

VIII. ANEXO

ANEXO N° 1. Condiciones de uso

Los pacientes a ser intervenidos con la prótesis duodenal metálica autoexpandible no cubierta, deben cumplir con los criterios descritos a continuación. Estos deben ser acreditados por el médico tratante*, al momento de solicitar la autorización del uso del dispositivo médico, al jefe de su servicio o departamento.

Diagnóstico/condición de salud	Pacientes con estenosis u obstrucciones del canal antro pilórico y/o duodenal de etiología maligna, sintomáticos, no tributarios a cirugía de resección o derivativas.
Grupo Etario	Pacientes adultos.
Condición clínica del paciente elegible de ser tratado con SEMS duodenal no cubierto	Pacientes que cumplen con la definición de obstrucción maligna de la salida gástrica, inoperables (no tributarios a cirugías de resección o derivativas), con al menos una esperanza de vida de 2 meses.
Presentar la siguiente información debidamente documentada en el expediente de solicitud de uso de la tecnología	<ul style="list-style-type: none"> • Puntaje GOOSS (0 a 1). • Imagenología que permita determinar la posición e inoperabilidad del paciente. (endoscopia y tomografía).
Presentar la siguiente información de seguimiento clínico a los 3, 6, y 12 meses post-intervención (consignar en la historia clínica)	<p>Eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarreas). • Puntaje GOOSS. <p>Eventos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción recurrente. • Perforaciones. • Sangrado. • Migración del stent. • Muerte.

*Debe pertenecer a la especialidad de gastroenterología.

