fase de desarrollo o de regresión de la úlcera duodenal, también se pensó que la duodenitis era el estado precursor de la úlcera duodenal, lo cual ha sido difícil de demostrar, pero sí parece haber aceptación de la duodenitis como una fase de la evolución de la úlcera duodenal.

Factores implicados en la etiología de la duodenitis, están también en la úlcera duodenal. La actividad ácida y la pepsina, también el factor de tensión emocional, ejemplificando este factor con el estudio hecho con el ejército napoleónico, en el cual se encontró en aquel entonces a muchos soldados con gastro duodenitis.

La localización es en el bulbo duodenal, de ahí que algunos médicos señalen la conveniencia de llamarle Bulbitis.

Los signos y síntomas son tan similares a los de la úlcera duodenal que es clínicamente difícil de hacer diferenciación. El diagnóstico radiológico del duodeno con el uso de bario: describe un rápido vaciamiento (bulbo duodenal irritable) e hiperplasia. La duodenoscopia es el mejor método conocido para diagnosticar tanto la úlcera duodenal como la duodenitis. Citológicamente después de biopsia y cepillado se evidencia células inflamatorias; linfocitos, células plasmáticas, neutrofilos e histiocitos. En el

examen citológico se ha descrito a la giardia, pero no se cree que sea la causante de la duodenitis.

En el tratamiento de la duodenitis se utilizan formas de dosis y frecuencia y duración de la quimioterapia que se utiliza para la úlcera duodenal. En cuanto al tratamiento quirúrgico no hay nada concluyente.

LOCALIZACION ANATOMICA

La úlcera duodenal se localiza anatómicamente en el primer tramo del duodeno:

1. Bulbo Duodenal
2. Canal Pilórico
3. Area Post-Bulbar

A diferencia del síndrome de Zollinger - Ellison; la cual se localiza anatómicamente como una úlcera distal del duodeno, por lo general, aún pueden haber unas que se comporten como la Úlcera Duodenal, pero su localización es en otras partes por ejemplo: la Úlcera Gástrica.

CUADRO CLINICO

Para iniciar la consideración del cuadro clínico del paciente con úlcera duodenal podemos observar que éste consulta al Médico General o al especialista en Gastroenterología, por razones como las de la siguiente clasificación de grupos:

1. Pacientes que sufren enfermedades orgánicas - del Aparato Digestivo.
2. Pacientes que sufren enfermedades orgánicas - del Aparato Digestivo, en cuya etiología y/o-evolución influyen de manera importante, factores psíquicos.
3. Pacientes que sufren alteraciones funcionales del aparato digestivo.
4. Pacientes cuyos síntomas no se explican ni -- por lesiones orgánicas ni por alteraciones -- funcionales del aparato digestivo.

La Ulcera Duodenal tiene dos rasgos importantes: la Cronicidad y la periodicidad. De curso-clínico remitente y con exacerbaciones desde 10 a 35 años. Los ataques de varias semanas de duración quedan espaciados por meses de alivio.

DOLOR: En general, el dolor es una característica de la enfermedad ulcerosa y es el síntoma más-frecuente de todos. Se localiza usualmente en el epigastrio, aunque en la Ulcera Duodenal puede lo-calizarse en el Cuadrante Superior Derecho y con-menor frecuencia se localiza en el Cuadrante Supe-rior Izquierdo o en la región de la cicatriz umbi-lical. Se puede presentar el dolor atípico, como sucede cuanto se irradia hacia la región lumbar.

La intensidad puede ser de leve a intenso, -- aunque por lo general es malestar. Este síntoma-va a depender de la úlcera; el tamaño y penetra-ción de la lesión y el umbral del dolor del pa-ciente. Cuando la lesión penetra a la serosa, el

dolor se hace intenso y más aún, cuando llega a órganos como el páncreas.

El horario del dolor es rítmico usualmen-te antes de las comidas y con el beneficio de cierta mejoría con la comida. Puede presen-tarse en las primeras horas de la madrugada y sugiere que la acidez gástrica está aumentada o que hay penetración de la lesión.

La característica del dolor de la Ulcera-Duodenal es descrita como ardorosa, urente, - punzante y constante, no se alivia con la mo-dificación corporal, sino que solamente lo -- consigue en forma parcial con la ingesta de - alimentos. El malestar de la Ulcera Duodenal perforada se irradia a través del abdomen su-perior en forma de cinturón y es de mayor in-tensidad.

OTROS SINTOMAS: Puede presentarse la sensa-ción de llenura, pesadez, pirósis, regurgita-ciones, eructos y constipación.

HEMORRAGIA: Cuando ésta se presenta sugiere-complicación que lo lleva a ser de calidad de urgente en su atención.

ANSIEDAD: La ansiedad es síntoma cardinal de muchos trastornos que evidencia un proceso y rara vez la enfermedad por sí misma. La an-siedad es parte sistemática de las manifesta-ciones sintomáticas de casi todas las enferme-dades médicas y psiquiátricas. La ansiedad - ha sido enfocada y estudiada por diversas dis-ci-plinas de la salud, y por diferentes escue-

las. Pero, no es propósito agotar todo lo concerniente a la ansiedad en este estudio, por lo que se utiliza el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Este manual es editado por la Asociación Psiquiátrica Americana y su presentación consiste en un Manual y un Breviario - (DSM III). (1)

El DSM III nos permite tener el concepto de ansiedad que se pretende relacionar con la Úlcera Duodenal, dicho manual citado, denomina Trastornos de Ansiedad Generalizada, a la ansiedad generalizada persistente con duración de menos de un mes, sin los síntomas específicos característicos de los trastornos fóbicos, de las crisis de angustia y las obsesivo compulsivas. Y también, debido a otros trastornos como Hipertiroidismo ó la Depresión Mayor.

Se relaciona mucho la personalidad ansiosa -- con los pacientes que sufren de Úlcera Duodenal y se describe una tipificación de personalidad del paciente. Los perfiles son defectuosos como en la mayoría de los juicios psicológicos de la personalidad, pero la ansiedad como síntoma suele aparecer en el paciente ulceroso lo cual lo confirma la experiencia clínica del médico general o el Gastroenterólogo.

RECURRENCIA:

Los índices de recurrencia estudiados por diferentes investigadores, se prolongan desde seis meses hasta un año y han demostrado valores variables entre 40 y 80% después del tratamiento corto en duración, con placebo y medicamentos activos -

como la Cimetidina, Ranitidina, Trimipramina y Pirenzepina. El beneficio del tratamiento con medicamentos y las diferencias entre los índices de curación espontánea (placebo) y con medicamentos, puede variar de 40 a 80% - en el caso del placebo y con medicamentos de 60 a 90%.

DIAGNOSTICO

ANAMNESIS: La Historia Clínica es fundamental y básica para establecer el diagnóstico de Úlcera Duodenal. Permite conocer la conducta del paciente, y hacia dónde apuntan -- los síntomas que relata.

Comunicación Médico-Paciente: la buena comunicación permitirá al Médico tener la información básica para hacer su diagnóstico. Para el paciente traerá el beneficio que desde este momento se inicie el proceso terapéutico. El Médico debe de informar de la situación por la que atraviesa el paciente, debe de buscar la tranquilización del paciente y el reconocimiento y aceptación de la enfermedad. Esto atenuará la ansiedad del paciente sobre lo que le sucede.

EXPLORACION FISICA: Como en todo padecimiento, la exploración física debe de realizarse con cuidado. La exploración del abdomen revela hipersensibilidad y dolor en la región del epigastrio y que algunas veces se manifiesta hacia el lado derecho de la línea media. Cuando no hay dolor, pero la historia sugiere problema ulceroso del duodeno, es --

probable que su localización sea en la parte posterior del duodeno. La succión gástrica se presenta cuando hay problemas obstructivos, cicatrizal o por espasmo.

EXAMEN RADIOLOGICO:

Tanto en la Historia clínica como en la exploración física que sugieren Úlcera Duodenal, nos conducen al examen radiológico. Este tipo de examen nos permite asegurar el diagnóstico en aproximadamente un 90% reconociéndose dos indicadores importantes para establecer el diagnóstico de Úlcera Duodenal:

1. El Cráter
2. La deformidad del duodeno.

Suele aparecer el cráter como un defecto del Bulbo Duodenal relleno de Bario, o con frecuencia la persistencia de Bario. A menudo, se encuentra asociado el cráter, el edema mucosal y puede hacer que la papilla de alrededor tenga apariencia nebulosa. El Diagnóstico Radiológico debe de ser muy estricto, en cuanto a los llamados Signos Radiológicos Positivos, ya que el examen radiológico por sí solo es inconsistente, una vaga irritación del Bulbo Duodenal y una pequeña anomalía duodenal pueden confundir al Radiólogo en su apreciación de Úlcera Duodenal. Ante este margen de error se procede a realizar exámenes complementarios. En cuanto a la utilidad del control Radiológico para evaluar efectos del tratamiento de Úlcera Duodenal, es una mala inversión de recursos y de tiempo. Ya que la mejoría radiológica no tiene significado, la actividad y la curación se-

juzgan por los síntomas y no por las apariencias.

SERIE GASTRODUODENAL: Es el examen radiológico en el cual se debe de preferir que el Radiólogo realice la Fluoroscopia; tomando radiografías pequeñas (llamadas spots) de diferentes proyecciones del estómago y el duodeno. Deben de incluirse radiografías con doble medio de contraste. Las técnicas modernas utilizan la intensificación de imagen de preferencia ante la obsoleta pantalla fluoroscópica. Las placas tomadas sin fluoroscopia son de poco valor.

DUODENOSCOPIA: (Endoscopia del Duodeno): Desde la utilización de la fibra óptica en el GastroscoPIO de Hirschowitz, se ha intentado crear el aparato capaz de observar el duodeno. Los duodenoscopios se iniciaron en el Japón en los años 65 y culminaron en los años 69. La Duodenoscopia es en hoy día como el Método de aplicación clínica que permite establecer el daño de la mucosa y la valoración histopatológica con la biopsia obtenida. Por lo que se le reconoce como el mejor método para diagnosticar Úlcera Duodenal, sin embargo, cuando las úlceras son en la base del Bulbo pudieran escapar a la observación duodenoscópica. El uso de la Duodenoscopia, se dará cuando el diagnóstico radiológico es dudoso o negativo y hay evidencia clínica de úlcera duodenal.

COMPLICACIONES

La Ulcera Duodenal, puede presentar complicaciones, tales como:

1. Estenosis
2. Penetración
3. Perforación
4. Hemorragia
5. Ulcera Duodenal Gigante.

ENFERMEDADES ASOCIADAS

Frecuentemente la Ulcera Duodenal se asocia a otras enfermedades, lo cual reviste importancia clínica en la contribución que pueda dar para su entendimiento en los mecanismos.

Enfermedades Asociadas:

1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
2. Pancreatitis crónica.
3. Cirrosis Portal.
4. Hiperparatiroidismo Primario.
5. Síndrome de Dependencia (drogas y Alcohol).
6. Dudenitis y Gastritis Erosiva.

TRATAMIENTO MEDICO

La Ulcera Duodenal Crónica (no complicada), según los resultados de diferentes trabajos; los mecanismos propios del organismo permiten el proceso cicatrizal, independientemente del tratamiento. Los intentos para tratarla eficazmente han

sido innumerables e incluyen toda una gama de medicamentos y medidas que al paso de los años han mostrado resultados en todas las categorías, que van desde bueno a malo. Esto, explica porqué los pacientes mejoran con un régimen libre, bebidas ácidas, antiácidos, antiespasmódicos, sedantes y placebo, etc. Se ha notado que la Psicoterapia puede mejorar el estado del paciente, independientemente del uso de fármacos.

No existe hasta el momento un tratamiento médico efectivo para resolver el problema de la Ulcera Duodenal (12, 21), pero puede de cidirse el tratamiento médico en base a cuatro objetivos primordiales:

1. Alivio del dolor
2. Acelerar la cicatrización de la Ulcera
3. Prevenir las complicaciones
4. Evitar las recurrencias.

La variedad de criterios y métodos clínicos para tratar médicamente el problema de la Ulcera Duodenal, por lo general en la práctica se conjugan:

PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS:

El mejor, más rápido y directo de los métodos para aliviar el dolor de la Ulcera Duodenal, es sacar el ácido del estómago, aspirando con una sonda de levin. Su inconveniencia es que la molestia de la sonda hace que el paciente crónico prefiera otros métodos de tratamiento médico.

TERAPEUTICA FUNDAMENTADA EN ALIMENTOS:

La vieja idea de una dieta blanda y comidas - frecuentes, se ha abandonado desde hace algún - tiempo, cuando se estableció que cualquier alimen- to estimula la secreción de ácido y las úlceras - gástricas y duodenales se forman en presencia de- ácido. De la leche, antes elogiada como agente - amortiguador, hoy se sabe que estimula la secre- ción de ácido gástrico en un grado mayor aún que- las bebidas con cafeína. Datos recientes señalan que el uso de alimentos con fibra son de utilidad para prevenir la recurrencia de la enfermedad.

El uso de ciertos alimentos, de fármacos y de ciertos hábitos, son de importancia considerarlos en el paciente ulceroso; los llamados alimentos - irritantes, tales como chile, vinagre, alcohol, - café, té y las especies o condimentos son estima- dos hoy en día como estimulantes de la secreción- del ácido gástrico, como lo es cualquier otro ali- mento. Los fármacos como el ácido acetilsalicíli- co, fenilbutazona, indometacina y los corticoste- roides deben de manejarse con cautela en el pa- - ciente con Úlcera Duodenal, ya que se ha demostra- do su capacidad de irritación de la mucuosa. En- cuanto a los hábitos, como el tabaquismo, su efec- to es adverso en la curación de la úlcera, aunque sólo modifique parcialmente la secreción de ácido gástrico.

TERAPEUTICA FUNDAMENTADA EN FARMACOS:

Por lo general se organizan en cuatro grupos- los productos farmacológicos de utilidad en el -- tratamiento del paciente con Úlcera Duodenal:

1. Antiácidos
2. Anticolinérgicos y Antisecretorios
3. Bloqueadores H_2 de la Histamina
4. Sedantes.

ANTIACIDOS: Para seleccionar el antiácido de- be de considerarse:

1. Poder neutralizante
2. El grado de Secreción gástrica
3. El grado de vaciamiento del anti- ácido por el estómago.

Los antiácidos de uso más frecuente son:

1. Hidróxido de aluminio
2. Hidróxido de magenesio
3. Carbonato de Calcio

El bicarbonato de sodio, el cual tuvo uso extenso, ahora su uso es ocasional, porque su- absorción produce alcalosis o administrado jun- to a la leche desencadena el síndrome de Leche -Alcali.

Sedantes: La denominación de tranquilizantes- que también se reconocen con los nombres de se- dantes y/o ansiolíticos, agrupan a los:

1. Carbonato de Propanodiol
2. Benzodiacepínicos
3. Antihistamínicos.

Estos medicamentos tienen lugar en la te- rapéutica del enfermo con úlcera; la tensión - emocional y la ansiedad se supone que son capa

ces de aumentar la secreción de jugo gástrico y la actividad motora del estómago. Durante el período de actividad de la Úlcera, los tranquilizantes o sedantes son de utilidad, entre los cuales, los benzodiacepínicos son los de más aceptación.

Los Benzodiacepínicos han sido ampliamente utilizados en la clínica y el laboratorio. Su aceptación se sustenta en el menor grado de efectos colaterales, menor riesgo de toxicidad y el menor grado de riesgo en la dependencia.

Clasificación de los Benzodiacepínicos: Se consideran el prototipo de éstos: el Diazepán y el Clorodiacepóxido, su uso ha sido diverso y amplio, incluyendo la ansiedad. En la actualidad no se conoce una clasificación adecuada, ya que su espectro terapéutico es similar, pero si nos basamos en el uso que se le ha dado para tratar la ansiedad, podemos disponer de los siguientes:

1. Clorodiacepóxido
2. Diazepán
3. Oxacepán
4. Cloracepato.

Farmacodinamia: Stenbach (19), hizo estudios en 1973 sobre la farmacodinamia de los Benzodiacepínicos; clínicamente el cloridiacepóxido fue el que primero se utilizó, luego sus congéneres. El Oxacepán es un producto metabólico N-desmetilado - 3-Hidroxilado del diazepán. El cloracepato se convierte en N-Dimetildiazepán y luego se oxida a oxacepán.

El efecto ansiolítico se acepta que se da en el sistema límbico, especialmente en el Hipocampo.

Aunque no se reconoce el mecanismo bioquímico, se cree que su efecto se debe a la modificación de los neurotransmisores; principalmente el GABA y la Glicina Cerebral. La valoración de la eficacia terapéutica de los Benzodiacepínicos es dificultosa, por lo que hace comprensible los diferentes resultados obtenidos, especialmente en los humanos. Las bases Neurofisiológicas y bioquímicas de la ansiedad no son concluyentes, por lo que la aceptación de los benzodiacepínicos ha sido derivado del uso clínico.

Indicaciones de los benzodiacepínicos, entre otras, se utilizan para tratar la ansiedad en todas sus formas; en estado de nerviosismo, tensión, aprensión y agitación. También, en estados patológicos, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Úlcera Duodenal y Cólon Perezoso.

Modo de empleo de los benzodiacepínicos: su uso debe de individualizarse, de acuerdo al estado clínico del paciente. En la Úlcera Duodenal, se debe de usar en el momento en que la actividad de la úlcera está aumentada. El paciente con Úlcera Duodenal muchas veces no tiene un estado de ansiedad, sino que puede ser una depresión.

Los benzodiacepínicos son de preferencia utilizados en tratamientos cortos o intermitentes. Su efecto terapéutico se observa a la semana de uso. Para iniciar el tratamiento, será paulatinamente y de la misma manera la suspensión.

Debe preverse que sus efectos son decrecientes (efectos terapéuticos), y el hábito, por lo general después de una cuarta semana debe de considerarse su omisión.

- Efectos Colaterales: Los efectos colaterales son debido a su extensión del espectro terapéutico. El paciente con úlcera duodenal, no necesita grandes dosis y la duración de su uso, no va más allá de cuatro semanas. Los efectos más frecuentes con el uso del medicamento son la somnolencia y la ataxia.

- Precauciones: El uso de los benzodiacepínicos implica algunas precauciones y cuidados; al usar cualquier otro depresor del sistema nervioso central.

Al manejar vehículos y maquinaria al tener actividades laborales riesgosas al -- combinarlos con neurolépticos.

Al administrarlos por más de dos meses continuos, estimar el síndrome de supresión.

No administrarlos por vía intramuscular, por -- lograr bajos niveles en sangre.

No usarlos en madres en período de lactancia, -- ya que se excreta en la leche y de efectos indeseables en el feto.

Contraindicaciones:

- Miastenia Grave
- Todas las formas de ataxia
- Otros depresores del sistema nervioso central

- Primer trimestre de embarazo
- Lactancia materna
- Hipersensibilidad a las benzodiazepinas
- Estado de choque
- Glaucoma (relativa).

Intoxicación por Benzodiacepínicos: La toma extremadamente grande del medicamento, tiene efectos sobre la presión arterial, la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. - Se ha demostrado que los benzodiacepínicos son -- a prueba de suicidio--.

MATERIAL Y METODOS

1. POBLACION DE ESTUDIO:

- A) Pacientes del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala.
- B) Del período comprendido entre el 10. de marzo de 1985 al 30 de septiembre del mismo año.
- C) 321 Endoscopías (Gastros copias).

2. MUESTRA:

- A. Se tomó de la población de estudio a 50 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Péptica.
 - Úlcera Duodenal- 20 pacientes
 - Duodenitis- 30 pacientes.
- B. La muestra se tomó sesgada.

3. VARIABLES:

- A. Tratamiento: Seguimiento por 2 meses a-
2 grupos:

Grupo A: Dieta
Antiácidos
Cimetidina.

Grupo B: Dieta
Antiácidos
Cimetidina
Benzodiacepínicos.

B. Ansiedad Generalizada:

Al tener diagnóstico,
se pasó cuestionario.

4. INSTRUMENTOS:

- A. Historia Clínica (incluye hoja de control-
de evolución)
- B. Ficha de Datos Generales y Endoscópicos.
- C. Cuestionario de los Criterios de Diagnósti-
co de trastornos de ansiedad generalizada-
(DSM-III).
- D. Tarjeta y Libro de Citas.

PRESENTACION DE RESULTADOS

1. De 321 GastroscoPIas (100%);
son 30 (9.34%) Duodenitis y 20 (6.23%) Ul-
cera Duodenal.

2. En el estudio. El sexo masculino padece-
de Ulcera Duodenal y Duodenitis en un 52%
(26 casos) y el sexo femenino en un 48% -
(24 casos).

3. Los grupos etarios fueron afectados en la
siguiente forma:

10 - 19 años	=	1	(2 %)
20 - 29 años	=	9	(18%)
30 - 39 años	=	10	(20%)
40 - 49 años	=	7	(14%)
50 - 59 años	=	13	(26%)
60 - 69 años	=	8	(16%)
70 en adelante	=	2	(4%)

4. La ocupación u oficio de los pacientes con
Ulcera Duodenal y Duodenitis, se presentó-
así:

Agricultor y Pequeño comer- ciante	=	5 casos. (10%)
Oficios Domésticos	=	24 casos (48%)
Obreros	=	9 casos (18%)
Profesionales y estudiantes	=	4 casos (8%)
Sin empleo	=	5 casos (10%)
Sin referencia	=	3 casos (6%)

5. De los pacientes diagnosticados con Úlcera - Duodenal y/o Duodenitis, sólo el 8% (4 casos) tenían gastroscopia previa, y en el mismo porcentaje se realizaron biopsias, de las cuales el 2% (1 caso) fue positivo a diagnóstico citológico patológico.

6. La inespecificidad de la correlación de diagnósticos clínico radiológico endoscópico, se presentó en la siguiente forma: Con la observación previa de que radiológicamente solo - fueron estudiados 16 pacientes con una serie-castroduodenal.

Clínico Radiológico = 75%

Clínico Endoscópico = 76%

Radiológico Endoscópico = 63%

7. El 62% (31 casos) de los pacientes no ameritaron hospitalización por más de 24 horas, mientras que el 38% (19 casos) si fueron hospitalizados. Siendo la complicación más frecuente la hemorragia 26% (13 casos).

8. Las enfermedades del aparato gastrointestinal, asociadas a Úlcera Duodenal y/o duodenitis, - después de la gastroscopia son:

ÚLCERA DUODENAL.

1. Gastritis
2. Hernia Hiatal
3. Esofagitis.
4. Duodenitis
5. Varices Esofágicas

DUODENITIS.

1. Gastritis
2. Hernia Hiatal.
3. Esofagitis
4. Úlcera Gástrica
5. Úlcera Duodenal

CUADRO No. 1

"RESPUESTA DE PACIENTES AL TRATAMIENTO CON DOS ESQUEMAS TERAPEUTICOS"

EVOLUCION	ÚLCERA DUODENAL Y DUODENITIS	
	CON BENZODIACEPINICOS	SIN BENZODIACEPINICOS
POSITIVA	18 (36%)	30 (60%)
NEGATIVA	1 (2%)	1 (2%)
TOTAL	19 (38%)	31 (62%)

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO.

CUADRO No. 2

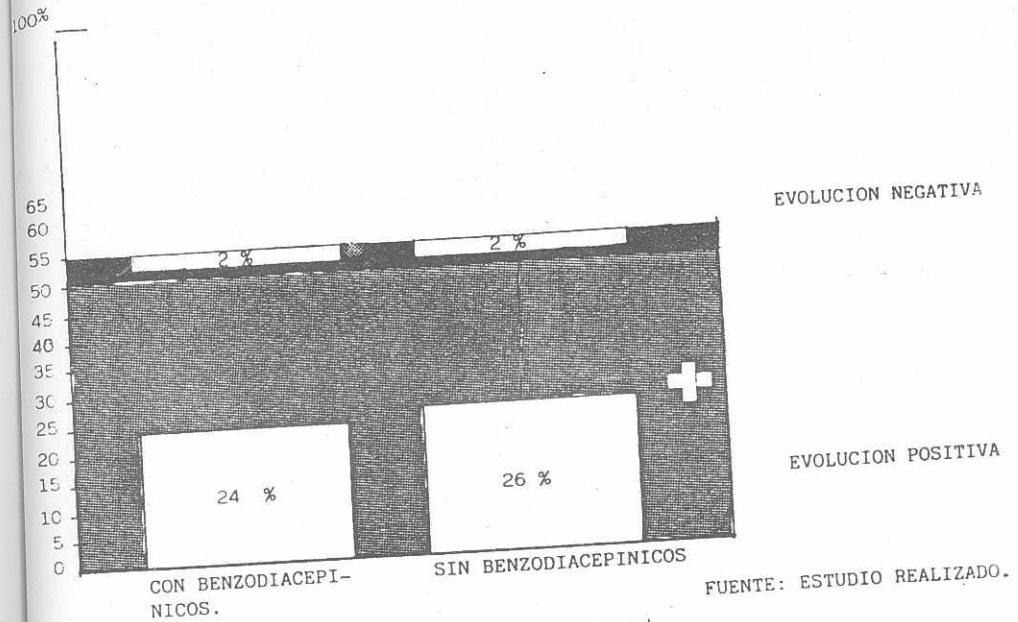
"RASGOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA"

ANSIEDAD	ÚLCERA DUODENAL	DUODENITIS	TOTAL
PRESENCIA	13 (26%)	14 (28%)	27 (54%)
AUSENCIA	7 (14%)	16 (32%)	23 (46%)

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO.

GRAFICA No. 1

"ULCEROSOS CON ANSIEDAD GENERALIZADA Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO"

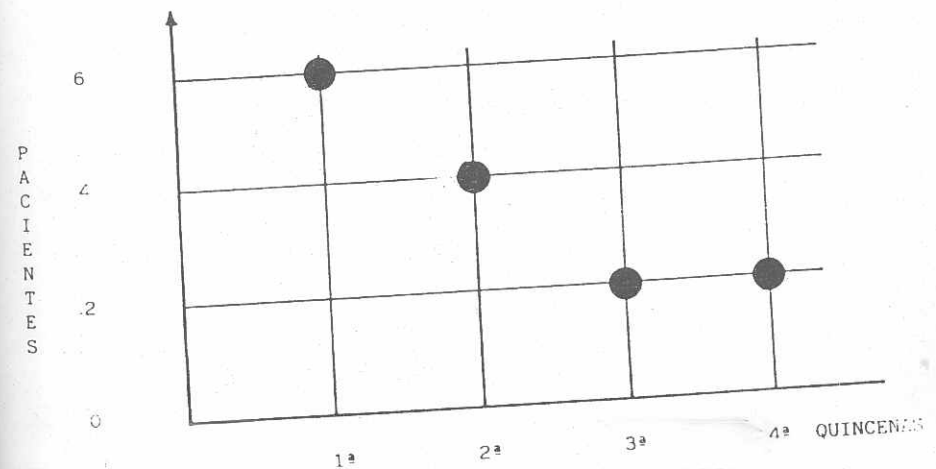


FUENTE: ESTUDIO REALIZADO.

GRAFICA No 2

"NUMERO DE PACIENTES CON EVOLUCION NEGATIVA"

TOTAL 50



FUENTE: ESTUDIO REALIZADO.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los porcentajes de 9% y 6% para duodenitis y Úlcera Duodenal reflejan lo frecuente que son estas patologías del aparato gastrointestinal. Aunque clínicamente se diagnostica mucho a la úlcera duodenal, con el diagnóstico endoscópico no se ha dado la presencia esperada.

Los datos epidemiológicos de referencias no se han mostrado similares; pues en lo que ha sexo se refiere hay equilibrio de porcentajes. Es posible que la calidad de la muestra o el volumen de la misma sea la causa. Porque también en la ocupación u oficio se encontró que los más afectados con úlcera duodenal y/o Duodenitis son amas de casa o de oficios domésticos y los obreros, pero pudo haber influido las características del Hospital ya que por ser público, consultan personas de nivel socio-económico bajo y de cierta categoría laboral, en cuanto a los grupos etarios si se confirma que los más afectados son los de edad productiva.

La gastroscopia es un método diagnóstico accesible por sus costos en hospital público, no presenta alto riesgo y complicaciones, el paciente no requiere preparación sofisticada previo al examen. En cuanto al método de diagnóstico clínico y el radiológico, (serie gastroduodenal), no resultan específicos para la úlcera duodenal y duodenitis. En cuanto a las biopsias se refiere, si debería de biopsiarse

a los pacientes, aunque clínicamente no fuera justificable.

Entre las complicaciones más frecuentes está la hemorragia, pero atendiéndola en un hospital - como el San Juan de Dios, no resultan fatales.

La Úlcera Duodenal y/o Duodenitis, por lo general no se presentan solas, sino que otras entidades del aparato gastrointestinal, suelen acompañarlas, entre ellas, la gastritis, hernia hiatal, esofagitis, úlcera gástrica y várices esofágicas.

Aunque un alto porcentaje de pacientes presentó rasgos de -Ansiedad Generalizada-, no parece ser que sea conveniente en generalizar que los pacientes con Úlcera Duodenal y/o duodenitis son - ansiosos, porque hay otras manifestaciones como la depresión la cual habrá que estudiar. De ahí, que en parte los pacientes con rasgos de -Ansiedad Generalizada-, respondieron bien al tratamiento convencional, como también los que recibieron benzodiazepínicos, al considerar que los pacientes de los dos grupos con la diferencia de que - unos utilizaron benzodiazepínicos y otros no, presentaron una evolución satisfactoria, se puede pensar en que la dieta antiácidos y Lacimetidina son los que atenuaron los síntomas y mejoraron el estado clínico del paciente y que los benzodiazepínicos no vinieron a dar un marcado beneficio en los pacientes. Por lo que los pacientes que sí referían la notoriedad del beneficio de los benzodiazepínicos era por razones a estados emocionales específicos y que éstos no se pueden caracterizar como parte de la úlcera duodenal y/o Duodenitis.

Los síntomas más referidos en la primera consulta, como en los casos resistentes al tratamiento, fueron entre los más importantes la - epigastralgia, pirosis, dispepsia, y que la - persistencia de éstos en unos pacientes durante los primeros quince días, posiblemente se debió a que la acción medicamentosa no había logrado aún su efectividad, porque luego desapareció, quedando al final sólo dos pacientes que no mejoraron ni con aumento de dosis, ni con medicamentos adicionales, los cuales al final se debió a otras causas.

CONCLUSIONES

1. Entre las patologías del aparato gastrointestinal; la Duodenitis y la Úlcera Duodenal presentaron en el Estudio porcentajes de 9.34% y 6.23% respectivamente.
2. El diagnóstico endoscópico es el más preciso, de fácil operabilidad y con riesgos mínimos, para el establecimiento de la existencia de úlcera duodenal y duodenitis.
3. El paciente con úlcera duodenal y duodenitis, no puede caracterizarse como ansioso. Aunque un alto porcentaje presenta rasgos de Ansiedad Generalizada. Al parecer se encuentra entre estados emocionales comprometidos.
4. El paciente con úlcera duodenal y duodenitis responde satisfactoriamente al tratamiento convencional, como también; al que se le adiciona un benzodiacepínico, lo cual sugiere que éstos no superan al uso del tratamiento convencional.
5. El uso de Benzodiacepínicos resulta de utilidad en casos específicos de trastornos emocionales y los cuales no son propios de la úlcera duodenal y duodenitis.

RECOMENDACIONES

1. Que no se incurra en la generalización para caracterizar a los pacientes con úlcera duodenal y duodenitis, ya que se pueden encontrar además de síntomas y signos de ansiedad generalizada, otros como la depresión.
2. Que el enfoque de los pacientes con úlcera duodenal y duodenitis se haga desde una perspectiva multicausal. El abordamiento de este tipo de pacientes debe hacerlo un equipo de profesionales en las diferentes disciplinas de la salud.
3. El uso de los benzodiacepínicos no debe de ser empírico é indiscriminado. El paciente que los utilizará debe haber sido seleccionado previamente.
4. Invitar a estudiantes de medicina, para que realicen investigaciones en el campo de la Medicina Psicosomática. Es un campo fértil para las investigaciones y es un gran número de población guatemalteca que estimativamente se puede ver afectada.

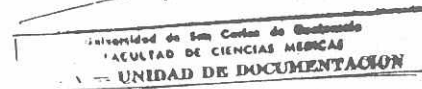
RESUMEN.

El establecimiento de un diagnóstico lo más específico posible se logró con la gastroscopia para seguir la evolución del paciente con Ulcera Duodenal y/o Duodenitis por espacio de dos meses. Dedicando especial interés a la respuesta de dos grupos de pacientes, a dos esquemas terapéuticos. Un grupo utilizando dieta antiácidos y cimetidina y el otro grupo recibió además de lo descrito, un benzodiacepínico, lo cual no resultó presentar una diferencia ya que en términos generales los dos grupos dieron respuesta satisfactoria al tratamiento. También se pretendió conocer si el paciente con Ulcera Duodenal y/o Duodenitis se puede caracterizar como ansioso, lo cual no resultó generalizado, sino que sí hay un alto porcentaje con rasgos de ansiedad generalizada-. En casos particulares sí es útil el uso de benzodiacepínicos por trastornos emocionales específicos, que no parecen ser propios de las entidades que motivaron el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1983. 513p. (pp.244-246, 358-359)
- 2- Benson, H. et al. The placebo effect; a neglected asset in the care of the patients. JAMA 1975 Dic 22; 234(12)1225-1227
- 3- Brink, T.L., J.A. Yesavage. Somatoform disorders. Postgrad Med 1982 Jul; 72(1)189-198
- 4- Burbige, E.J. et al. Ethyl alcohol and disease; alcohol and the gastrointestinal tract. Med Clin North Am 1984 Jan; 68(1)77-89
- 5- Cheli, R. Is duodenitis always a peptic disease? Am J Gastroenterol 1985 Jun; 80(6)442-444
- 6- Cristensen, J. Fisiología del tracto gastrointestinal. Clínicas Médicas de Norteamérica 1974 Nov; 58(6)1164-1180
- 7- Conell, A.M. Motility and its disturbances: emotion and the gastrointestinal tract. Clin Gastroenterol 1982 Sep; 11 - (3)665-672
- 8- Ey, H. et al. Tratado de psiquiatría. 8a. ed. Barcelona, Torray, 1978. 1100p. (pp.396-405, 903-905)
- 9- Fava, G.A. et al. Depression and gastrointestinal illness; the joint use of biological and clinical criteria. Am J Gastroenterol 1985 Mar; 80(3)195-199
- 10- Freedman, A.M. et al. Compendio de psiquiatría. Barcelona, Salvat, 1975. 919p. (pp.476-478)
- 11- Goodman, L.A. Goodman. The pharmacological basis of therapeutics. 6th. ed. New York, Macmillan, 1980. 1843p. (pp.56-59, 321-392, 436-442, 629-632, 988-1001)
- 12- Greenberger, N.J., D.H. Winship. Gastrointestinal disorders: a pathophysiologic approach. Chicago, Year Book Medical, 1979. 363p. (pp.45-103)
- 13- Joffe, S.N. et al. Endoscopia; duodenitis. Clínica Gastroenterológica 1980; 6(3)82-98

- 14- Kenneth, M.H., J.I. Isenberg. Peptic ulcer disease: physiology and pathophysiology. Hosp Pract 1985 Jan; 20(1)89-106
- 15- Macgregor, I.L. Ulcera péptica: diagnóstico y tratamiento. Tri-buna Médica 1980 Feb; 27(298)19-26
- 16- Mcguigan, J.E. The gut and the sistemic disease: side effects of nistamin-2-receptor antagonists. Clin Gastroenterol 1983 Sep; 12(3)81-83
- 17- Millon, T. Psicopatología moderna. Barcelona, Salvat, 1976. 747p. (pp.432-440, 471-481, 624-629)
- 18- Myren, J. Historia natural de la úlcera péptica. Mundo Médico 1984 Nov; 1(5)21-24
- 19- Poldinger, W. Compendio de psicofarmacoterapia. 2a. ed. Basi-lea, Roche, 1975. 159p. (pp.54-59, 89-95, 111-132)
- 20- Rattan, S. Gastrointestinal motility disorders: neural regula-tion of gastrointestinal motility; nature of neurotrans-mission. Med Clin North Am 1981 Nov; 65(6)1129-1141
- 21- Sleisenger, M.H., J.S. Fordtran. Gastrointestinal disease: duodenal ulcer disease. 3rd. ed. Philadelphia, Saunders 1985. 1950p. (pp.625-672)
- 22- Uriarte, V. Psicofarmacología. México, Trillas, 1980. 168p. (pp.92-117)
- 23- Villalobos, J.J. Gastroenterología. México, Méndez Oteo, 1980 t.1



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD EN AÑOS: _____. NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

NUMERO DE ENDOSCOPIA: _____. ENDOSCOPIA ANTERIOR: SI: _____ NO: _____

DIAGNOSTICO CLINICO: _____

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: _____

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO: _____

ENDOSCOPIO UTILIZADO: _____. PREMEDICACION: _____

BIOPSIA: SI: _____ NO: _____ UNIDAD HOSPITALARIA: _____

MEDICO TRATANTE: _____. FECHA: _____

OFICIO: _____

CUESTIONARIO

SEÑALAR SI EL PACIENTE SUFRE ALGUNO (S) DE LOS SINTOMAS ENLISTADOS.

ESTREMECIMIENTOS	TICS PALPEBRALES	MOVIMIENTOS BRUSCOS
TEMBLOR	ESPASMOS	DOLORES MUSCULARES
FATIGA	TENSION	INCAPACIDAD DE RELAJACION
CENO FRUNCIDO	INQUIETUD	ROSTRO CONSTRICTO
INTRANQUILIDAD	RESPUESTAS DE ALARMA.	
SUDORACION	PALPITACIONES	TAQUICARDIA
MANOS SUDOROSAS	BOCA SECA	MAREO
CRISIS DE CALOR	CRISIS DE FRIO	DIARREA
MICCION FRECUENTE	NUDO EN LA GARGANTA	SENSACION DE VACIO EN LA CABEZA
DOLOR O MOLESTIAS EN LA BOCA DEL ESTOMAGO		
ENROJECIMIENTO O PALIDEZ DE LA PIEL		
PULSO Y RESPIRACIONES AUMENTADAS EN REPOSO.		
ANSIEDAD	MIEDO	PREOCUPACION
ANTICIPACION DE DESGRACIAS PARA UNO MISMO O PARA LOS DEMAS.		
HIPERATENCION	DISTRATIBILIDAD	INSOMNIO
DIFICULTAD DE CONCENTRACION		IRRITABILIDAD
SENSACION DE "ESTAR AL LIMITE".		IMPACIENCIA

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

CONFORME:


Dr. LUIS FELIPE ASTEGUIETA
ASESOR.
COT 1940
Dr. Luis Felipe Asteguieta S.
MEDICO Y CIRUJANO
Col 1940

SATISFECHO:



Dr. RENE FERNANDO ESTRADA MAYORGA
REVISOR.
COL 1673
RENE F. ESTRADA M.
Medico y Cirujano
Col 1673

APROBADO:



DIRECTOR DEL CICS




Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U.S.A.C.

Guatemala, 08 de Noviembre de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).