

TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN)

NORMATIVA DE COBERTURA

Realizada: Octubre 2010
Última revisión: Junio 2012

TOMOGRÁFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN)

NORMATIVA DE COBERTURA
DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS



FONDO NACIONAL
DE RECURSOS

Octubre de 2010
Primera Revisión: Junio 2011
Segunda Revisión: Junio 2012
Próxima Revisión: 2013

FNR – Normativa de Cobertura

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN)

El documento se encuentra disponible en: www.fnr.gub.uy

La normativa incluye las indicaciones con cobertura financiera por el Fondo Nacional de Recursos.

El Fondo Nacional de Recursos es un organismo público no estatal creado el 1 de diciembre de 1980 y regulado por la ley 16.343 de diciembre de 1992, que otorga cobertura financiera a procedimientos médicos altamente especializados y a medicamentos de alto costo, de demostrada efectividad, garantizando que los mismos sean accesibles en condiciones de calidad y eficiencia a personas radicadas en el país, con cobertura sanitaria por el Sistema Nacional Integrado de Salud y cuya situación se encuentre comprendida en la respectiva normativa.

Fondo Nacional de Recursos
18 de Julio 985, Galería Cristal 4to. Piso
Tel: 2901 4091 - Fax: 2902 0783
C.P. 11.100, Montevideo, Uruguay.
Email: fnr@fnr.gub.uy
www.fnr.gub.uy

Organizaciones consultadas:

- **Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM)**

Fondo Nacional de Recursos, Octubre 2010. Este material puede ser reproducido total o parcialmente con fines de difusión, asistenciales y de capacitación. No se autoriza el uso comercial salvo autorización expresa del organismo.

Para citar esta normativa:

Fondo Nacional de Recursos (FNR): "TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN) Normativa de cobertura del Fondo Nacional de Recursos. Montevideo (Uruguay). Jun. 2012. 24 p.

Notas: En la actual revisión (junio 2012) se incorporaron nuevas indicaciones: Cáncer de Riñón, Cáncer de Próstata, y Tumores de Sistema Nervioso Central (SNC); y se modificaron otras: Linfomas, Cáncer de Esófago, Melanomas, Cáncer de Ovario y Cáncer de Cuello Uterino.



Las situaciones no consideradas en la presente normativa deben ser consultadas directamente con CUDIM para analizar su posible realización.

Centro Uruguayo de Imagenología Molecular
Avd. A. Ricaldoni 2010 - CP 11600 Montevideo – Uruguay
Teléfono: 2480 3238. Web: <http://www.cudim.org/>

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	6
LA TECNICA.....	6
Aplicaciones de la técnica.....	7
Limitaciones de la técnica.....	7
CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA NORMATIVA	9
Metodología de trabajo.....	9
Estrategia de búsqueda de la evidencia:.....	9
INDICACIONES CON COBERTURA POR EL FNR	11
Criterios generales de cobertura.....	11
Cobertura en pacientes con patología oncológica.....	12
<i>NÓDULO PULMONAR SOLITARIO (NPS)</i>	12
<i>CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNPC)</i>	12
<i>CÁNCER DE MAMA</i>	13
<i>LINFOMAS</i>	13
<i>MIELOMA MÚLTIPLE (MM)</i>	14
<i>CÁNCER COLO-RECTAL</i>	14
<i>CÁNCER DE ESÓFAGO</i>	14
<i>CÁNCER GÁSTRICO</i>	15
<i>CÁNCER DE PÁNCREAS</i>	15
<i>MELANOMA</i>	15
<i>MELANOMA NO CUTÁNEO</i>	16
<i>CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO</i>	16
<i>CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES</i>	17
<i>CÁNCER DE TESTÍCULO</i>	17
<i>CÁNCER DE OVARIO</i>	17
<i>CÁNCER DE CUELLO UTERINO</i>	17
<i>TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)</i>	18
<i>SARCOMA DE PARTES BLANDAS</i>	18
<i>SARCOMA DE EWING</i>	18
<i>OSTEOSARCOMA</i>	19
<i>CÁNCER DE RIÑÓN</i>	19
<i>CÁNCER DE PRÓSTATA</i>	19
<i>TUMORES DEL SNC</i>	20
<i>TUMORES NEUROENDÓCRINOS</i>	20
<i>CÁNCER METASTÁSICO DE PRIMITIVO DESCONOCIDO</i>	20
Cobertura en pacientes con otras patologías.....	21
<i>EPILEPSIA</i>	21
<i>SINDROME FEBRIL PROLONGADO</i>	21
PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA	22
BIBLIOGRAFIA	23
ANEXO	24
Especialistas consultados en la primera versión de la Normativa o en las actualizaciones:	24

INTRODUCCIÓN

La incorporación de nuevas tecnologías a un sistema de cobertura universal, como es el caso del FNR en Uruguay, requiere contar con estrategias bien definidas para el control de las indicaciones y la evaluación de los resultados. La aplicación de esas herramientas permite tomar decisiones fundamentadas, con parámetros objetivos para la cobertura y sostenibles a lo largo del tiempo. De esta forma se establece una relación estrecha entre la calidad, la equidad y la sustentabilidad.

Es fundamental que los médicos tratantes y las instituciones de asistencia conozcan y manejen este marco normativo en el que se basa la cobertura financiera del FNR. El correcto llenado de los formularios y el envío en tiempo y forma de los datos de seguimiento serán fundamentales al momento de evaluar el impacto de la incorporación de una nueva tecnología en el sistema de salud nacional.

El presente marco normativo se elaboró según la metodología general establecida por el FNR, en base a una revisión bibliográfica de la evidencia disponible y de las recomendaciones nacionales e internacionales sobre indicaciones y políticas de cobertura. Como las demás normativas del FNR será revisada periódicamente a efectos de adecuarla a la evolución de la evidencia científica disponible, así como al contexto específico del sistema de salud de nuestro país.

El FNR realizará la cobertura financiera de las indicaciones que se señalan a continuación. Aquellas indicaciones que no se encuentren contempladas en la presente normativa podrán ser objeto de un estudio más detallado, en cuyo caso la cobertura dependerá de la evaluación médica de cada paciente en particular.

De acuerdo a la legislación vigente, la puesta en vigencia e instrumentación de esta normativa será efectiva una vez sea aprobada por la Comisión Honoraria Administradora del FNR.

LA TÉCNICA

El PET SCAN (PET: por las siglas en inglés de Positron Emission Tomography) es un procedimiento diagnóstico no invasivo, capaz de mostrar y medir la actividad metabólica de los diferentes tejidos del cuerpo humano. Al igual que otras técnicas diagnósticas en Medicina Nuclear, el PET se basa en detectar y analizar la distribución que adopta en el interior del cuerpo un radioisótopo administrado a través de una inyección intravenosa.

Se puede utilizar combinado con una Tomografía Computada (CT), que cuando se realiza en un tomógrafo híbrido se denomina PET-CT. Esto permite obtener información anatómica y funcional simultáneamente porque combina dos tecnologías de imagen diferentes, aportando mayor información que cada uno por separado. El PET detecta mínimos cambios funcionales causados por alteraciones en los tejidos, mediante imágenes generadas por la localización de los radioisótopos. Simultáneamente la CT aporta imágenes detalladas de la ubicación exacta, el tamaño y la forma de las diferentes estructuras.

Existen varios radioisótopos emisores de positrones de utilidad médica. El más frecuentemente utilizado es el Flúor – 18 unido a una molécula de glucosa, para obtener el trazador 18-Flúor-Desoxi-Glucosa (18FDG). Este marcador permite identificar, localizar y cuantificar el consumo de glucosa. Un elevado consumo de glucosa es característico de los tejidos neoplásicos y de los procesos inflamatorios/infecciosos.

Aplicaciones de la técnica

Las aplicaciones diagnósticas más frecuentes del PET son las oncológicas, actualmente este grupo representa más del 85% de las indicaciones. También tiene indicación en el estudio de trastornos neurológicos, enfermedades neurodegenerativas, epilepsia, estudio de viabilidad miocárdica y de enfermedad isquémica.

Entre las principales aplicaciones generales de esta técnica en el campo de la oncología se destacan:

- Diagnóstico de tumores malignos, dadas las diferencias fisiopatológicas y en la actividad biológica que existen entre procesos benignos y malignos.
- Estadificación y re-estadificación, dada la posibilidad de realizar estudios de cuerpo entero en una misma exploración.
- Monitorización y planificación de diversos tipos de tratamiento.

Limitaciones de la técnica

Puede haber falsos positivos en el PET debido a la existencia de captaciones fisiológicas o vinculadas a procesos inflamatorios o infecciosos no relacionados con lesiones oncológicas. Por otra parte la interpretación del resultado está condicionada por la variabilidad metabólica de los distintos tipos histológicos tumorales y el límite de resolución del método que pueden determinar falsos negativos.

Muchos de estos falsos negativos o positivos del PET, se solucionan con el análisis conjunto de las imágenes anatómicas de la CT, sumadas a la realización de la historia clínica completa del paciente, elemento fundamental en la planificación, realización e interpretación de cada estudio.

La Red Nacional Global de Cáncer de Estados Unidos establece algunos principios generales de interpretación y uso del PET-CT en cáncer:

- PET-CT y CT diagnóstica son estudios con diferentes propósitos. Los pacientes deberán someterse a ambos estudios cuando estén indicados.
- PET-CT es muy útil como complemento en el diagnóstico. No ha demostrado ser una prueba definitiva por sí mismo. Se debe realizar si se prevé que los resultados podrán cambiar la conducta a seguir.
- PET-CT no se debe utilizar en lugar de una biopsia para establecer el diagnóstico de cáncer.
- Se debe evitar la extrapolación de la evidencia referida a estadios avanzados de la enfermedad, a estadios iniciales.
- No se debe negar tratamiento potencialmente curativo a ningún paciente, basándose sólo en los hallazgos del PET-CT o cualquier método imagenológico. Los pacientes con enfermedad estable no deben ser sometidos a tratamiento basándose sólo en los hallazgos del PET-CT.
- PET-CT como método de vigilancia sólo se debería utilizar en ensayos clínicos.

CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA NORMATIVA

Metodología de trabajo

La selección de las indicaciones a ser financiadas se basó en:

- Revisión de guías clínicas nacionales e internacionales de cada indicación propuesta.
- Análisis de la evidencia disponible sobre costo-efectividad de PET-CT en cada indicación.
- Análisis de los criterios aplicados y las indicaciones financiadas por diversos sistemas de salud: británico, estadounidense, canadiense, australiano y español.

Cada indicación se discutió con referentes nacionales en el tema, para considerar la real aplicación de esta normativa en la práctica clínica nacional:

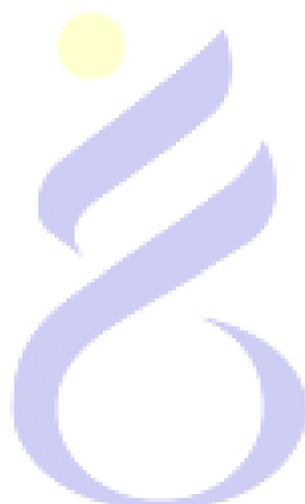
- Oncólogos
- Internistas
- Hematólogos
- Cirujanos
- Cirujanos de tórax
- Urólogos
- Ginecólogos
- Otorrinolaringólogos
- Oncopediatras
- Neurólogos
- Neurocirujanos

En el Anexo se detallan los especialistas consultados en el proceso de elaboración de la normativa.

Estrategia de búsqueda de la evidencia:

Se revisó la literatura publicada mediante una amplia búsqueda en PubMed y Cochrane Library, limitada a los últimos 15 años. Los resultados fueron limitados a las publicaciones en inglés y español. Se aplicaron filtros para limitar la recuperación a las revisiones sistemáticas, metanálisis, evaluaciones de tecnología de la salud (HTA) y guías clínicas.

Se buscaron informes en los sitios Web de organizaciones de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de España (AETS), Agencia Canadiense para Drogas y Tecnología en Salud y la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías para la Salud (INHATA).



INDICACIONES CON COBERTURA POR EL FNR

Criterios generales de cobertura

El FNR financiará estudios de PET-CT realizados con fines asistenciales en pacientes con patología oncológica, cuyo estado general les permite, si es necesario, tolerar el tratamiento onco-específico indicado y con expectativa de vida mayor a 3 meses.

En la etapa diagnóstica de las enfermedades oncológicas el PET-CT se considerará cuando sus resultados pueden evitar u optimizar la realización de otro procedimiento diagnóstico invasivo.

Se realizará PET-CT para estadificación o reestadificación de los pacientes con cáncer, cuando luego de los estudios convencionales persistan dudas sobre el manejo clínico del paciente y el resultado del mismo pueda cambiar la conducta terapéutica.

En los pacientes que han recibido tratamiento, la realización del estudio deberá postergarse hasta pasadas:

- 4 semanas de terminada la quimioterapia
- 12 semanas de la última sesión de radioterapia
- 8 semanas de un procedimiento quirúrgico en el sitio a estudiar.

Excepto situaciones expresamente consideradas en las indicaciones específicas.

El FNR financiará además estudios con PET-CT en pacientes con epilepsia refractaria y con Síndrome Febril Prolongado.

El FNR realizará la cobertura financiera de las indicaciones que se señalan a continuación. Aquellas indicaciones que no se encuentren contempladas en la presente normativa podrán ser objeto de un estudio más detallado, en cuyo caso la cobertura dependerá de la evaluación médica de cada paciente en particular.

Cobertura en pacientes con patología oncológica

(El formulario de solicitud debe ser llenado por el médico responsable del tratamiento de la patología a evaluar)

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO (NPS)

Diagnóstico diferencial entre lesión benigna o maligna

Paciente con NPS* con alto riesgo quirúrgico, cuando los resultados en los estudios imagenológicos convencionales y la biopsia no son concluyentes para decidir conducta, o no es posible realizar la biopsia.

*Nódulo Pulmonar Solitario definido como:

- Lesión redondeada, bien delimitada, de diámetro menor a 4 cm.
- Rodeada de parénquima pulmonar sano
- Sin evidencia de obstrucción bronquial

CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNPC)

Estadificación

Cáncer de Pulmón potencialmente resecable. Histología No Pequeñas Células (CPNPC) confirmada por estudio anátomo-patológico. En un paciente operable, con compromiso ganglionar de extensión dudosa por Tomografía Axial Computada (TAC), para definir estrategia terapéutica.

Reestadificación

Después de completado el tratamiento propuesto, si luego de imagenología convencional persisten dudas de extensión lesional.

En estadio IV con metástasis encefálica única por Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en paciente pasible de neurocirugía o radiocirugía, para descartar extensión lesional extraencefálica, en caso de que persistan dudas diagnósticas.

CÁNCER DE MAMA

Estadificación

Cáncer de Mama con confirmación cito-histológica, estadios II o III, con imagen/es dudosas de extensión a distancia, luego de estadificación por imagenología convencional y perfil de marcadores biológicos.

Reestadificación

Cáncer de mama en tratamiento o control evolutivo ante la sospecha clínica de recurrencia o metástasis, si persisten dudas luego de estudios imagenológicos convencionales.

En todo paciente con recidiva loco-regional luego de una cirugía radical, con confirmación cito-histológica, si persisten dudas de extensión lesional luego de estudios imagenológicos convencionales. Se requiere mamografía contralateral previa.

LINFOMAS

Evaluación de la respuesta al tratamiento

En paciente con diagnóstico de Linfoma Hodgkin, a excepción del tipo Predominio Linfocitario Nodular. Luego de completado el tratamiento adecuado a la patología y estadio del paciente.

En paciente con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin agresivo: Difuso a grandes células B, Folicular grado III, Burkitt, de células del Manto y Anaplásico a células T. Luego de completado el tratamiento adecuado a la patología y estadio del paciente.

Se evaluará cada situación particular cuando se propongan estudios en otras situaciones clínicas, en niños con Linfoma.

MIELOMA MÚLTIPLE (MM)**Diagnóstico y extensión lesional**

En pacientes con diagnóstico de Plasmocitoma Solitario o Gamapatía Monoclonal de Significado Incierto, en quienes los estudios convencionales no pueden descartar con seguridad el Mieloma Múltiple.

En paciente con criterios diagnósticos de MM, que luego de la evaluación convencional persisten dudas en la oportunidad terapéutica.

CÁNCER COLO-RECTAL**Estadificación o Reestadificación**

Cáncer Colorectal confirmado por anatomía patológica, para detección de metástasis hepáticas o extra- hepáticas en pacientes potencialmente operables o tratables con tratamiento sistémico.

Cáncer Colorectal en control evolutivo con curva en ascenso de marcadores tumorales (por lo menos 2 determinaciones consecutivas) luego de estudios imagenológicos convencionales negativos o dudosos.

Cáncer Colorectal en control evolutivo con imágenes convencionales sugestivas de recidiva o metástasis a distancia con marcadores tumorales estables

CÁNCER DE ESÓFAGO**Estadificación**

En pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular de Esófago, pasible de tratamiento quirúrgico, si no hay evidencia de metástasis por métodos convencionales, para decidir conducta terapéutica.

Reestadificación

En pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular de Esófago, para decidir conducta terapéutica después del tratamiento quirúrgico, si persisten dudas de extensión lesional luego de imagenología convencional.

CÁNCER GÁSTRICO

Estadificación o Reestadificación

En pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico, pasible de tratamiento quirúrgico, si persisten dudas de extensión lesional luego de imagenología convencional.

En pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico con recidiva local o metástasis hepática sincrónica o metácrona, pasible de tratamiento quirúrgico, luego de descartada carcinomatosis peritoneal.

CÁNCER DE PÁNCREAS

Diagnóstico y Estadificación

En evaluación diagnóstica de pacientes con sospecha de Cáncer de Páncreas, si luego de imagenología convencional persisten dudas para definir estrategia terapéutica.

MELANOMA

Estadificación

Melanoma estadio clínico III o IV, luego de imagenología convencional, para evaluar la naturaleza de una lesión sospechosa de ser metastásica no accesible a la biopsia, por topografía o riesgo de su realización. En paciente pasible de tratamiento quirúrgico.

Melanoma de alto riesgo, luego de imagenología convencional si persisten dudas de extensión lesional.

Melanoma estadio clínico III o IV, luego de imagenología convencional si se plantea tratamiento quirúrgico de enfermedad oligometastásica o metástasis única.

Reestadificación

En el control evolutivo de pacientes con estadio patológico inicial III a IV, con sospecha de recaída loco-regional o progresión a distancia, si luego de imagenología convencional persiste dudas sobre conducta terapéutica. En

pacientes pasibles de tratamiento quirúrgico.

La evaluación de adenopatías regionales en pacientes con diagnóstico de melanoma no requiere la realización de PET.

MELANOMA NO CUTÁNEO

Reestadificación

En el control evolutivo de pacientes con sospecha de extensión a distancia, si luego de imagenología convencional persiste dudas sobre conducta terapéutica.

CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO

Diagnóstico

En etapa diagnóstica para precisar la localización del tumor primitivo con el objetivo de evitar biopsias azarosas o radiación innecesaria, especialmente en tumores de nasofaringe.

Estadificación

Una vez realizado diagnóstico anatomopatológico de Carcinoma Epidermoide, en paciente pasible de tratamiento curativo, si persisten dudas de la extensión lesional a distancia luego de imagenología convencional.

Reestadificación

En el control evolutivo si persisten dudas de recidiva local, regional o a distancia luego de métodos diagnósticos convencionales. No antes de 4 meses de la cirugía primaria.

CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES**Reestadificación**

En pacientes con diagnóstico anátomo-patológico de Cáncer Diferenciado de Tiroides (papilar, folicular, cel. de Hürthle), ante la sospecha de metástasis a distancia por elevación de tiroglobulina, realizada en condiciones óptimas, y luego de rastreo corporal completo con I¹³¹ negativo.

CÁNCER DE TESTÍCULO**Reestadificación**

En pacientes con cáncer testicular ante la presencia de masa residual con marcadores tumorales normales, luego del tratamiento oncoespecífico, si persisten dudas de manejo terapéutico.

Sospecha de recaída por aumento de marcadores tumorales con imagenología convencional negativa o dudosa.

CÁNCER DE OVARIO**Reestadificación**

En pacientes con Cáncer de Ovario luego del tratamiento convencional en base a cirugía y PQT, si en el seguimiento se observa discordancia entre clínica, marcadores tumorales e imagenología convencional.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO**Estadificación**

En pacientes con diagnóstico histológico de Carcinoma de Cuello Uterino, estadio I-B2 o mayor, para completar estadificación luego de imagenología convencional, si persisten dudas de extensión lesional regional.

Reestadificación

En pacientes con Carcinoma de Cuello Uterino, no Adenocarcinoma, después de completado el tratamiento propuesto, si persisten dudas de la presencia

de enfermedad residual o recurrente luego de imagenología convencional.

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

Diagnóstico y Estadificación

En pacientes con diagnóstico de GIST, si luego de imagenología convencional persisten dudas de localización o extensión lesional.

SARCOMA DE PARTES BLANDAS

Estadificación

Una vez realizado diagnóstico anátomo-patológico de Sarcoma, en paciente pasible de tratamiento curativo, si persisten dudas de la extensión lesional a distancia luego de imagenología convencional.

Reestadificación

En pacientes con diagnóstico anátomo-patológico de Sarcoma, luego de tratamiento adecuado al tipo y estadio de la enfermedad, si persisten dudas de recurrencia o de extensión a distancia luego de imagenología convencional.

SARCOMA DE EWING

Estadificación

Una vez realizado diagnóstico anátomo-patológico de sarcoma de Ewing, en paciente pasible de tratamiento curativo, si persisten dudas de la extensión lesional a distancia luego de imagenología convencional.

Reestadificación

Paciente con diagnóstico anátomo-patológico de Sarcoma de Ewing, luego de tratamiento adecuado al tipo y estadio de la enfermedad, si persisten dudas de recurrencia o de extensión a distancia luego de imagenología convencional.

OSTEOSARCOMA**Estadificación**

Una vez realizado diagnóstico anátomo-patológico de Osteosarcoma, en paciente pasible de tratamiento curativo, si persisten dudas de la extensión lesional a distancia luego de imagenología convencional.

Reestadificación

Paciente con diagnóstico anátomo-patológico de Osteosarcoma, luego de tratamiento adecuado al tipo y estadio de la enfermedad, si persisten dudas de recurrencia luego de imagenología convencional.

CÁNCER DE RIÑÓN**Reestadificación**

En pacientes con cáncer de riñón tratado. Luego de por lo menos 3 meses de la nefrectomía, con sospecha de recidiva en el lecho quirúrgico, en quienes la imagenología convencional no permite definir conducta terapéutica.

CÁNCER DE PRÓSTATA

(Estudios realizados con C11-Colina)

Reestadificación

En paciente con Cáncer de Próstata tratado con prostatectomía radical o radioterapia con fines curativos, que en la evolución presenta criterios de recaída bioquímica, definida por aumento de PSA, con un tiempo de duplicación menor a 6 meses o que la velocidad de ascenso sea mayor a 2 ng/ml/año.

TUMORES DEL SNC

(Estudios realizados con C11-Meteonina)

Diagnóstico

En pacientes con diagnóstico imagenológico de Tumor del SNC, cuando se plantea estudio anátomo-patológico, para definir el sitio de la biopsia.

Para definir la mejor estrategia terapéutica, si a criterio del neurocirujano tratante persisten dudas luego de los estudios imagenológicos convencionales.

Evolución

Cuando a criterio del neurocirujano tratante persisten dudas para definir la conducta en el seguimiento de un paciente en tratamiento por Tumor del SNC, luego de los estudios imagenológicos convencionales.

TUMORES NEUROENDÓCRINOS**Diagnóstico y Estadificación**

En pacientes con sospecha de Tumor Neuroendócrino, si luego de imagenología convencional, persisten dudas de localización del tumor primitivo o de extensión lesional.

CÁNCER METASTÁSICO DE PRIMITIVO DESCONOCIDO**Diagnóstico de primitivo en Tumor de Origen Desconocido**

En la evaluación diagnóstica de pacientes con tumor metastático o adenopatía cervical, luego de estudio anátomo-patológico (que incluya si es necesario estudios inmuno-histoquímicos) y estudios convencionales, que no permiten realizar diagnóstico de tumor primitivo.

Cobertura en pacientes con otras patologías.

EPILEPSIA

(El formulario de solicitud debe ser llenado por neurólogo tratante)

Localización de foco epileptógeno

En pacientes con epilepsia refractaria, cuando se plantea tratamiento quirúrgico de la epilepsia, para localizar foco epileptógeno si persisten dudas de localización luego de la realización de estudios convencionales.

SINDROME FEBRIL PROLONGADO

Identificación de la causa del síndrome febril

En pacientes con Síndrome Febril Prolongado* que continúa sin diagnóstico luego de exploración paraclínica completa con imagenología convencional, orientado por la clínica.

* Síndrome Febril Prolongado definido como:

- Fiebre de por lo menos 38.3° C constatado en por lo menos 3 oportunidades de más de 3 semanas de duración
- Sin diagnóstico luego de la exploración clínica y paraclínica inicial

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

Todas las solicitudes se realizarán en formulario pre-codificado que incluye:

- datos patronímicos del paciente
- datos de contacto y firma del médico tratante
- aval del Director Técnico de la institución del paciente
- datos clínicos, paraclínicos y de tratamientos realizados al paciente
- pregunta que se desea responder con el estudio.

El médico tratante será el responsable de la solicitud del estudio. Se recomienda que cada institución tenga una "Comisión de PET" para evaluar la indicación en cada caso.

La solicitud será enviada a CUDIM para evaluar pertinencia del estudio.

Las solicitudes de los estudios que CUDIM decida realizar, serán enviadas para su registro y evaluación al FNR acompañadas de:

- Hoja de solicitud de ingreso y fotocopia de CI del paciente
- Consentimiento informado firmado por el paciente

CUDIM enviará al médico tratante el resultado del estudio acompañado de un formulario de seguimiento. El FNR recibirá una copia de ambos documentos.

El FNR implementará periódicamente una auditoría de historias clínicas de algunos de los pacientes a los que les realizó un PET-CT para evaluar confiabilidad de los datos aportados en las solicitudes.

BIBLIOGRAFIA

1. Mujoomdar M, Moulton K, Nkansah E. Positron emission tomography (PET) in oncology: a systematic review of clinical effectiveness and indications for use. Canadian agency for drugs and technologies in health. April 2010.
2. Podoloff D, Advani R, Allred C, et al. NCCN task force report: positron emission tomography (PET)/computed tomography (CT) scanning in cancer. J Natl Compr Canc Netw 2007;5 (Suppl 1):S1-22.
3. Podoloff D, Ball D, Ben-Josef E, et al. NCCN task force report: clinical utility of positron emission tomography (PET) in a variety of tumor types. J Natl Compr Canc Netw 2009;7 (Suppl 2):S1-23.
4. Fletcher J, Djulbegovic B, Soares H, et al. Recommendation on the use of 18F-FDG PET in oncology. J Nuc Med 2008; 49:480-508.
5. Department of health. A framework for the development of positron emission tomography (PET) services in England. October 2005.
6. Centre for Reviews and Dissemination (CRD) de la Universidad de York <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Tomografía por Emisión de Positrones (PET): Utilidad diagnóstica e indicaciones. Documento de evaluación de tecnologías sanitarias. Informe técnico breve n° 39. Buenos Aires, Argentina. Agosto 2010.

ANEXO

ESPECIALISTAS CONSULTADOS en la primera versión de la Normativa o en las actualizaciones:

Prof. Adj. Dr. Bernardo Aizen, Cirujano
 Prof. Dr. Juan Alonso, Internista
 Prof. Dr. Justo Alonso, Ginecólogo
 Prof. Dr. Alfredo Alvarez Rocha, Internista
 Prof. Dra. Sonia Boudrandi, Cirujana
 Prof. Agdo. Dr. Ernesto Cairoli, Internista
 Prof. Agdo. Dr. César Canessa, Cirujano
 Prof. Dr. Guillermo Carriquiri, Cirujano de tórax
 Prof. Dr. Luis Carriquiri, Cirujano
 Dr. Luis Castillo, Hemato-oncólogo pediatra
 Prof. Dr. Juan Chifflet, Cirujano de tórax
 Prof. Agdo. Dr. Fernando Correa, Internista
 Prof. Adj. Dr. Ricardo D'Albora,
 Otorrinolaringólogo
 Dr. Agustín Dabezies, Hemato-oncólogo pediatra
 Prof. Ag. Dr. Sergio Dansilio, Neuropsicólogo
 Prof. Agda. Dra. Lucía Delgado, Oncóloga
 Prof. Dra. Lilián Díaz, Hematóloga
 Dr. Raul Gabus, Hematólogo
 Prof. Agdo. Dr. Alvaro Huarte, Internista
 Prof. Dr. Juan Jubín, Urólogo
 Prof. Dr. Pedro Kasdorf, Oncólogo Radioterapeuta
 Prof. Agdo. Dr. Mario Llorens, Internista

Dr. Lem Martínez, Hematólogo
 Prof. Dr. Ignacio Musé, Oncólogo
 Prof. Agdo. Dr. Pablo Muxí, Hematólogo
 Prof. Agdo. Dr. Rubens Neirotti, Cirujano
 Prof. Agdo. Dr. Mario Olazábal, Ginecólogo
 Prof. Agda. Dra. Gabriela Ormaechea, Internista
 Prof. Dr. Hernán Parodi, Cirujano
 Prof. Dr. José Perrier, Cirujano
 Prof. Agdo. Dr. Raul Pisabarro, Internista
 Prof. Agdo. Dr. José Luis Rodríguez, Cirujano
 Prof. Agdo. Dr. Eduardo Rognitz, Internista
 Prof. Dr. Luis Ruso, Cirujano
 Prof. Dra. Graciela Sabini, Oncóloga
 Prof. Dr. Ronald Salamano, Neurólogo
 Prof. Agdo. Dr. Siul Salisburi, Cirujano de tórax
 Prof. Dr. Luis Schiavo, Otorrinolaringólogo
 Prof. Agdo. Dr. Leonardo Sosa, Internista
 Prof. Agdo. Dr. José Valiño, Internista
 Prof. Agdo. Dr. Mario Varangot, Oncólogo
 Prof. Dr. Gustavo Veirano, Cirujano
 Prof. Agdo. Dr. Washington Vignolo, Internista
 Prof. Dr. Saul Wajkopf, Neurocirujano