



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
"EXPERIENCIA CON ESCLEROTERAPIA PARA EL MANEJO DE VARICES
GÁSTRICAS EN LA UNIDAD DIAGNÓSTICA GASTROENTEROLÓGICA
PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DE JUNIO DE 2010 A
ENERO 2015"

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

PRESENTA:

DRA. INGRID GUADALUPE MARÚN HERNÁNDEZ

TUTOR DE TESIS:

DRA. ERICKA MONTIJO BARRIOS

COTUTOR

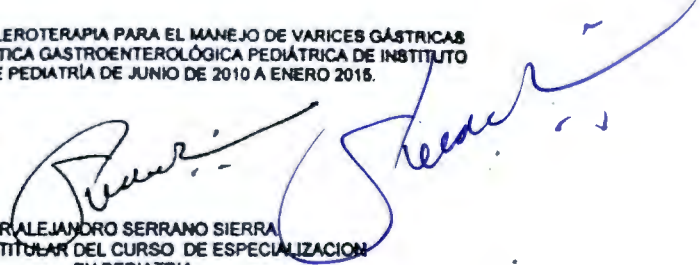
DR. JOSE FRANCISCO CADENA LEÓN



MÉXICO, D.F.

2015

EXPERIENCIA CON ESCLEROTERAPIA PARA EL MANEJO DE VARICES GÁSTRICAS
EN LA UNIDAD DIAGNÓSTICA GASTROENTEROLÓGICA PEDIÁTRICA DE INSTITUTO
NACIONAL DE PEDIATRÍA DE JUNIO DE 2010 A ENERO 2015.



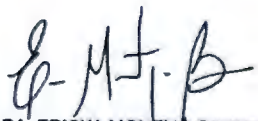
DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN PEDIATRÍA



DRA. ROSAURA ROSAS VARGAS
DIRECTORA DE ENSEÑANZA



DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO



DRA. ERICKA MONTIJO BARRIOS
TUTOR DE TESIS



DR. JOSE FRANCISCO CADENA LEON
COTUTOR DE TESIS



EXPERIENCIA CON ESCLEROTERAPIA PARA EL MANEJO DE VARICES GÁSTRICAS
EN LA UNIDAD DIAGNÓSTICA GASTROENTEROLÓGICA PEDIÁTRICA DE INSTITUTO
NACIONAL DE PEDIATRÍA DE JUNIO DE 2010 A ENERO 2015

INDICE

Índice	.....	3
Pregunta de Investigación	.....	4
Marco teórico	.....	4
Justificación	.....	6
Objetivos	.....	6
Materiales y métodos	.....	7
Definición de Variables	.....	7
Descripción del estudio	.....	7
Análisis Estadístico	.....	10
Consideraciones éticas	.....	11
Cronograma de Actividades	.....	11
Resultados	.....	11
Discusión	.....	12
Conclusiones	.....	16
Bibliografía	.....	15
Anexos	.....	16

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la experiencia con escleroterapia para el manejo de varices gástricas en la Unidad Diagnóstica Gastroenterológica Pediátrica de Instituto Nacional de Pediatría de Junio de 2010 a Enero 2015?

Marco Teórico.

Definición. Las varices gástricas (VG) son dilataciones vasculares del sistema de drenaje venoso gástrico producidas por aumento de la presión del sistema porta.

Fisiopatología. Las VG se desarrollan con una presión portal baja (<10mmHg) secundario al desarrollo de derivaciones gastrosistémicas o varices esofágicas de gran tamaño que aumentan la presión de la pared del vaso.

Normalmente el flujo venoso del estómago es drenado por la venas gástricas cortas y posterior a la vena esplénica, en la hipertensión portal el flujo venoso es retrógrado del bazo hacia el estómago y la mayoría de las varices fúndicas drenan a la vena frénica que se une con la vena renal izquierda para formar la derivación gastrorenal (80-85%) o con la vena cava inferior por debajo del diafragma para formar la derivación gastrocava (10-15%) muy raramente drenan a través de las venas paraesofágicas. Las VG son más frecuentes en pacientes con hipertensión portal no cirrótica y obstrucción extrahepática de la vena porta.

Epidemiología. Las VG se presentan en 5-33% de los pacientes con hipertensión portal con una incidencia de sangrado de tubo digestivo del 25% en los 2 primeros años. Son menos comunes que las varices esofágicas y ocurren en aproximadamente 20% de los pacientes con hipertensión portal. Sarín y colaboradores estudió de forma prospectiva a 568 pacientes con hipertensión portal generalizada documentando la prevalencia de las varices gástricas, encontrando que 20% de los pacientes desarrollaron VG y que el 9% de los pacientes las desarrollaron de forma prospectiva.

Clasificación. Las varices esofágicas se clasifican según su tamaño y localización.

Tipo	Definición	Subtipo
Várices esofagogástricas (GOV)	Várices esofágicas que se extienden más allá de la unión esofagogástrica.	GOV 1. Se extienden por 2 a 5 cm sobre la curvatura menor. GOV 2. Se extienden a lo largo del fundus.
Várices gástricas aisladas (IGV)	Várices que se encuentran de manera aislada en el estómago.	IGV 1. Várices fúndicas aisladas que no se continúan de las varices esofágicas. IGV 2. Várices en otro lugar que no sea el fondo gástrico: cuerpo, antro, píloro.

Várices grandes	>10 mm
Várices medianas	5- 10 mm
Várices pequeñas	<5 mm

Complicaciones. La principal complicación de las VG es el sangrado, el cual se puede presentar con presiones <12mmHg (36.8%) debido al tamaño de las várices fúndicas y la tensión elevada de la pared gástrica. El riesgo de sangrado es menor que el de las várices esofágicas, sin embargo la morbi-mortalidad es más elevada.

Tratamiento de sangrado con cianoacrilato. La obliteración endoscópica se refiere a la inyección de agentes como el N-butil-2-cianoacrilato (Histoacryl®), isobutil-2-cianoacrilato (Bucrylate®), los cuales solidifican o inducen la trombosis en las várices, con la muda del tapón adherente semanas o meses después, teniendo con resultado la ulceración de la misma.

Complicaciones del tratamiento con cianoacrilato. Las complicaciones del tratamiento de várices gástricas son poco frecuentes. Liu- Fang Cheng y cols. en un estudio retrospectivo realizado en China del año 1996 al 2007 para conocer la prevalencia de las complicaciones del tratamiento con N- butil-2-cianoacrilato en el cual incluyeron a 753 pacientes de 2 centros hospitalarios de tercer nivel con diagnóstico de várices gástricas hemorrágicas reportaron 51 pacientes con complicaciones severas, con una morbilidad de 6.77% y mortalidad de 0.53%. Las principales complicaciones fueron:

- Re-sangrado debido a la extrusión temprana del tapón de cianoacrilato: Reportado en 33 (4.4%) pacientes, se define como la hemorragia que ocurre durante los 90 días posteriores al tratamiento con cianoacrilato con la evidencia de la extrusión del mismo.
- Embolización a distancia. Reportada en 5 (0.7%) pacientes, se define como aquellos síntomas de embolia ocurridos 3 días posterior al tratamiento con la evidencia de puntos radiopacos detectados mediante pruebas de imagen (Rayos X, Tomografía computarizada). Los sitios de embolización reportados fueron bazo (3 casos), pulmón y cerebro (1 caso respectivamente).
- Sepsis. 10 pacientes presentaron fiebre, escalofríos y elevación del conteo leucocitario con hemocultivos positivos; estos datos de infección aparecieron 2 a 150 días posterior al tratamiento con cianoacrilato. Los principales patógenos aislados fueron: Escherichia coli y Pseudomonas aeruginosa. Del total de pacientes con sepsis, en 7 se identificó pus en el sitio de la extrusión del tapón de cianoacrilato, sugiriendo éste como el sitio de origen de la infección sistémica.

- Hemorragia masiva de várice gástrica. Ocurrida durante la terapia con cianoacrilato en 1 paciente de la serie.
- Úlcera gástrica gigante. Reportada en 1 paciente, se presentó como dolor epigástrico severo, evidenciando mediante endoscopia 2 semanas después del tratamiento, una úlcera gástrica fúndica gigante.
- Otras. En 20 pacientes se reportó tos durante la inyección de cianoacrilato, sin que se detectaran radiopacidades en pulmones, pericardio o diafragma. 12 pacientes presentaron dolor epigástrico que remitió horas después. Algunos pacientes reportaron dolor precordial el cual también desapareció en horas.

JUSTIFICACIÓN

En el Instituto Nacional de Pediatría, por ser un hospital de tercer nivel y de referencia de todo el país, en el Servicio de Gastroenterología y Nutrición se realizan aproximadamente 620 procedimientos endoscópicos al año de los cuales el 2% corresponden a escleroterapia de varices gástricas. Siendo este un procedimiento importante en el tratamiento de hipertensión portal en niños, sin embargo existen pocas series en el mundo en pacientes pediátricos en donde se haga referencia a este procedimiento, por lo cual consideramos importante reportar la experiencia de nuestro servicio.

OBJETIVOS

Describir las complicaciones en el tratamiento con escleroterapia para varices gástricas.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio:

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrolectivo.

Población objetivo:

Todos los pacientes con diagnóstico de varices gástricas que recibieron tratamiento con escleroterapia.

Población elegible:

Los pacientes con hipertensión portal en quienes se diagnostican con varices gástricas y que recibieron tratamiento con escleroterapia en la Unidad Diagnóstica

Gastroenterológica Pediátrica de Instituto Nacional de Pediatría de Junio de 2010 a Enero de 2014

Criterios de inclusión:

Se incluyeron expedientes de todos los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico de varices gástricas secundarias a hipertensión portal y que hayan recibido tratamiento con escleroterapia.

Criterios de exclusión:

Aquellos pacientes que no recibieron escleroterapia.

Criterios de eliminación

Aquellos pacientes que no tuvieron seguimiento posterior al procedimiento.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	ESCALA
Edad	Edad en meses en las que se realiza la panendoscopia	Cuantitativa discreta	Meses
Sexo	Sexo al que pertenece el paciente	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino
Sangrado de tubo digestivo alto	Presencia de hematemesis o evacuaciones melénicas	Cualitativa dicotómica	Si No
Clasificación Sarín de Varices gástricas	Lugar anatómico y característica de varices.	Cualitativa nominal	1. GOV1 2. GOV 2 3. IGV 4. IGV2
Clasificación gastropatía congestiva.		Cualitativa nominal	1. Ausente 2. Leve 3. Severa
Hemostasia	Cese de sangrado activo posterior a la escleroterapia	Cualitativa dicotómica	Si No
Obliteración varices gástricas	Ausencia de varices posterior a escleroterapia	Cualitativa dicotómica	Si No
Complicaciones	Complicaciones al momento de realizar estudio endoscópico	Cualitativa dicotómica	Si No
Tipo de	Tipo de	Cualitativa	1. Perforación

complicación	complicación posterior a procedimiento	nominal	2. Mediastinitis 3. Embolización
Ajuste de dosis de tratamiento	Modificación en la dosis de tratamiento medico posterior a estudio endoscópico	Cualitativa dicotómica	Si No

Tamaño de muestra

Debido a que este es un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrolectivo no es necesario un cálculo de tamaño de muestra. Se incluyeron en el protocolo todos los pacientes que fueron sometidos al procedimiento.

Descripción del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrolectivo. Se revisaron todos los expedientes de los pacientes a quienes se les realizó estudio endoscópico en la Unidad Diagnóstica Gastroenterológica Pediátrica de Instituto Nacional de Pediatría, en quienes se diagnosticaron varices gástricas y recibieron escleroterapia. Se determinaron las variables antes descritas. Los resultados obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS versión 17.0. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, para variables numéricas medidas de tendencia central, media y desviación estándar o mediana y valor mínimo y máximo, de acuerdo a la presencia o no de normalidad y para las variables categóricas, frecuencias y proporciones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS versión 17.0. Se utilizó estadística descriptiva, para variables numéricas medidas de tendencia central, media y desviación estándar o mediana y valor mínimo y máximo, de acuerdo a la presencia o no de normalidad y para las variables categóricas, frecuencias y proporciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, fracción III, artículo 17, del título segundo, es una investigación con riesgo mínimo, sin embargo se ajustará a la Declaración de Helsinki de la WMA y todas y cada una de sus enmiendas. Así mismo cumplirá con las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización.

CRONOGRAMA.

Septiembre 2014	Elaboración del protocolo
Febrero 2015	Someterlo al comité académico para aprobación
Marzo 2015	Revisión de expedientes
Abril 2015	Análisis de resultados
Abril 2015	Fin del protocolo

RESULTADOS

Se revisaron un total de 12 expedientes de pacientes que fueron atendidos en el servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico de várices gástricas secundarias a hipertensión portal que hayan recibido tratamiento con escleroterapia, de los cuales se realizaron un total de 16 procedimientos.

La media para la edad del total de pacientes fue de 44.62 meses (4 años), con un rango de 3 hasta un máximo de 132 meses (11 años).

El total de várices gástricas reportadas fueron del tipo esofagogástricas (GOV) según la clasificación de Sarin: con 13 (81.3%) pacientes con tipo GOV1 y 3 (18.8%) pacientes con várices tipo GOV2. No se reportaron pacientes con várices gástricas aisladas (IGV) (ver figura 1).

Frecuencia de várices gástricas reportadas según clasificación de Sarin



Figura 1. Frecuencia de várices gástricas según clasificación de Sarin.

Del total de las escleroterapias: 9 (56.3%) se realizaron como tratamiento por sangrado de las várices, mientras 7 (43.8%) se realizaron durante endoscopias de control.

11 (68.8%) correspondieron a una primera escleroterapia, mientras 5 (31.3%) fueron un segundo evento de ésta.

Todos los procedimientos de escleroterapia se realizaron mediante la inyección de 1ml de solución 1:1 (0.5ml de lipiodol/0.5ml de cianoacrilato).

En la totalidad de los procedimientos (16) se logró la obliteración de las várices gástricas.

En cuanto a las complicaciones: sólo se reportó en un paciente re- sangrado a las 24 horas de la inyección de la solución lipiodol/cianoacrilato, esto debido a la extrusión temprana del tapón, requiriendo que se realizara nueva panendoscopia y escleroterapia.

Como otros hallazgos se encontró que:

En el total de los procedimientos se reportó de manera conjunta la presencia de várices esofágicas de las cuales, según la clasificación japonesa, 2 (12.5%) correspondieron a grado I, 8 (50%) a grado II, y 6 (37.5%) de grado III (ver figura 2).

Frecuencia de várices esofágicas reportadas según la clasificación japonesa

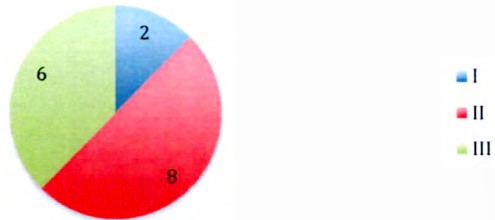


Figura 2. Frecuencia de várices esofágicas según clasificación japonesa.

En 14 (87.5%) del total de los procedimientos, se reportó gastropatía congestiva, mostrando que 8 (57.14%) de estos son de tipo leve, mientras 6 (42.85%) se reportaron como severas (ver figura 3).

Frecuencia de la severidad de gastropatía congestiva reportada en 14 de los 16 procedimientos

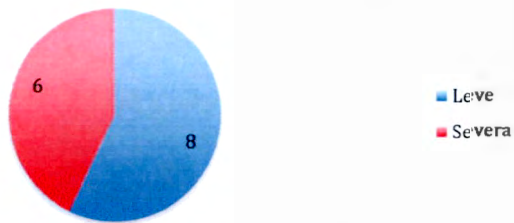


Figura 3. Frecuencia de la severidad de gastropatía congestiva.

DISCUSIÓN

Este estudio se realizó para reportar la experiencia de un centro de tercer nivel de atención pediátrica, en el manejo de las varices gástricas con escleroterapia, tema del cual no existen reportes concluyentes acerca de su seguridad y manejo en este grupo etario.

Se realizaron un total de 16 procedimientos en 12 pacientes, el número más alto de pacientes reportado en la bibliografía mundial, Rivet y col (7) reportaron un número similar de procedimiento con un total de 12 procedimientos en 8 pacientes, otros estudios previos corresponden a Itha y Yachha (9) con 7 pacientes y Fuster (10) y colaboradores con cuatro pacientes. Por el número tan reducido de casos no se dividió a los pacientes por clasificación de la hipertensión portal en prehepática y hepática tal como el grupo de pacientes reportados por Rivet et al (degeneración cavernomatosa de la porta, atresia de vías biliares y deficiencia de alfa uno antitripsina)

La media de nuestro pacientes fue de 4 años (3meses-11 años) muy similar a la reportado por Yachha de 3.8 años, hay diferencia a las medias reportadas por Rivet e Fuster de 9.6 años, sin embargo en series tan pequeñas no se pueden hacer relaciones significativas.

Existe escasa bibliografía con respecto a este tema Baveno que es un consenso de expertos, recomienda que la esclerosis de varices gástricas en edad pediátrica debe realizarse solo como profilaxis secundaria, es decir posteriormente al sangrado, ya que existe un riesgo de resangrado alto, Rivet reporto tres casos de resangrado en su serie de pacientes que corresponde 37.5%. (3/8pacientes requiriendo un segundo tratamiento con cianocrilato) en nuestro reporte solamente un paciente presento resangrado en las primeras 24 hs posteriores al procedimiento representado el 6% .

Es importante señalar que el 43.8% de nuestros procedimientos se realizaron como profilaxis primaria, y el 56.3% como profilaxis secundaria, como se ha comentado previamente las recomendaciones son usar la escleroterapia solo como profilaxis secundaria (8) pero el único paciente que presentó resangrado se le realizó escleroterapia por haber presentado sangrado variceal previo.

Con respecto a la eficacia del procedimiento al igual de Rivet y colaboradores el cese del sangrado se logró en el 100% de los pacientes, Rivet también reportó el 100% de erradicación de varices al igual que en el 100% de nuestros pacientes. La clasificación que usamos para varices gástricas es también la misma usada por este mismo autor (sarín)

Como sabemos el sangrado variceal es una emergencia y para su manejo tenemos como opciones tenemos tanto la ligadura como la escleroterapia sin embargo en la población pediátrica estamos un poco más limitados en cuanto al uso de ligadura debido al tamaño del esófago ya que no se cuenta con el equipo de ligadura para el endoscopio pediátrico, quedando como única opción la escleroterapia. En cuanto al agente esclerosante el que se prefiere es el N—butyl-2-cianicrilato en combinación con lipiodol para retrasar la polimerización del mismo, los efectos adversos que se han reportado se han asociado a la técnica de aplicación y la cantidad aplicada. Otras complicaciones como embolización distal, sepsis, sangrado variceal masivo, úlcera gástrica, hematoma mesentérico, hemoperitoneo.

CONCLUSIONES

A pesar que no es un técnica de primera elección la escleroterapia parece ser una opción segura y eficaz para el tratamiento de sangrado variceal gástrico en edad pediátrica en donde la anatomía es una limitación para otras opciones terapéuticas, faltan realizar estudios multicéntricos controlados y con mayor número de pacientes, para poder decidir si la escleroterapia podría tener utilidad en la profilaxis primaria en várices gástricas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ryan BM, Stockbrugger RW, Ryan JM. A pathophysiologic, gastroenterologic, and radiologic approach to the management of gastric varices. *Gastroenterology* 2004; 126:1175-1189.
- 2) Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology* 1992;16:1343-1349.
- 3) García- Tsao y cols. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrosis. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:2086-2102.
- 4) Polio J, Grozmann RJ. Hemodynamic factors involved in the development and ruptura of esophageal varices: a pathophysiologic approach to treatment. *Semin Liver Dis* 1986;6:318-331.
- 5) Soehendra N, Nam VC, Grimm H, Kempeneers I. Endoscopic obliteration of large esophagogastric varices with bucrylate. *Endoscopy* 1995;27:349-354.
- 6) Liu- Fang Cheng, Zhi- Qiang Wang, Chang- Zheng Li, Wu Lin, Anthony E. T. Yeo, Bo Jin. Low incidence of Complication From Endoscopic Gastric Variceal Obturation With Butyl Cyanoacrylate. *Clin Gastroent and Hep* 2010;8:760-766.
- 7) Christine Rivet, Carlos Robles-Medranda, Jerome Dumortier, Catherine Le Gall, Thierry Ponchon, Alain Lachaux, Endoscopic treatment of gastroesophageal varices in Young infants with cyanoacrylate glue: a pilot study. *Clinical Endoscopy* 2009;vol 6, No.6::1034-1038.
- 8) Shneider BL, Bosch J, de Francis R, Emre SH, Grozmann RJ, Ling SC. Portal Hypertension in Children: Expert Pediatric Opinion on the Report of the Baveno Consensus Workshop on Methodology of Diagnosis and Theraty in Prtal Hypertension. *Pediatric Transplantation* 2012;16: 426-437.

9) Itha S, Yaccha SK. Endoscopic outcome beyond esophageal variceal eradication in children with extrahepatic portal venous obstruction. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2006;42:196-200.

10) Fuster S, Costaguta A, Tabacco o. Sclerotherapy of bleeding gastric varices with cyanocrylate in children. Gastroenterology 1998;114-118.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

VÁRICES ESOFÁGICAS-VÁRICES GÁSTRICAS

NOMBRE DEL PACIENTE

No. EXP

ENFERMEDAD DE BASE

EDAD AL DX:

FECHA					
EDAD					
MOTIVO ESTUDIO					
VÁRICES ESOFÁGICAS (JAPONESA)	GRADO I () GRADO II () GRADO III () GRADO IV ()	GRADO I () GRADO II () GRADO III () GRADO IV ()	GRADO I () GRADO II () GRADO III () GRADO IV ()	GRADO I () GRADO II () GRADO III () GRADO IV ()	GRADO I () GRADO II () GRADO III () GRADO IV ()
VÁRICES GÁSTRICAS (SARIN)	GOV 1 () GOV 2 () IGV () IGV2 ()	GOV 1 () GOV 2 () IGV () IGV2 ()	GOV 1 () GOV 2 () IGV () IGV2 ()	GOV 1 () GOV 2 () IGV () IGV2 ()	GOV 1 () GOV 2 () IGV () IGV2 ()
GASTROPATIA CONGESTIVA					
PROCEDIMIENTO					
LIGADURA No. SESIÓN					
ESCLEROTERAPIA No. SESIÓN	CIANOACRILATO () No.____ POLIDOCANOL () No.____	CIANOACRILATO () No.____ POLIDOCANOL () No.____	CIANOACRILATO () No.____ POLIDOCANOL () No.____	CIANOACRILATO () No.____ POLIDOCANOL () No.____	CIANOACRILATO () No.____ POLIDOCANOL () No.____
HEMOSTASIA	SI () NO ()	HEMOSTASIA	SI () NO ()	HEMOSTASIA	SI () NO ()
OBLITERACIÓN VÁRICE GASTRIC	SI () NO ()	OBLITERACIÓN VÁRICE GASTRIC	SI () NO ()	OBLITERACIÓN VÁRICE GASTRIC	SI () NO ()
COMPLICACIONES					
	PERFORACIÓN () MEDIASITINIS () EMBOLIZACIÓN ()	PERFORACIÓN () MEDIASITINIS () EMBOLIZACIÓN ()	PERFORACIÓN () MEDIASITINIS () EMBOLIZACIÓN ()	PERFORACIÓN () MEDIASITINIS () EMBOLIZACIÓN ()	PERFORACIÓN () MEDIASITINIS () EMBOLIZACIÓN ()

TRATAMIENTO MÉDICO	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____
AJUSTE DE TRATAMIENTO MÉDICO	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____	PROPRANOLOL DOSIS _____ OMEPRAZOL DOSIS _____ SUCRALFATO DOSIS _____
FECHA DE PROCEDIMIENTO DE CONTROL					