

## NORMATIVA PARA LA SOLICITUD DE ENDOPRÓTESIS “STENTS” PARA EL TUBO DIGESTIVO

### ENDOPRÓTESIS “STENT” ESOFÁGICO

Las indicaciones para este tipo de material siguen las normativas de los consensos Nacionales e Internacionales, las cuales se resumen a continuación.

- ◆ Enfermedades concomitantes fuera del alcance quirúrgico
  - Cáncer esofágico irresecable (T3 yT4 N1-2 M1)
  - Cáncer esofágico inoperable (Tx + comorbilidad)
- ◆ Dilataciones inefectivas o complicadas
- ◆ Estenosis malignas o benignas, extrínsecas, obstructivas, de crecimiento rápido
- ◆ Estrecheces post-radioterapia
- ◆ Fístulas esófago-traqueales
- ◆ Recurrencia tumoral post-resección quirúrgica
- ◆ Recurrencia post-radio/quimioterapia

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y CONTRAINDICACIONES

- Estrecheces de un largo mayor de 12 cm
- Crecimiento del tumor dentro de los 3 cm del esfínter esofágico superior

#### CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- ✿ Pacientes en muy mal estado general (Se debe evaluar riesgo-beneficio)
- ✿ Estenosis no circunferenciales (migración).
- ✿ Estenosis proximales al esfínter cricofaríngeo (Pero a más de 3 cm)

## REQUISITOS INDISPENSABLES PARA LA SOLICITUD DE UNA PRÓTESIS AUTO EXPANSIBLE METÁLICA “STENT” PARA EL ESÓFAGO

1. HISTORIA CLÍNICA AMPLIA DE LOS MOTIVOS QUE LLEVAN A LA SOLICITUD DEL ELEMENTO. En esta historia clínica deberán constar en forma insoslayable, las condiciones del paciente, desde el punto de vista nutricional, evaluación hecha por el especialista (Lic. en Nutrición) a fin de evaluar la necesidad o no de Nutrición Enteral por S.N. Yeyunal, N.P.T. o N.P.C. <Complementaria> en los casos que la obstrucción no sea completa. La historia clínica además de la evaluación del cirujano, gastroenterólogo y nutricionista, deberá tener en los casos de patologías malignas, la evaluación del oncólogo clínico.
2. DOCUMENTACIÓN DE LA ESTRECHEZ U ESTENOSIS DEL ESÓFAGO, MEDIANTE S.E.G.D., V.E.D.A., MARCANDO FUNDAMENTALMENTE SU ALTURA (Ubicación) Y EXTENSIÓN (Longitud). Muy importante para las lesiones de la región Esofagogástrica, por el riesgo mayor de migración y las lesiones muy cercanas al esfínter cricofaríngeo.
3. ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA LESIÓN. Este requisito es indispensable, a fin de evaluar en los casos de lesiones malignas, la conducta oncológica a seguir de acuerdo al tipo histológico de la lesión.
4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN LOS CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS, PARA ESTADIFICACIÓN Y EVENTUAL DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE RESECABILIDAD O IRRESECABILIDAD. (T.A.C. / R.M.N. / P.E.T. u otros)
5. TODA DECISIÓN QUE SE DECIDA CON EL PACIENTE, SEA ESTA PALIATIVA (COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS COMO ÚNICA ACCIÓN) O CIRUGÍA RESECTIVA CON NEOADYUVANCIA O TRATAMIENTO ADYUVANTE POSTERIOR DEBERÁ ESTAR AVALADA Y FIRMADA POR EL CIRUJANO Y/O GASTROENTERÓLOGO RESPONSABLE Y EL ONCÓLOGO CLÍNICO, SIN EXCEPCIÓN. No se aceptarán pedidos que no tengan la evaluación conjunta de Cirugía/Gastroenterología y Oncología.
6. ESPECIFICACIÓN DE SI HA TENIDO TRATAMIENTOS PREVIOS (Ej.: Dilataciones previas o Stents anteriores que disfuncionaron o migraron).
7. ESPECIFICAR SI HA TENIDO RADIACIÓN DE LA REGIÓN COMPROMETIDA.

## ENDOPRÓTESIS PARA ESTÓMAGO DISTAL Y DUODENO

- ➔ El I.A.P.O.S. **NO** PROVEERÁ ENDOPRÓTESIS O STENTS PARA ESTA REGION ANATOMICA, EXISTIENDO OTRAS ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.

## ENDOPRÓTESIS PARA COLON O RECTO

- ➔ El I.A.P.O.S. **NO** PROVEERÁ ENDOPRÓTESIS O STENTS PARA ESTA REGION ANATOMICA, EXISTIENDO OTRAS ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.