



**FORMATO DE ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO**

Ciudad: Santiago De Cali  
Fecha de Elaboración: 16/01/2017

Entidad Recobrante: EPS016 COOMEVA EPS S.A.  
Número del Acta: 201776016

Atención Ambulatoria: X

Atención Hospitalaria:       

**I. Datos de identificación del Usuario:**

Nombres y apellidos: [REDACTED]				
Tipo Documento	RC	TI	CC	Número: [REDACTED]
			X	
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA	

**II. Datos del médico tratante**

a. Nombre y Apellidos: [REDACTED]			
b. Registro médico:	523709	c. Especialidad:	Hematología
d. Fecha solicitud:	13/01/2017	e. Fecha Radicación de la Solicitud al CTC:	16/01/2017

**III. Diagnóstico del caso objeto del estudio**

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	C509	Tumor Maligno De La Mama Parte No Especificada

**IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS**

**a. Medicamentos NO incluidos en el POS**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
Denosumab	M05BX04	120 MG	Solucion Inyectable	30	.03	1

**b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
Alendronato Tableta 70 Mg (cod 17046 - Bioquifar Pharmaceutica S.a.) -	M05BA04	70 MG	Tableta	30	.03	1

**c. Procedimiento NO incluido en el POS**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS**

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos.**

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS CON DIAGNOSTICO METASTASIS ÓSEA Y PULMONAR SECUNDARIAS A CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA DERECHA T3N1M0 ESTADIO IIIB HER2 POSITIVO, EN RECAIDA, ANTECEDENTE DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA Y MANTENIMIENTO CON TRASTUZUMAB. MÉDICO TRATANTE SOLICITA CONTINUIDAD CON DENOSUMAB CON INDICACIÓN INVIMA INDICADO EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ÓSEAS (FRACTURA PATOLÓGICA, RADIOTERAPIA ÓSEA COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL O CIRUGÍA ÓSEA) EN ADULTOS CON METÁSTASIS ÓSEA DE TUMORES SÓLIDOS. EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DECIDE APROBAR EL MEDICAMENTO SOLICITADO PARA EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE FRACTURAS OSEAS POR METASTASIS DE CANCER DE MAMA, ES UN ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA RANK-L TOTALMENTE HUMANO QUE POSEE UN MECANISMO DE ACCIÓN FISIOLÓGICO Y ÚNICO, QUE ACTÚA EN LA RAÍZ FISIO PATOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD, PARA INCREMENTAR EN DMO EN LOS TIPOS DE HUESO CORTICAL Y TRABECULAR, REDUCIENDO EL RIESGO DE FRACTURAS VERTEBRALES Y NO VERTEBRALES, YA QUE NO TIENE ALTERNATIVAS POS, TIENE ADECUADA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE NECESIDAD CON EL FIN DE CONTROLAR EL CUADRO CLÍNICO Y CONTROLAR EL RIESGO DE FRACTURAS SECUNDARIAS, ATENDIENDO LA RESOLUCIÓN 6408 DE 2016

<b>VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país. X		
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o parac único satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o por que existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.		
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior? X		
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva	X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada? X		

<b>VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la sentencia T160 de 2014</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>en</b>	<b>la</b>
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o dignidad quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas	Aplica	Aplica		
<del>El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y supla el excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad</del>	<del>No</del>	<del>No</del>	<del>Aplica</del>	<del>Aplica</del>
<del>El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico y el CTC, en principio prevalece el primero</del>	<del>Aplica</del>	<del>Aplica</del>	<del>tante</del>	<del>el</del>
<del>Se cobija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario</del>	<del>Aplica</del>	<del>Aplica</del>	<del>or</del>	<del>los</del>

**VIII. Decisión del Comité:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

**III. Diagnóstico del caso objeto del estudio**

<b>Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:</b>	<b>CODIGO DX</b>	<b>NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO</b>
	C509	Tumor Maligno De La Mama Parte No Especificada

**IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS**

**a. Medicamentos NO incluidos en el POS**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
Pertuzumab	L01XC13	420 MG	Solucion Inyectable	30	.03	1

**b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
Carboplatino Solucion 150 Mg/15 MI (cod 6974 - Ropsohn Laboratorios Ltda) -	L01XA02	150 MG/15 ML	Solucion	30	.03	1

**c. Procedimiento NO incluido en el POS**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS**

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo	Total	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos.**

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS CON DIAGNÓSTICO CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA DERECHA T3N1M0 ESTADIO IIIB HER2 POSITIVO, EN RECAIDA CON METASTÁSIS PULMONAR Y ÓSEA ESTADIO RIV, ANTECEDENTE DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA Y MANTENIMIENTO CON TRASTUZUMAB. MÉDICO TRATANTE SOLICITA CONTINUIDAD CON PERTUZUMAB CON INDICACIÓN INVIMA EST Á INDICADO EN COMBINACIÓN CON TRASTUZUMAB Y DOCETAXEL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO QUIENES NO HAN RECIBIDO TERAPIA PREVIA CON ANTIHER2 O QUIMIOTERAPIA PARA LA ENFERMEDAD METASTÁSICA. EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DECIDE APROBAR EL MEDICAMENTO SOLICITADO COMO TRATAMIENTO DE CÁNCER DE SENO METASTÁSICO PULMONAR Y ÓSEO, MEDICAMENTO PERTINENTE COMO ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANIZADO QUE DETIENE EL CRECIMIENTO TUMORAL Y FAVORECE LA APOPTOSIS, PARA CONTROLAR EL CRECIMIENTO TUMORAL Y PREVENIR LA EXPANSIÓN DE LA PATOLOGÍA A TEJIDOS SANOS Y LAS COMPLICACIONES QUE AMENAZAN LA CALIDAD DE VIDA, DEBIDO A QUE TIENE ADECUADA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO Y CUMPLE LOS REQUISITOS PARA FAVORECER LA SOBREVIVENCIA, ATENDIENDO LA RESOLUCIÓN 6408 DE 2016

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización		SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país.	X		
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o parac único satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o por que existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.			
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?	X		
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva		X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada?	X		

VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la sentencia T160 de 2014	SI	NO	en la
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o dignidad quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas	Aplica	Aplica	Aplica
<del>El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y supla el excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad</del>	No	No	No
<del>El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero</del>	Aplica	Aplica	Aplica
<del>Se cobija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario</del>	Aplica	Aplica	Aplica

#### VIII. Decisión del Comité:

	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

#### III. Diagnóstico del caso objeto del estudio

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	C509	Tumor Maligno De La Mama Parte No Especificada

#### IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

##### a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
Fosaprepitant	A04AD12	150 MG	Polvo Liofilizado Para Reconstituir A Solucion Inyectable	30	.03	1

##### b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
Metoclopramida Solucion Inyectable 10 Mg De Base/2 ML (cod 2825 - Laboratorio Biosano S.a.) - Sicmafarma S.a.s.	A03FA01	10 MG DE BASE/2 ML	Solucion Inyectable	30	.03	1

##### c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS**

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos.**

PACIENTE FEMENINO, DE 51 AÑOS, CON CUADRO DE HIPEREMESIS ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETICA POR PRESENCIA DE C ANKER, EMESIS NO LOGRA SER CONTRADA CON LAS ALTERNATIVAS POS, POR LO QUE PARA EVITAR LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA QUIMIOTERAPIA EMESIS DEBE SER MANEJADA FOSAPREPITANT YA QUE ES AGONISTA SELECTIVO DE ALTA AFINIDAD POR LOS RECEPTORES DE LA SUSTANCIA P NEUROKININA 1 (NK1) HUMANA QUE ACTÚA INHIBIENDO LA EMESIS INDUCIDA POR AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS CI TOTÓXICOS A TRAVÉS DE ACCIONES EN LAS FASES AGUDA Y RETARDADA INDUCIDA POR CITOTOXICOS, INDICACIÓN INVIMA COMO AGENTE ANTIEMÉTICO EN EL TRATAMIENTO INICIAL Y RECURRENTE DE LA QUIMIOTERAPIA. POR LO QUE TENIENDO EN CUENTA LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA NO RESPUESTA A LAS ALTERNATIVAS POS, Y LA INDICACION Y AVAL DE USO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE, EL COMITÉ ENCUENTRA PERTINENTE LA SOLICITUD Y DA SU APROBACIÓN, CON EL FIN DE DISMINUIR EL RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SUS COMPLICACIONES Y MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LA PACIENTE.

<b>VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país. X		
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o parámetro único satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.		
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior? X		

d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva		X
		NO
		No Aplica
		No Aplica
		No Aplica
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada? X		

<b>VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la sentencia T160 de 2014</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o dignidad de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas		No Aplica
El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y supla el excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad		No Aplica
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero		No Aplica
Se cobija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario		No Aplica

**VIII. Decisión del Comité:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

**III. Diagnóstico del caso objeto del estudio**

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	<b>CODIGO DX</b>	<b>NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO</b>
	C509	Tumor Maligno De La Mama Parte No Especificada

**IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS**

**a. Medicamentos NO incluidos en el POS**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
Docetaxel	L01CD02	80 MG/VIAL O AMPOLLA	Solucion Inyectable	30	.07	2

**b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
Paclitaxel Solucion Inyectable 30 Mg (cod 8824 -blau Farmaceutica Colombia S.a.s.)	L01CD01	30 MG	Solucion Inyectable	30	.07	2

**c. Procedimiento NO incluido en el POS**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene**

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

**e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS**

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo	Total No Aplica	No Aplica No Aplica	No Aplica No Aplica	No Aplica No Aplica

**V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos.**

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS CON DIAGNÓSTICO CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE LA MAMA DERECHA T3N1M0 ESTADIO IIIB HER2 POSITIVO, EN RECAIDA CON METASTÁSIS PULMONAR Y ÓSEA ESTADIO IV, ANTECEDENTE DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA Y MANTENIMIENTO CON TRASTUZUMAB. MÉDICO TRATANTE SOLICITA CONTINUIDAD CON DOCETAXEL CON INDICACIÓN INVIMA TRATAMIENTO DE CÁNCER DE SENO METASTÁSICO Y/O LOCALMENTE AVANZADO. EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DECIDE APROBAR EL MEDICAMENTO SOLICITADO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA AVANZADO Y METASTÁSICO PULMONAR Y ÓSEO, MEDICAMENTO PERTINENTE COMO ANTINEOPLÁSICO QUE ACTÚA PROVOCANDO LA MUERTE DE LAS CÉLULAS CANCERIGENAS POR INTERFERENCIA EN LA MITOSIS CELULAR, CONTROLANDO EL CRECIMIENTO TUMORAL, PARA CONTROLAR LA EXTENSIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD TUMORAL, PREVIENDO LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS QUE AMENAZAN Y AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA, DADO QUE ES UN MEDICAMENTO QUE CUMPLE LAS INDICACIONES INVIMA Y DE TRATAMIENTO, PORQUE PRESENTÓ BAJA RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA, PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA RECURRENCIA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 6408 DE 2016

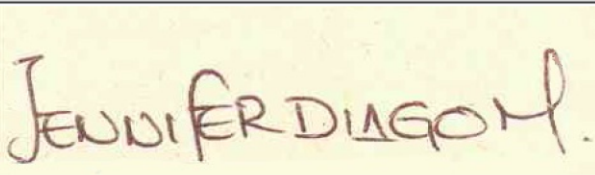
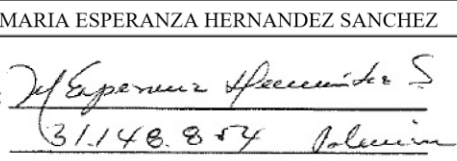

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país. X		
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o parac único satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.		
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior? X		
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva	X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada? X		

VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la sentencia T160 de 2014	SI	NO	en la
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o dignidad que requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas	Aplica	Aplica	
<del>El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y supla el excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad</del>	No	No	Aplica
<del>El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero</del>	Aplica	Aplica	
<del>Se cobija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario</del>	Aplica	Aplica	

#### VIII. Decisión del Comité:

	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

#### IX. Responsables del Comité:

Nombres y apellidos del representante de la EPS	JENNIFER DIAGO MARTINEZ
Firma del Representante de la EPS	
Tipo y número de documento de identificación y/o registro médico	76435810
Nombres y apellidos del representante de la IPS	MARIA ESPERANZA HERNANDEZ SANCHEZ
Firma del Representante de la IPS	
Tipo y número de documento de identificación y/o registro médico	10436
Nombres y apellidos del representante de los usuarios	TERESA AMPARO PEREZ
Firma del Representante de los usuarios	
Tipo y número de documento de identificación y/o registro médico	CC - 31246139

