RV: Rad 2021-014 Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros- Contestación Demanda

Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 21/01/2022 7:49

Para: Christian Acevedo Mejia <cacevedm@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Consejo Superior de la Judicatura

Julián Mazo Bedoya

Secretario
Juzgado 14 Civil Circuito de Oralidad de Medellin
Seccional Antioquia-Chocó

ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: +57-2 32 15 92
Carrera. 52 42-73 Piso 13 Of. 1307
Medellín Antioquia

De: Meli Montaño Giraldo <melig131@hotmail.com>
Enviado: jueves, 20 de enero de 2022 4:49 p. m.
Para: Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Cc: paulavergara <paulavergara@callevergara.com>; JC ABOGADOS <jcabrera@jcabg.com>; notificacioneslegalesco@chubb.com <notificacioneslegalesco@chubb.com>; Melissa Montano Giraldo <Melissa_montano@coomevaeps.com>; cad@jcabg.com <cad@jcabg.com>; contabilidad@hernanocazionez.com <contabilidad@hernanocazionez.com>
Asunto: Rad 2021-014 Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros- Contestación Demanda

Señores:
JUZGADO 14 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Medellín, Antioquia
E.S.D

REFERENCIA: VERBAL R.C.E
DEMANDANTE: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros
DEMANDADO: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A Y OTROS
LLAMANTE: HERNAN OCAZIONES Y CIA S.A.S
LLAMADO: COOMEVA EPS S.A
RADICADO: 20201-00014

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

Señores:
JUZGADO 14 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Medellín, Antioquia
E.S.D

REFERENCIA: VERBAL R.C.E
DEMANDANTE: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros
DEMANDADO: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A Y OTROS
LLAMANTE: HERNAN OCAZIONES Y CIA S.A.S
LLAMADO: COOMEVA EPS S.A
RADICADO: 20201-00014

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

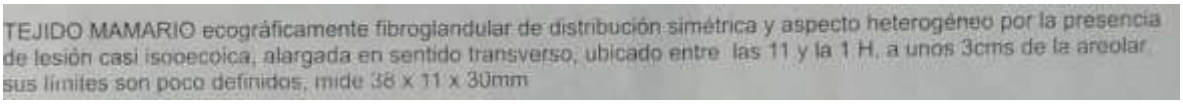
MELISSA MONTAÑO GIRALDO mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Medellín, identificada con la Cedula de Ciudadanía N° 1.037.237.232, Abogada identificada con Tarjeta Profesional N° 279.026 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderada Judicial de COOMEVA EPS S.A, por medio del presente escrito me permito contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos:

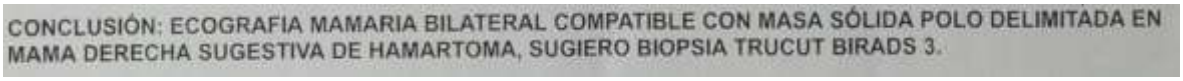
I. CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA, son asuntos personales y de la esfera familiar de la demandante que deben ser probados dentro del Proceso de la referencia, por lo cual me ciño a lo que en el mismo se pruebe.

AL HECHO SEGUNDO: ES CIERTO, la paciente acude el 2 de enero de 2018 a la red de atención de COOMEVA EPS S.A, donde manifestó: Mareo y sensación de masa mamaria de solo 3 días de evolución, para lo cual se le enviaron estudios de laboratorio que incluían niveles de glicemia y colesterol y una Ecografía mamaria más cita de control.

AL HECHO TERCERO: ES PARCIALMENTE CIERTO, el 09 de febrero de 2018, la paciente acude a cita de reporte de ecografía ya que este reporte exactamente refiere: lesión "casi isoecoica" con bordes "poco" definidos, terminología que no se usa en el argot radiológico, pues la definición debe ser clara y referir si se trata de una lesión isoecoica o no, o de si tiene bordes bien o mal definidos, ya que permite orientar el diagnostico, además debieron definirse las características del nódulo mamario.


TEJIDO MAMARIO ecográficamente fibroglandular de distribución simétrica y aspecto heterogéneo por la presencia de lesión casi isoecoica, alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y la 1 H, a unos 3cms de la areolar sus límites son poco definidos, mide 38 x 11 x 30mm


CONCLUSIÓN: ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL COMPATIBLE CON MASA SÓLIDA POLO DELIMITADA EN MAMA DERECHA SUGESTIVA DE HAMARTOMA, SUGIERO BIOPSIA TRUCUT BIRADS 3.

En este reporte ecográfico destacamos que: (1) se trató de una ayuda diagnóstica no realizada por el radiólogo (especialista en imagenología), (2) el médico no plantea situaciones concluyentes a partir de la ecografía realizada, sólo aduce su concepto sugestivo y la poca claridad del alcance de la imagen. No hace descripciones nodulares precisas, se limita a considerar que observa límites poco definidos. La imprecisión de su descripción indudablemente no es propia del lenguaje de radiología, razón por la cual, se quedó en el nivel de sospecha diagnóstica.

Además, concluye sospecha de Hamartoma que ya se explicó se trata de lesión muy poco usual, benigna que se clasifica en el sistema BI RADS como 2, y que no requiere Biopsia y solo se recomienda seguimiento ecográfico. También concluye BI RADS 3 (lesión con menos del 2% de posibilidad de malignidad) pero sugiere Biopsia (procedimiento dirigido a lesiones con niveles más altos en la clasificación BI RADS). Es decir, no existe coherencia entre lo que se sospecha (Hamartoma) lo que se clasifica (BI RADS 3 siendo que la lesión sugiere benignidad o BI RADS 2) y lo que requiere (Biopsia Trucut, cuando lo que se hace por protocolo es seguimiento ecográfico a los 6 meses).

El reporte refiere: lesión casi isoecoica alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y la 1h, a unos 3cms de la areolar, sus límites son poco definidos, mide 30X11X30mm (…) Conclusión: ecografía mamaria bilateral compatible con masa sólida polo (sic) delimitada en mama derecha sugestiva de hamartoma, sugiero biopsia Trucut BI RADS 3."

Es cierto que, en cuanto a la axila, se indicó: "estructuras vasculares y regiones axilares no presentan lesiones", como también que ante la sospecha no confirmada de Hamartoma, procedió a ordenar una biopsia ecodirigida.

AL HECHO CUARTO: ES CIERTO, la paciente acude a control médico en la red primaria de atención de COOMEVA EPS S.A donde se le revisan los resultados de exámenes concluyendo niveles elevados de Colesterol y Presencia en la ecografía de masa de 3.8 x 3.0 x 1.1 cm se le da orden para Biopsia según la sugerencia del resultado.

AL HECHO QUINTO: En el presente hecho se realizan varias afirmaciones, respecto de las cuales nos pronunciaremos de manera separada, así:

ES CIERTO que la señora Yilliam Andrea Jaramillo Murillo acudió a la institución HERNÁN OCAZIONEZ Y CÍA S.A.S., con el fin de realizarse el procedimiento denominado "Biopsia de mama con aguja Trucut", el cual se practicó, por una sugerencia no confirmada proveniente de un profesional no radiólogo que describe la presencia de una lesión con "límites poco definidos", sin descripción nodular en específico.

NO ES CIERTO que el profesional Antonio Jaller Estrada se haya abstenido de realizar el aludido procedimiento sin razón o fundamento alguno. Lo cierto es que para el momento en que el profesional se disponía a realizar el procedimiento de biopsia con aguja Trucut ecodirigida, conforme a los protocolos indicados, encuentra que: (1) la descripción de la ecografía previa no era concluyente ni clara o técnica en la descripción del presunto hallazgo, (2) la masa sobre la que se pretendía tomar la muestra no se evidenció en la imagen radiológica, situación que situó al profesional ante una

imposibilidad técnica para practicar el procedimiento de Biopsia de mama a la señora Jaramillo Murillo, pues no evidenció masa alguna sobre la cual tomar la muestra. Conforme a esto, el radiólogo ordenó de manera diligente, incluso un seguimiento mayor al recomendado en eventos como el de la señora Jaramillo Murillo (BIRADS 3: control ecográfico en 6 meses - probabilidad menor del 2% de ser maligna). El médico adscrito a Hernán Ocazionez, teniendo en cuenta la ecografía previa, ordenó "continuar seguimiento ecográfico dependiendo de la evolución clínica", es decir, en el tiempo que estimara necesario el profesional tratante con especial atención a la clínica del paciente, que podría haber sido inmediatamente.

Por tanto, no es cierto que el profesional Antonio Jaller, radiólogo especialista adscrito a Hernán Ocazionez S.A.S, "se bastó" con sugerir un seguimiento ecográfico, ni tampoco es cierto que se haya limitado a la realización de una ecografía que ya le había sido realizada a la paciente. Lo cierto es que en un actuar diligente el profesional advierte la necesidad de continuar con seguimiento ecográfico, especialmente según la evolución clínica, la cual es evaluada de manera exclusiva por el profesional tratante del cuadro de base, en COOMEVA EPS y/o PROMEDAN.

NO ES CIERTO que en la ocasión que se menciona en el presente hecho, se realizó el mismo procedimiento que en la ecografía previa, lo cierto es que la atención prestada el 24 de febrero de 2018, se trató de una biopsia ecodirigida, que no pudo ser realizada por razones objetivas y técnicas, en la medida que, diligentemente el profesional en radiología realizó una exhaustiva evaluación ecográfica previa, que no evidenció la presencia de masa en el seno derecho. Ante la imposibilidad de visualización de la masa, pese a contar con un equipo radiológico indicado, a la diligencia documentada en el registro de dicha atención y a la amplia trayectoria y pericia del profesional radiólogo que atendió a la paciente Jaramillo, era imposible obtener una muestra de una masa que no se observa en las imágenes obtenidas.

AL HECHO SEXTO: NO ES UN HECHO, es una referencia a un concepto de perito especialista en Ginecología y Epidemiologia pero no existe en su currículo la especialidad de Radiología y que refiere: que era fácil detectar esta lesión, no se puede decir que haya mayor o menor facilidad en la visualización de la lesión, sino que la misma simplemente no se observa en la ayuda diagnóstica realizada el 24 de febrero de 2018, pese a la diligencia del profesional y la idoneidad del seguimiento ecográfico realizado y de los equipos utilizados para este fin.

No es cierto que en la ecografía inicial se hable de "bordes irregulares", la descripción fue mucho más amplia e imprecisa, precisamente por ello fue calificada como una conclusión en el ámbito meramente sugestivo y no diagnóstico. La descripción fue: *"lesión casi isoecoica alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y la 1h, a unos 3cms de la areolar, sus límites son poco definidos"*. Es de anotar que en la ecografía realizada por el Dr. Antonio Jaller el 24 de febrero de 2021, no se evidencia ni observa lesión alguna, por lo tanto, ni siquiera se observan en la imagen obtenida ningún tipo de "bordes irregulares" o "límites poco definidos".

Aunque los antecedentes familiares son importantes para determinar el riesgo es importante aclarar el objetivo real de los mismos:

El cáncer de mama puede ser hereditario si en la familia se tiene una o más de las siguientes características:

- 1 o más mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama a los 45 años o menos.
- 1 o más mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama antes de los 50 años con antecedentes familiares adicionales de cáncer, como cáncer de ovario, cáncer de próstata metastásico y cáncer de páncreas.
- Hay cánceres de mama u ovario en múltiples generaciones en un lado de la familia, como por ejemplo tener una abuela y una tía por parte del padre a las que se les diagnosticaron uno de estos cánceres.
- A una mujer en la familia se le diagnostica un segundo cáncer de mama en la misma o en la otra mama o tiene cáncer de mama y de ovario.
- A un pariente hombre se le diagnostica cáncer de mama.
- Hay al menos 1 pariente cercano al que se le diagnosticó cáncer de mama a los 50 años o menos, o cáncer de ovario, cáncer de próstata o cáncer de páncreas.
- Tiene ascendencia judía asquenazi.

La paciente tenía un antecedente de Cáncer de mama en su abuela (no refiere si materna o paterna), un antecedente de Cáncer de Piel que no tiene relevancia en este caso, no refiere la edad de presentación de Cáncer de mama en su abuela (hecho relevante si se presentó antes de los 50 años).

Existen varios genes hereditarios vinculados con un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama, así como otros tipos de cáncer. Los genes *BRCA1* o *BRCA2* son las mutaciones conocidas más frecuentes. Las mutaciones de estos genes se vinculan con un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario, así como otros tipos de cáncer.

Este hecho no afecta la clasificación BI RADS en los hallazgos ecográficos y no variaba la decisión final de continuación de estudios. El mismo perito en esta respuesta refiere: "*Si los antecedentes familiares estaban o no presentes, no debió cambiar la conducta de remisión a un nivel superior".*

En cuanto a la pregunta sobre la recomendación de remisión a un nivel mayor de atención: no es cierto que una discrepancia ecográfica, es causal de remisión a la especialidad de Mastología, a la paciente se le remitió para Biopsia Trucut pero no se encontró ningún hallazgo de lesión o masa, justamente la clasificación BI RADS 3 de la primera ecografía ameritaba continuar con seguimiento ecográfico a los 6 meses, la segunda ecografía donde iba a ser realizada la Biopsia no encontró nada (BI RADS 1) aun así se sugiere control ecográfico, según nueva aparición de síntomas. La paciente acude a los 3 meses a control médico y se le envió nueva ecografía dado que manifestó aumento del volumen mamario.

No se puede deducir que la paciente paso de un estado clínico IIA a un estadio IIIA, dicha aseveración no tiene ningún fundamento clínico ni radiológico, como se refiere anteriormente la estadificación inicial requiere estudios adicionales Tomográficos y de Biopsia de Ganglio axilar.

No se puede concluir sin ellos el estadio previo del tumor. Es decir en la primera ecografía del 9 de febrero no se puede concluir que el estadio era T2 N0 M0 (Etapa IIA), pues la clasificación aplica solo al Cáncer de mama, en esta primera ecografía no se tenía certeza diagnostica de Cáncer, se pensó en Hamartoma y se clasifico como BI RADS 3 benigno. NO se tenían Tomografías de Tórax y abdomen que permitieran concluir un estadio M0 (sin metástasis) no se tenía biopsia de Ganglio que permitiera concluir un N0 (sin afección a ganglio) la primera ecografía tampoco refirió anormalidad a nivel ganglionar. Por lo tanto no tiene ningún fundamento científico, manifestar de manera ligera que la paciente se encontraba en un Estadio IIA antes del diagnóstico final y si ya se trataba de un Cáncer de Mama.

AL HECHO SÉPTIMO: ES PARCIALMENTE CIERTO, no me constan los sentimientos desplegados por la paciente ante los hallazgos ecográficos y de su autoexamen de mama. No obstante, es cierto que se había identificado al examen físico y en la primera ecografía una masa, pero que no había sido evidente en la segunda ecografía donde se le iba a realizar la biopsia.

AL HECHO OCTAVO: ES PARCIALMENTE CIERTO, no me consta los síntomas de dolor o a que se refiere el hecho como "molestas" pues no aparecen referenciados en la historia clínica, no obstante, es cierto que en cita particular el 4 de marzo de 2018 con el cirujano Alejandro Misas Barrera en la Clínica Medellín de Occidente, se le sugiere remisión a Mastología. NO es cierto que se haya anotado crecimiento de la masa pues este médico no había revisado a la paciente previamente como para determinar un crecimiento.

AL HECHO NOVENO: ES PARCIALMENTE CIERTO, es cierto que la paciente acude a un punto de servicio de la COOMEVA EPS denominada Punto de la Oriental Sala SIP, a efectos de obtener la consulta con la especialidad de Mastología tal y como lo había ordenado el Dr. Misas Barrera. A su petición se le asignó el radicado 182647693 y se le explicó que se contactarían telefónicamente para la programación de la cita. Este mismo hecho y la autorización positiva mediante un ordenamiento numerado desvirtúan el término de "desatención" al que se refiere este hecho. La orden se le aprobó, pero la paciente decide acudir de manera particular sin existir negación por parte de EPS Coomeva. No existe constancia sobre la paciente hizo o no una reclamación.

AL HECHO DÉCIMO: ES PARCIALMENTE CIERTO, no es cierto que la EPS Coomeva jamás hubiera gestionado la cita con Mastología, con fecha del **13 de abril de 2018** se genera el ordenamiento **8402** para cita con la especialidad:

Orden de Servicio

Ordenamiento: 8402 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación: CC-1128481311 Nombre: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo Rango: Rango 2 Edad: 29 Años
Genero: F Semanas cotizadas: 808 Plan adicional: Tipo: Cotizante
Tipo contrato: Dependiente I.P.S. afiliado: Integrados Ips Ltda Sede Robledo Régimen: Contributivo

Datos de la orden

Fecha: 13/04/2018 Ciudad: Medellin Tipo: Especialidades - Remisión
Finalidad: Enfermedad General Id ordenador: Nombre ordenador: Prestador Fuera de la Red - ALEJANDRO MISAS
Estado: Contratación: Evento Pagador: Ips/eps/salud
Usuario genero: Santiago Palacino Cardona Diagnóstico 1: R92X Diagnóstico 2:
Oficina: Medellin Usuario auditor:
Usuario anulo: Stephani Salazar Londono Motivo anulación: Justificación:
Ejecutada: No Recaudo PSE: No

Servicios Solicitados

Realizado	Tipo de Recobro	Codigo	Descripción	Especialidad	Diagnostico	Resumen Clinico	Valor	Cuota Moderadora
S	Ninguno	890202	Consulta De Primera Vez Por Medicina Especializada (subespecialista)	Mastologia	R92X	Ss Urgente Evaluacion Por Mastologia Por Aparicion De Masa En Seno Derecho Ver Anexo Por Fecha Corresponde Sumate	45060	12000

Total Cuota Moderadora 12000
Periodos Carentes 0
Total a pagar por afiliado 12000
Valor a pagar a la IPS 33060

Información del prestador

Identificación: NIT-890911816 Nombre: Clinica Medellin S. A.
Dirección: Cl 53 # 46-38 Teléfono: 3568585 Ciudad: Medellin

Observaciones

Aun así, la paciente decide acudir de manera particular a esta cita.

Es cierto que la paciente solicitó una cita por medicina general ante la EPS, la cual le fue asignada para el 21 de mayo de 2018. En esa consulta del mes de mayo la Dra. Ángela Teresa Martín Lacruz, le ordena nuevamente una ecografía mamaria. Tal decisión se toma con base en el reporte previo negativo de una Ecografía que iba dirigido a Biopsia donde se sugirió control clínico, además la clasificación BI RADS 3 de la primera ecografía, permitía realizar control semestral, aun así, esta orden de una nueva ecografía, se dio apenas pasados 3 meses desde el primer diagnóstico.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. No es cierto, que existieran demoras injustificadas por parte de EPS Coomeva para continuar los estudios ecográficos; la orden de nueva ecografía se autorizó de manera oportuna pero la paciente decide realizarse la ecografía de manera particular. En esta ecografía tomada el 30 de mayo (es decir solo 8 días después de la cita médica, lo que no soporta el hecho de una demora prolongada en la autorización de nueva ecografía en EPS Coomeva). Ahora bien, lo que respecta a la IPS Medi Mujer es cierto, se encontró una masa palpable en el cuadrante superior de la mama derecha de 55x49x25 mm, sin tener claramente un contorno definido. Nuevamente se recomendó la realización de una biopsia.

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO. No es cierto que a la fecha del 30 de mayo de 2018 la EPS Coomeva no hubiera asignado la cita con Mastología, es importante en este punto aclarar que la EPS Coomeva no tiene injerencia en el agendamiento de citas de su red de atención. Cada Institución Prestadora de Salud, tiene la potestad de establecer las fechas y programación, según su cronograma de atención y su capacidad y oportunidad. En general los periodos que demoran las instituciones para la realización de sus servicios se malinterpretan como negación o demora injustificada por parte de los usuarios. Desconocemos entonces la razón de la paciente para acudir de manera particular a cita médica por Mastología, pero es cierto que en esta cita

se le ordenó nueva BIOPSIA, orden que, a pesar de ser de origen particular, la EPS Coomeva tramitó y autorizo sin ninguna petición adicional.

No es cierto que IPS Hernán Ocazionez se haya rehusado a practicar la biopsia mamaria a la señora Yilliam Andrea Jaramillo Murillo en febrero de 2018, sin fundamento alguno. Por el contrario, lo cierto es que, de manera diligente, oportuna e indicada, el día 24 de febrero de 2018, IPS Hernán Ocazionez programó y se dispuso a practicar biopsia mamaria a la señora Jaramillo Murillo, sin embargo, no se observó en las imágenes obtenidas del seno derecho, la lesión descrita en ecografía previa, ni ninguna otra. Conforme a esto, el radiólogo se vio imposibilitado para practicar la biopsia, por ausencia de manifestación de la presunta masa, en la ayuda diagnóstica practicada. Esto impedía desempeñar con eficacia el procedimiento de biopsia, pues no se observaba masa alguna sobre la cual tomar la muestra solicitada.

Es evidente que el reproche planteado, tendiente a indicar que IPS Hernán Ocazionez "se negó" a practicar la ayuda diagnóstica antes descrita, no cuenta con fundamento alguno. No cabe ninguna duda de que la conducta adoptada por el profesional que prestó el servicio fue la adecuada y pertinente, inclusive, con un mayor grado de diligencia que lo establecidos en los protocolos de control, al recomendar el seguimiento ecográfico pese a la ausencia de hallazgos imagenológicos. Escapa por completo al resorte del Dr. Antonio Jaller que, por condiciones completamente ajenas al profesional que practicó la ayuda diagnóstica, no se haya evidenciado la lesión descrita en ecografía previa. Reiteramos que, tal como lo ha aceptado la literatura médica, las ayudas diagnósticas, específicamente la ecografía mamaria, no aportan un grado de exactitud diagnóstica del 100%, pudiendo obtenerse resultados falsos negativos o viceversa, esto debido a diferentes factores, entre ellos la anatomía radiológica de la mama, las características radiológicas de la lesión, el estado del desarrollo actual de la tecnología imagenológica, entre otros.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: ES CIERTO, la orden PARTICULAR de biopsia fue autorizada en EPS Coomeva así como todas las ordenes previas anteriores, la connotación del término "esta vez sí" pretende hacer entender de manera incorrecta y sin fundamento que la EPS Coomeva NEGO las peticiones previas, cosa que no es cierta.

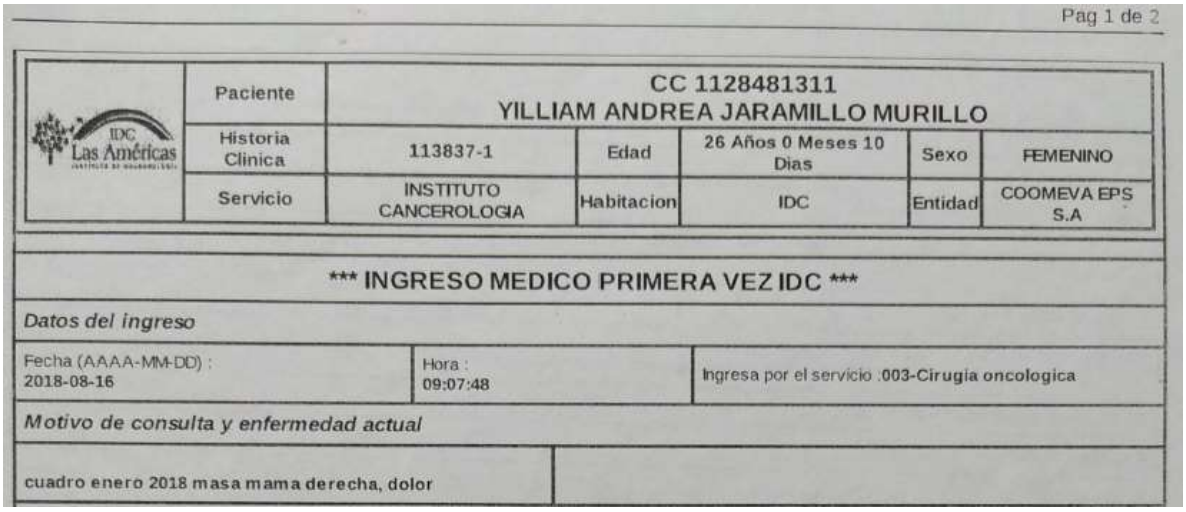
AL HECHO DÉCIMO CUARTO: En el presente hecho se realizan varias afirmaciones, respecto de las cuales nos pronunciaremos de manera separada, así:

ES CIERTO que el día 25 de julio de 2018 se le practicó a la señora Yilliam Andrea Jaramillo Murillo biopsia de mama. Vale la pena aclarar que el procedimiento mencionado fue realizado en las instalaciones de IPS Hernán Ocazionez y practicado por el mismo profesional que atendió a la paciente el 24 de febrero de 2018, a saber: el doctor Antonio Jaller Estrada, especialista en Radiología. Las imágenes obtenidas en la ecografía del 25 de julio de 2018 son completamente distintas a las obtenidas el 24 de febrero de 2018, por ellos sus conclusiones son distintas.

ES CIERTO que en el mencionado examen se encontró una lesión tipo BI RADS 5 en mama derecha, y que se tomaron muestras para patología en la misma intervención.

NO ES CIERTO que la biopsia realizada el 25 de julio de 2018, debió haberse practicado cinco meses atrás. Es evidente que, en la ecografía del 24 de febrero de 2018, no se observa lesión alguna, contrario a lo hallado en la realizada el 25 de julio de 2018. Por tanto, no existe evidencia alguna de que la masa presentada el 25 de julio de 2018, sea la misma que se anunció en ecografía practicada el 9 de febrero de 2018, ni tampoco que ella se evidenció en las imágenes del 24 de febrero de 2018. Sus dimensiones y descripción son completamente distintas, en febrero no se observó y en julio de 2018 se categoriza y se observa. Salta a la vista que, en este evento la parte demandante no cuestiona sobre quién fue el prestador del servicio, ni realiza reproche alguno al respecto. Así las cosas, reiteramos que, en ningún momento la existió negación a la prestación de un servicio en cabeza suya a la señora Yilliam Andrea, es evidente que, ante la imposibilidad para la realización de la biopsia en febrero de 2018, la conducta y recomendación adecuada, pertinente y más que diligente, fue la adoptada por el profesional Antonio Jaller Estrada.

AL HECHO DÉCIMO QUINTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, no es cierto que la orden de remisión a Mastología Oncológica no fuera autorizada por Coomeva, el estudio de Biopsia se realizó en 25 de Julio de 2018 autorizado por EPS Coomeva en la IPS Hernan Ocazionez, el día 27 de Julio se arrojan los resultados de Patología por parte el Laboratorio SUESCUN y la paciente se deriva a ingreso a programa de Oncología para ingreso a tratamiento derivado desde la EPS Coomeva con fecha del **16 de Agosto de 2018:**



Pag 1 de 2

IDC Las Américas

Paciente	CC 1128481311 YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO				
Historia Clinica	113837-1	Edad	26 Años 0 Meses 10 Dias	Sexo	FEMENINO
Servicio	INSTITUTO CANCEROLOGIA	Habitacion	IDC	Entidad	COOMEVA EPS S.A

*** INGRESO MEDICO PRIMERA VEZ IDC ***

Datos del ingreso

Fecha (AAAA-MM-DD) : 2018-08-16	Hora : 09:07:48	Ingresa por el servicio :003-Cirugia oncologica

Motivo de consulta y enfermedad actual

cuadro enero 2018 masa mama derecha, dolor

Es decir, habían pasado 19 días desde que se conoce el diagnostico de Cáncer de Mama. Estos tiempos corresponden a los tiempos adecuados de programación y manejo, aunque existen recomendaciones claras de manejo y programación de las lesiones malignas desde que se hace el diagnostico hasta que se inicia el manejo (tiempos sugeridos no mayores a 4 meses) no pasaron siquiera 3 semanas desde el diagnostico hasta la cita de ingreso a IPS IDC Las Américas Instituto de Cancerología.

Aunque la paciente acude una vez más de manera particular a Mastología, esta cita solo se limita a remitir a la paciente a nuestra red de atención para iniciar manejo mediante Quimioterapia Neodyuvante, Cirugía Mastectomía Radical Modificada y Radioterapia.

Es cierto que a la paciente se le envían estudios complementarios para la estadificación Tumoral en el sistema TNM y determinar el estadio, consistentes en tomografía axial computarizada de tórax extendida al abdomen superior con suprarrenal; creatinina; estudio de coloración histoquímica en biopsia de mama derecha, gammagrafía ósea corporal total o segmentaria; genética humana; diagnóstico molecular de enfermedades, además de una nueva orden con el Mastólogo-Oncólogo Óscar Alejandro Bonilla Sepúlveda.

No es cierto que la razón de la solicitud de estos exámenes obedeciera a que el tamaño del tumor para ese momento estuviera en los 10 cm, el objetivo clínico de los estudios es la estadificación del Tumor.

AL HECHO DÉCIMO SEXTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, no me consta la respuesta emitida por COOMEVA EPS S.A que las ordenes estuvieran mal ingresadas, no hay prueba en el expediente de ello, por lo cual es una afirmación que debe probarse. Lo que, si es cierto, es que la paciente radica las órdenes para los estudios y que la EPS Coomeva comenzó el trámite de gestión y posterior programación de los mismos, pero que la paciente decide por decisión personal realizarlos de manera particular. Este hecho no constituye negación reiterativa pues nunca existió negación de los servicios ni previamente ni en ese momento.

AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: ES CIERTO. El 16 de agosto de 2018, en el Instituto de Cancerología de la Clínica Las Américas, se diagnosticó a la Sra. ANDREA un cáncer de mama derecha

Estadio IIIA. La lesión se describe en los siguientes términos:

> *"Mama derecha lesión de 10cms que ocupa la región central y los cuadrantes internos, con retracción del pezón, sin úlceras, con un ganglio de 2 cms duro en la axila. (…) Mama izquierda sin lesiones palpables (…) Diagnostica Cáncer de mama derecho Estadio IIIA T3N1M0 Luminal B*
>
> *Considera quimioterapia Neoadyuvante antes de la cirugía*
>
> *Posteriormente mastectomía radical modificada por ser un cáncer localmente avanzado con retracción del pezón, radioterapia postoperatoria.*
>
> *Reconstrucción posterior a la radioterapia."*

AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: NO ES CIERTO. No es cierto que de haberse diagnosticado el Cáncer desde la primera Biopsia (en la Ecografía del 24 de febrero de 2018) que no se pudo realizar, pues no se encontró ninguna lesión en la cual hacerla, se hubiera evitado la realización de la Quimioterapia.

La estadificación de un Cáncer requiere estudios adicionales Tomográficos, de laboratorio, biopsia ganglionar entre otros.

No se puede concluir sin ellos el estadio previo del tumor. Es decir en la primera ecografía del 9 de febrero no se puede concluir que el estadio era T2 N0 M0, pues la clasificación aplica solo al Cáncer de mama, en esta primera ecografía no se tenía certeza diagnostica de Cáncer, se pensó en Hamartoma y se clasifico como BI RADS 3 benigno. NO se tenían Tomografías de Tórax y abdomen que permitieran concluir un estadio M0 no se tenía biopsia de Ganglio que permitiera concluir un N0.

Si pretendemos adivinar un estadio T2N0M0 en fechas del 9 de febrero de 2018, la clasificación del Cáncer de mama sería un Estadio IIA y también hubiera requerido Tumerectomía o Mastectomía parcial o Mastectomía a criterio de los hallazgos quirúrgicos y resultados patológicos, generando alteración en la anatomía de la mama, por lo tanto, no se puede concluir que el manejo hubiera sido absolutamente conservador de la mama. Tal manejo hubiera requerido también nuevas intervenciones quirúrgicas con fines de simetría. TAMBIEN hubiera requerido Quimioterapia Y radioterapia pues hacen parte del tratamiento de este estadio.[1]

Dada la presentación tan temprana del cáncer en esta paciente, el crecimiento rápido seguramente se hubiera clasificado como un estadio IIIA o IIIB en estos casos el manejo suele ser amplio y complementario con el fin de lograr objetivos curativos.

AL HECHO DÉCIMO NOVENO: ES PARCIALMENTE CIERTO. No es cierto que en esta etapa del tratamiento hubieran existido dilaciones, como se observa en la Historia Clínica anexada por la demandante al Proceso, el Instituto de Cancerología de la Clínica Las Américas, brindo con oportunidad y cumplimiento, todas las citas de control, seguimiento y tratamiento a la paciente.

Es cierto que la paciente interpone una acción de tutela contra EPS Coomeva, con fecha de Notificación del 24 de Agosto de 2018 y radicado número 2018-00266 del Juzgado 46 Penal Municipal con Función de Conocimiento de Medellín, pero con motivo de solicitar interconsultas por Mastología, Genética humana, Oncología clínica, los laboratorios de creatinina en suero, el diagnóstico molecular de enfermedades panel multigénico (perfil MIRYAD) y el Ecocardiograma Transtorácico. Aunque las citas de Mastología Oncológica y Genética se brindaron oportunamente en el mismo Instituto de Cancerología de la Clínica Las Américas, lo que determina esta acción judicial es la solicitud de estudios altamente avanzados de carácter genético: Estudios Moleculares de Genes (Panel Oncológico 31 Genes: Apc, Atm, bard1, Blm, bmpr1a, brca1, brca2, brip1, cdh1, cdk4, cdkn2a, chek2, Epcam, Fh, Flcn, grem1 ,mlh1, msh2, msh6, Mutyh, Nbn, palb2, pms2, pold1, Pole, Pten, rad51c, rad51d, smad4, stk11, tp53), estudios cuya capacidad de realizarlos se limita a muy pocos laboratorios en Colombia. El procesamiento y resultados de los mismos puede demorar, situación que se interpretó como dilación injustificada del servicio. Así entonces el Juzgado otorga la realización de estos estudios y un manejo integral de la patología.

AL HECHO VIGÉSIMO: ES CIERTO, la usuaria elevo una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud con PQRD PQRD180421562, situación que no derivó en sanciones, pues se le explico al ente regulador que la usuaria ya se encontraba en manejo medico establecido.

AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. No es cierto que la EPS Coomeva hubiera negado o continuara negando ningún servicio a la usuaria Jaramillo Murillo, toda la fase inicial de estadificación, valoración multidisciplinaria, laboratorios, imágenes, y finalmente el tratamiento con Quimioterapia Neoadyuvante se realizaron en la red de la EPS Coomeva. No conocemos las razones del traslado de la paciente a EPS Suramericana.

AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: este hecho consta de varias argumentaciones que se responden en el siguiente orden:

---

[1] https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-para-el-cancer-de-seno-en-etapas-i-a-iii.html

ES CIERTO según consta en los anexos que la paciente se realizó el 27 de abril de 2019 una Cirugía denominada mastectomía radical modificada más vaciamiento axilar. Se le prescribió una incapacidad de treinta días. Posterior a la mastectomía, el 12 de marzo de 2020, se le realizó una cirugía de reconstrucción mamaria con músculo dorsal ancho y prótesis. Para ello era necesario retirar piel de la espalda de la paciente.

NO ME CONSTA si su post operatorio fue sumamente doloroso o si debía yacer en cama sobre su espalda o si esta zona estaba comprometida debido a la piel extraída, pues no hay ninguna anotación clínica con referencia al dolor o evolución de la recuperación ambulatoria de la paciente. La nota de control post quirúrgico de la paciente, refiere buena evolución. Los procesos post quirúrgicos como edema, dolor, limitación funcional entre otros son inherentes al acto quirúrgico y no son provocados con predeterminación.

Las incapacidades se refieren en los anexos, las razones de las mismas son potestad del médico tratante, no corresponde a EPS Coomeva hacer comentarios de las mismas.

AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: NO ME CONSTA. No me constan los procedimientos quirúrgicos a los que se ha sometido la señora Yilliam Andrea Jaramillo Murillo, ni la probabilidad de que esta deba ser sometida a nuevas cirugías en el futuro pues es una situación incierta de la cual no hay lugar a la certeza de la afirmación realizada.

Así mismo, es claro que la oportunidad de tratamiento de cáncer de mama, no depende únicamente del estadio en que se le dé manejo, sino de otros aspectos, incluso genéticos e idiosincráticos, entre otros factores.

AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: este hecho consta de varias argumentaciones que se responden en el siguiente orden:

NO ES UN HECHO la clasificación TNM que se utiliza internacionalmente como método de estadificación de los Canceres como el de mama, por lo cual al respecto no me pronunciaré.

NO ES CIERTO que la sociedad que represento "se haya abstenido de realizar una biopsia en contravía de la lex Artis", ni mucho menos que su "negligencia" fuera determinante para el desenlace lamentable.

Sólo basta dar lectura al medio de prueba documental aportado con la demanda, en el que consta la actuación desplegada por el profesional adscrito a Hernán Ocazionez, el 24 de febrero de 2018, para establecer, sin lugar a duda que, en ningún momento hubo una negligencia, ni una negativa a prestar la atención programada, a favor de la señora Yilliam Andrea. Es evidente que la biopsia no se practicó, porque en la evaluación ecográfica no se observa la lesión descrita en los estudios ecográficos previos. Esto, tan sólo demuestra la imposibilidad en la que se vio el profesional para tomar una muestra de una masa no visible. Salta a la vista que esta situación es completamente al radiólogo de la IPS Hernan Ocazionez, que practicó la ayuda diagnóstica citada, quién en las mismas instalaciones y con el mismo equipo, en julio de 2018, pudo detectar una lesión en la misma mama, pero de dimensiones muy distintas. Esta situación sólo puede dejar en evidencia que, no existe ningún grado de certeza para determinar que la masa hallada en julio de 2018 sea la misma que se anunció el 9 de febrero de 2018, en la IPS Prodiagnóstico.

Aunado a lo anterior, tal como se ha venido sosteniendo, está acreditado que las ayudas diagnosticas no tienen una certeza del 100%, por diferentes factores explicados en acápites precedentes, ajenos a IPS Hernán Ocazionez y por esta razón, es el médico tratante del cuadro de base (Ginecólogo, Mastólogo o Médico general), quién como ya se ha indicado, deberá determinar la conducta medica más pertinente a adoptar, según la evolución clínica y la correlación del paciente. Reiteramos que el actuar de la sociedad IPS Hernán Ocazionez recomendó inclusive un control más estricto que el establecido por las guías médicas para la categoría de Birads 3, al recomendar el seguimiento ecográfico según su evolución clínica.

NO ES CIERTO que exista evidencia clínica suficiente para considerar que la masa observada en la ecografía del mes de julio de 2018 haya estado presente en la ecografía del mes de febrero de 2018. Lo cierto es que las imágenes obtenidas hablan por sí solas, en ambos momentos. Fuero distintas y sus conclusiones también. Por tanto, no existe causalidad alguna entre la atención diligentemente prestada y la supuesta reducción de oportunidad de tratamiento que se anuncia en la demanda.

El tamaño de la masa creció desde 3.8 cm a 10 cm en su longitud (crece 6 cm) en la ecografía del 9 de febrero no había hallazgos en axilas (a pesar de que no es el mejor método para diagnosticar compromiso ganglionar), la biopsia de ganglio posterior mostró compromiso ganglionar N1 en el sistema TNM.

AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: NO ES CIERTO, ni se puede determinar bajo ningún concepto, asumir la clasificación de la etapa previa del tumor sin estudios adicionales pues la metodología TNM los requiere como se ha argumentado con suficiencia.

La estadificación de un Cáncer requiere estudios adicionales Tomográficos, de laboratorio, biopsia ganglionar entre otros.

No se puede concluir sin ellos el estadio previo del tumor. Es decir, en la primera ecografía del 9 de febrero no se puede concluir que el estadio era IIA (T2 N0 M0), pues la clasificación aplica solo al Cáncer de mama, en esta primera ecografía no se tenía certeza diagnostica de Cáncer, se pensó en Hamartoma y se clasifico como BI RADS 3 benigno. NO se tenían Tomografías de Tórax y abdomen que permitieran concluir un estadio M0 no se tenía biopsia de Ganglio que permitiera concluir un N0.

Si pretendemos adivinar un estadio T2N0M0 en fechas del 9 de febrero de 2018, la clasificación del Cáncer de mama sería un Estadio IIA y también hubiera requerido Tumerectomía o Mastectomía parcial o Mastectomía a criterio de los hallazgos quirúrgicos y resultados patológicos, generando alteración en la anatomía de la mama, por lo tanto, no se puede concluir que el manejo hubiera sido absolutamente conservador de la mama. Tal manejo hubiera requerido también nuevas intervenciones quirúrgicas con fines de simetría. TAMBIEN hubiera requerido Quimioterapia Y radioterapia pues hacen parte del tratamiento de este estadio[2].

Tampoco es cierto que solo basta el tamaño del tumor para estadificar un tipo T2 N0 M0, pues se requería estudio de ganglios y búsqueda de metástasis a otros órganos para llegar a esa conclusión.

---

[2] https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-para-el-cancer-de-seno-en-etapas-i-a-iii.html

De igual manera, NO es cierto que cuando finalmente se hizo la biopsia en el mes de julio de 2018, aunque la paciente tenía una lesión que superaba los 10 cms que ocupaba la región central y los cuadrantes internos, con retracción del pezón y un ganglio de 2 cms duro en la axila. El criterio del tamaño no basta para clasificarlo en un estadio IIIA (T3 N1 M0). Para llegar a esa conclusión se detectaron ganglios comprometidos (no más de 3) y la ausencia de metástasis que se estudió con Tomografía de Tórax y Abdomen, Gammagrafía Ósea. En febrero 8 de 2018 no se contaba con ningún método adicional además de la Ecografía que diagnostico posible Hamartoma y estableció un BIRADS 3 (riesgo menor al 2% de malignidad).

AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO ES CIERTO. No se puede aseverar que la paciente tenía un diagnóstico del Cáncer de mama el 8 de febrero de 2018 y que se dejó de diagnosticar en el reporte de Ecografía del 24 de febrero de 2018 cuando no se pudo realizar la biopsia. Por lo tanto, no se puede acudir a la operación matemática simple de concluir que desde estas fechas hasta cuando se inicia el primer ciclo de quimioterapia el 12 de Septiembre de 2018 (no en octubre como refiere de manera incorrecta el hecho 25 de la demanda) pasaron 7 meses sin tratamiento.

Los datos correctos deben tomarse en cuenta, desde el momento en que se tiene el resultado de la Biopsia que diagnostica con certeza el cáncer de mama y no antes (pues sería asumirlo sin evidencia patológica), desde el primero de Agosto de 2018 hasta el inicio de tratamiento el 12 de septiembre de 2018, es decir un mes y doce días después. Tomando en cuenta la recomendación del mismo perito de recomendar un tiempo menor a 12 semanas para llegar a un diagnóstico definitivo e idealmente para el inicio del tratamiento, este tiempo se cumplió.

En la conclusión del perito, no es cierto que el paciente pasara de un estadio IIA a uno IIIA. La estadificación de un Cáncer requiere estudios adicionales Tomográficos, de laboratorio, biopsia ganglionar entre otros.

No se puede concluir sin ellos el estadio previo del tumor. Es decir en la primera ecografía del 9 de febrero no se puede concluir que el estadio era IIA (T2 N0 M0), pues la clasificación aplica solo al Cáncer de mama, en esta primera ecografía no se tenía certeza diagnostica de Cáncer, se pensó en Hamartoma y se clasifico como BI RADS 3 benigno. NO se tenían Tomografías de Tórax y abdomen que permitieran concluir un estadio M0 no se tenía biopsia de Ganglio que permitiera concluir un N0.

AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO: NO ES CIERTO,no es cierto que las demoras presentadas en el diagnóstico y las omisiones del prestador HERNÁN OCAZIONEZ, con la consecuencial tardanza en el inicio del tratamiento de ANDREA tuvieron repercusiones lamentables frente a las opciones de tratamiento que se le podían ofrecer. El 24 de febrero de 2018 no se encontró ninguna lesión tumoral sobre la cual realizar una biopsia.

No es cierto que el diagnostico desde el 24 de febrero de 2018 asumiendo que se tratara de la misma lesión que posteriormente se identificó como un cáncer hubiera podido evitar una cirugía Mastectomía, si pretendemos adivinar un estadio T2N0M0 en fechas del 9 de febrero de 2018, la clasificación del Cáncer de mama sería un Estadio IIA y también hubiera requerido Tumerectomía o Mastectomía parcial o Mastectomía a criterio de los hallazgos quirúrgicos y resultados patológicos, generando alteración en la anatomía de la mama, por lo tanto no se puede concluir que el manejo hubiera sido absolutamente conservador de la mama. Tal manejo hubiera requerido también nuevas intervenciones

quirúrgicas con fines de simetría. TAMBIEN hubiera requerido Quimioterapia Y radioterapia pues hacen parte del tratamiento de este estadio[3].

AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO. No es cierto que hubiera retrasos diagnósticos o de remisión a los servicios e interconsultas a especialistas y mucho menos que estas tuvieran repercusión en el estado final de la paciente. Los manejos y remisiones se dieron de manera oportuna apenas se tuvo certeza diagnostica del Cáncer de mama. Se ofrecieron todos los métodos, consultas y tratamientos de manera oportuna.

Tampoco se privó a la señora Jaramillo de otras oportunidades de tratamiento, ni se disminuyó por parte de EPS Coomeva, sus expectativas de vida, cuya real determinación para su caso es incierta, ante la imposibilidad científica de establecer qué tan rápida o leve era la evolución del cáncer posteriormente detectado.

La velocidad a la que el cáncer progresa depende de la tasa de crecimiento de las células cancerosas. Es difícil estimar el crecimiento del cáncer porque no todas las células cancerosas se multiplican y dividen a la misma velocidad. Por lo tanto, es más aun difícil establecer con certeza la expectativa de vida.

A LOS HECHOS VIGÉSIMO NOVENO, TRIGÉSIMO Y TRIGÉSIMO PRIMERO: NO ME CONSTAN. No nos constan los supuestos perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales sufridos por el núcleo familiar de la señora Yilliam Andrea y por ella misma, en los términos señalados en estos hechos. Lo cierto es que, no se aporta con la demanda prueba alguna los padecimientos emocionales de estos, ni de la supuesta calidad de padre de crianza del señor Nicolás Albeiro López López. Así como tampoco de las supuestas erogaciones en las que tuvieron que incurrir para la realización de exámenes.

AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO. No es cierto que haya habido demora en el diagnóstico que haya implicado para ella una pérdida de oportunidad de otros tratamientos. No se puede concluir con certeza que el manejo de una patología Cancerosa en un estadio IIA como asume de manera incorrecta el concepto del perito, no hubiera terminado en cirugía Mastectomía Total, Parcial o Tumerectomía con las posteriores consecuencias a nivel estético, funcional y patológico para la paciente. La expectativa de vida calculada con bases estadísticas no es precisa y depende de muchos factores, varios de ellos inherentes al mismo paciente y su condición genética.

AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO ME CONSTA. No le constan a Coomeva EPS, los dolores y angustias padecidas por la señora Yilliam Andrea en virtud de las demoras, que ella aduce, en su diagnóstico, y todo lo demás manifestado en este hecho. Como ya se explicó la expectativa de vida calculada con bases estadísticas no es precisa y depende de muchos factores, varios de ellos inherentes al mismo paciente y su condición genética.

AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: NO ME CONSTA. No le constan a Coomeva EPS los supuestos perjuicios patrimoniales sufridos por la señora Yilliam Andrea. Por parte de la EPS Coomeva se autorizaron todas las órdenes generadas por los médicos tratantes y se generaron todos los ordenamientos aun cuando las órdenes médicas eran de origen particular. El inicio y programación

[3] https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-para-el-cancer-de-seno-en-etapas-i-a-iii.html

del tratamiento desde que se conoce el diagnostico hasta que se comienza esta dentro de los estándares recomendados.

No es cierto que la IPS Hernán Ocazionez hubiera actuado en forma contraria a la lex artis, como ya se ha explicado, el radiólogo que prestó la atención dio cuenta de las razones objetivas por las cuales no fue posible realizar la biopsia, como también informó de manera clara y expresa su recomendación de seguimientos ecográficos. Por lo tanto, su actuar estuvo enmarcado dentro de los protocolos médicos establecidos y aceptados internacionalmente.

AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO: ES CIERTO.

II. OPOSICION A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

COOMEVA EPS S.A., se opone a que sean acogidas todas y cada una de las pretensiones de la demanda toda vez no existe ningún fundamento legal, ni jurídico para declarar la responsabilidad de mi representada.

Se deberán negar las pretensiones de la demanda por cuanto COOMEVA EPS S.A., cumplió todas las obligaciones legales a su cargo, no actuó con negligencia y ninguna acción suya ni de los médicos tratantes, desencadenó los padecimientos que hoy reclama la Sra. Jaramillo.

Ahora, de los hechos de la demanda no se logra establecer cuál es la imputación que se hace a COOMEVA EPS S.A, pues no existe ningún reproche sobre la negativa del servicio de salud o tardanza en la prestación de este que fueran imputables a trámites administrativos de la entidad demandada, pues como ya se indicara, la evolución de la patología no tiene como causa las atenciones médicas brindadas.

Además, es necesario que la parte demandante demuestre los perjuicios que pretende le sean indemnizados, pues no basta con la simple afirmación de estos, sino que deberá aportar todos los elementos de convicción que permitan al fallador acceder a estos, de lo contrario las pretensiones indemnizatorias no deben prosperar.

Adicionalmente, la atención médica brindada por todos los profesionales de la salud, durante el diagnóstico, tratamiento y manejo del paciente fueron adecuados y las decisiones médicas que se tomaron, fueron coherentes con el cuadro clínico del paciente y con sus enfermedades de base,

Por lo tanto, solicito al despacho se desestimen las pretensiones de la demanda y se condene en costas a la parte demandante.

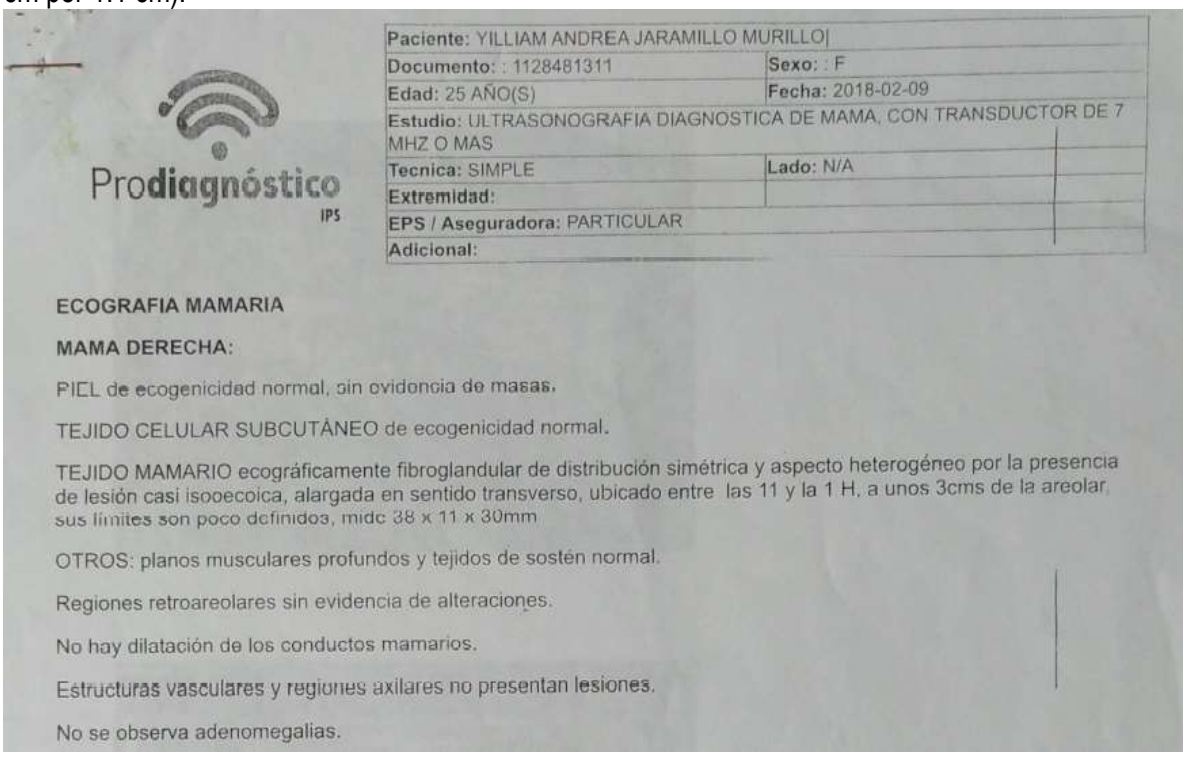
III. PETICIÓN ESPECIAL No. 1

En consecuencia, con la solicitud de costas realizada, muy respetuosamente le solicito al despacho se de aplicación al numeral 1.1. del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de que se condene a la parte demandante a pagar por concepto de agencias en derecho el 20% de las pretensiones negadas en la sentencia.

IV. RESUMEN Y DATOS RELEVANTES AL CASO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se trata de paciente femenina de 26 años a la fecha de los hechos, quien acude por primera vez a Coomeva EPS Integrados Sede Robledo a consulta por Medicina General el **12 de Febrero de 2018**, con el Dr. Andrés Ricardo García Gómez para revisión de resultado de resultados de laboratorio Perfil Lipídico Glicemia y reporte de Ecografía Mamaria pues en cita previa del 2 de Febrero de 2018 había manifestado síntomas de mareo y sensación de masa en mama derecha que había percibido 3 días antes, masa no dolorosa, sin retracción del pezón, ni secreción por el mismo (signos sugestivos para estudios más avanzados, pues las masas mamarias dolorosas o la secreción sanguinolenta o de pus por pezón van sugiriendo patologías como lesiones tumorales o infecciones). El reporte de los laboratorios mostraba Glucosa pre y post carga 97, Glucosa en suero 2 horas 121, Triglicéridos 129 Colesterol HDL 57, Colesterol total 337, es decir niveles elevados de Colesterol la Ecografía reportaba: 09.02.18 BIRADS III SUGESTIVO DE HAMARTOMA MASA SOLIDA POLO DELIMITADO EN MAMA DERECHA SUGIERE BIOPSIA TRUCUT
Exactamente el reporte refiere:

"Tejido mamario ecográficamente fibroglandular, de distribución simétrica y aspecto heterogéneo, por la presencia de lesión casi Isoecoica, alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y 1 H, a unos 3cms de la areolar, sus límites son poco definidos, mide 38 x 11 x 30mm" (es decir 3.8 cm por 3 cm por 1.1 cm).



Prodiagnóstico IPS

Paciente: YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO|	
Documento: : 1128481311	**Sexo:** : F
Edad: 25 AÑO(S)	**Fecha:** 2018-02-09
Estudio: ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
Tecnica: SIMPLE	**Lado:** N/A
Extremidad:	
EPS / Aseguradora: PARTICULAR	
Adicional:	

ECOGRAFIA MAMARIA

MAMA DERECHA:

PIEL de ecogenicidad normal, sin evidencia de masas.

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO de ecogenicidad normal.

TEJIDO MAMARIO ecográficamente fibroglandular de distribución simétrica y aspecto heterogéneo por la presencia de lesión casi isoecoica, alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y la 1 H, a unos 3cms de la areolar, sus límites son poco definidos, mide 38 x 11 x 30mm

OTROS: planos musculares profundos y tejidos de sostén normal.

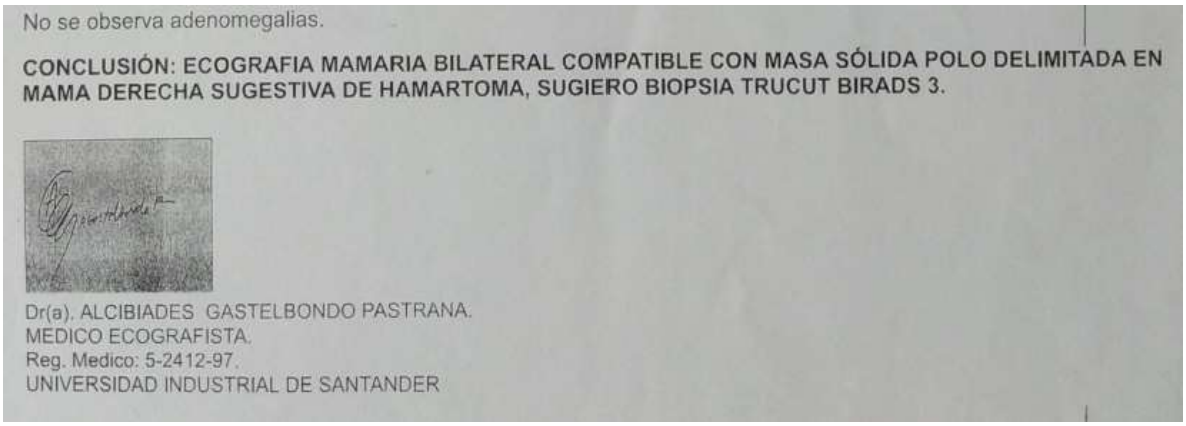
Regiones retroareolares sin evidencia de alteraciones.

No hay dilatación de los conductos mamarios.

Estructuras vasculares y regiones axilares no presentan lesiones.

No se observa adenomegalias.

Concluye la ecografía



No se observa adenomegalias.

CONCLUSIÓN: ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL COMPATIBLE CON MASA SÓLIDA POLO DELIMITADA EN MAMA DERECHA SUGESTIVA DE HAMARTOMA, SUGIERO BIOPSIA TRUCUT BIRADS 3.

Dr(a). ALCIBIADES GASTELBONDO PASTRANA.
MEDICO ECOGRAFISTA.
Reg. Medico: 5-2412-97.
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

"Ecografía mamaria bilateral compatible con masa solida polo delimitada en mama derecha sugestiva de Hamartoma, sugiero biopsia Trucut BIRADS 3"
Realizada por el Dr Alcibiades Gastelbondo Pastrana que se identifica como Medico Ecografista.

Así entonces la paciente es derivada para la realización del procedimiento con base a la sugerencia del resultado para BIOPSIA Trucut (toma de muestra de tejido Mamaria mediante la inserción de una aguja especial, procedimiento que se hace por guía ecográfica con el fin de localizar de manera exacta la lesión tumoral).

La EPS Coomeva genera el ordenamiento **1686479** necesario para el procedimiento con fecha del 13 de febrero de 2018, es decir al día siguiente de la consulta del reporte de laboratorios:

Orden de Servicio

Ordenamiento: 1686479 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación: CC-1128481311 Nombre: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo Rango: Rango 1 Edad: 29 Años
Genero: F Semanas cotizadas: 800 Plan adicional: Tipo: Cotizante
Tipo contrato: Dependiente I.P.S. afiliado: Integrados Ips Ltda Sede Robledo Régimen: Contributivo

Datos de la orden

Fecha: 13/02/2018 Ciudad: Medellin Tipo: Generales
Finalidad: Enfermedad General Id ordenador: CC-1040602364 Nombre ordenador: Andrés Ricardo García Gómez - RM.052780-14
Estado: Contratación: Pago Prospect Por Result Pagador: Sumate
Usuario genero: Mildrey Loiaza Aguirre Diagnóstico 1: C508 Diagnóstico 2:
Oficina: Medellin Usuario auditor:
Justificación:
Ejecutada: No Recaudo PSE: No

Servicios Solicitados

Realizado	Tipo de Recobro	Código	Descripción	Nivel	Cantidad	Observaciones	Valor	Cuota Moderadora	Copago
S	Ninguno	851102	Biopsia De Mama Con Aguja (trucut)	3	1	Mama Derecha,yilliam 25 Años, Coordinadora De Compras, Soltera, No Hijos, Residente En Robledo, Asiste Sola, Quien Consulgta Para Revision De Examanes Del 02.02.18 Glucosa Pre Y Post Carga 97 Glucosa En Suero 2 Horas 121 Triglicoridos 129 Colesterol Hdl 57 Colesterol Total 337 Mamografia Del 09.02.18 Birads Iii Sugestiv O De Hamartoma Masa Solida Polo Delimitado En Mama Derecha Sugiere Biopsia Trucut Ebncuentro Apaciente Enbuenas Condcione Sgenerales Alerta Orientada Afebril Hoy Consult Apara Revision De Examanes, Todos Dentro De Limtiean Ormales, Solo Aumenta De Colesterol, Aunque Sinindicacion De Iniciar Estatinas, Se Dan Recomendaciones Para Cambios En El Estilo De Vida, Solicito Biopsia De Mama Derecha Explico Importancia De Volver Conr Esultados	337500	0	0

Total Cuota Moderadora 0
Total Copago 0
Periodos Carentes 0
Total a pagar por afiliado 0
Valor a pagar a la IPS 337500

Información del prestador

Identificación: NIT-900038926 Nombre: Promedan S. A.

Observaciones - Editar

La paciente es programada para el día **24 de febrero de 2018** para la realización del procedimiento y es dirigida a la IPS Hernan Ocazionez y C.I.A. S.A.S.
Al realizar el procedimiento el radiólogo no encuentra la masa por lo tanto no procede realizar ningún procedimiento en una lesión que no es visible y reporta:

"Se realiza evaluación ecográfica en la mama derecha haciendo énfasis en los cuadrantes superiores, sin encontrar la lesión solida descrita en los estudios ecográficos previos".

Se recomienda continuar seguimiento ecográfico dependiendo de la evolución clínica.

Firmado por el Dr. ANTONIO JALLER ESTRADA.

HERNÁN OCAZIONEZ Y CIA S.A.S.
SISTEMAS DIAGNÓSTICOS

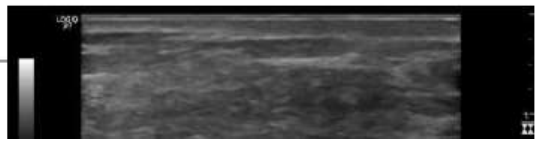
INGRESO: I6 312432 **NOMBRE:** YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO
DOCUMENTO: 1128481311
ENTIDAD: PROMEDAN IPS UT **FECHA:** 24/02/2018 07:44
ESTUDIO: BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT
EDAD: 28 Años

INFORME:

Se realiza evaluación ecografica en la mama derecha haciendo énfasis en los cuadrantes superiores, sin encontrar la lesión solida descrita en los estudios ecograficos previos.

Se recomienda continuar seguimiento ecográfico dependiendo de la evolución clinica.

DR. ANTONIO JALLER ESTRADA
C.C. 71745017
RM 05-0214-01



Es decir al no encontrar ninguna masa, no se puede realizar por tanto la Biopsia, sugiere seguimiento ecográfico según la evolución clínica.

Con este resultado la paciente acude nuevamente a consulta médica el **01 de Marzo de 2018** con el Dr. William Alberto Lopera Medina en Integrados Ips Ltda. Sede Robledo quien refiere en su nota médica:

Motivo de Consulta

"UNA Bx EN UN SENO"

Enfermedad Actual

FEMENINO 25 AÑOS, COORDINADORA DE COMPRAS, ACUDE A REVISION DE Bx ORDENADA EN CONSULTA ANTERIOR POR ECOGRAFIA DEL 09.02.18 BIRADS III SUGESTIVO DE HAMARTOMA MASA SOLIDA POLO DELIMITADO EN MAMA DERECHA SUGIERE BIOPSIA TRUCUT LA CUAL TRAE A REVISION Y REPORTA (24/02/2018) SE REALIZA EVALUACION ECOGRAFICA EN LA MAMA DERECHA HACIENDO ENFASIS EN LOS CUADRANTES SUPERIORES, SIN ENCONTRAR LA LESION SOLIDA DESCRITA EN LOS ESTUDIOS ECOGRAFICOS PREVIOS. SE RECOMIENDA CONTINUAR SEGUIMIENTO ECOGRAFICO DEPENDIENDO DE LA EVOLUCION CLINICA. LA PACIENTE NO REFIERE DOLOR, SOLAMENTE AL PALPAR PROFUNDO.

Al examen físico presentaba leve dolor a la palpación profunda el medico sugiere:

“Paciente con resultados y hallazgos anotados en mama derecha, se recomienda seguimiento ecográfico en un tiempo no mayor a 6 meses, acudir si encuentra aparición de nuevas lesiones, cambios en las actuales, cambios en piel, Telorrea (secreción por pezón), etc.

Dx y Cx

Conducta

Conducta

PACIENTE CON RESULTADOS Y HALLAZGOS ANOTADOS EN MAMA DERECHA, SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN UNTIMEPO NO MAYOR A 6 MESES, ACUDIR SI ENCUENTRA APARICION DE NUEVAS LESIONES, CAMBIOS EN LAS ACTUALES, CAMBIOS EN PIEL, TELORREA, ETC.

En resumen, a esta fecha la paciente ya tenía un manejo claro de seguimiento ecográfico y se le recomienda reconsultar, en cuanto notara algún cambio o síntoma o signo en su mama derecha.

No conocemos la razón por la cual de todas maneras, la paciente decide acudir de manera particular a la Clínica Medellín donde con fecha del **4 de abril de 2018** se refiere: masa en seno **IZQUIERDO** con dolor a la palpación. Reporta las ecografías del 9 de febrero donde se diagnostica Masa sugestiva de Hamartoma en mama derecha y segunda ecografía del 24 de febrero de 2018 donde no se encuentra ninguna masa. Al examen físico se encuentra: senos simétricos, en seno derecho en cuadrante superior interno se palpa masa de 3 x 2 cm móvil subcutánea con leve dolor a la palpación. Llama la atención que se coloca en seno IZQUIERDO.

Coomeva | EPS

Clínica Medellín
Comprometidos con tu salud

Apellidos:	JARAMILLO MURILLO
Nombre:	YILLIAM ANDREA
Número de Id:	CC-1128481311
Número de Ingreso:	12074565
Sexo:	Femenino — Edad Ing.: 25 Años — Edad Act.: 25 Años
Ubicación:	CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE — Cama:
Servicio:	CONSULTA EXTERNA OCCIDENTE
Responsable:	COOMEVA EPS S.A.

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	
	4	4	2018		09:38

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	
	4	4	2018		9:51

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Alérgicos

NEG

HISTORIA DE INGRESO

UBICACIÓN: CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE, FECHA: 04/04/2018 09:38

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

MASA EN SENO IZQUIERDO CON DOLOR A LA PALPACION

ENFERMEDAD ACTUAL

ECOGRAFIA MAMARIA 9 FEB 2018 REPORTA MASA SOLIDA DELIMITADA EN MAMAS DERECHA SUGESTIVA DE HAMARTROMA SUGIERE BIC
ECOGRAFIA MAMARIA 24/02/2018 NO ENCUENTRAN MASAS POR LO QUE NO SE REALIZA BIOPSIA

En esta cita particular se remite al paciente a la especialidad de Mastología por presencia de masa en seno derecho.

A pesar de que esta orden es de carácter particular y la normativa refiere que la red de atención en salud de la EPS Coomeva, es la idónea para determinar los servicios requeridos por la paciente, en tanto se constituye en la Red tratante y conocedora de la Historia Clínica y antecedentes de la paciente, se decide autorizar sin inconvenientes la orden de remisión a la especialidad de Mastología: Con fecha del **13 de abril de 2018** se genera el ordenamiento **8402** para cita con la especialidad:

Orden de Servicio

Ordenamiento: 8402 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación: CC-1128481311 Nombre: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo Rango: Rango 2 Edad: 29 Años
Genero: F Semanas cotizadas: 808 Plan adicional: Tipo: Cotizante
Tipo contrato: Dependiente I.P.S. afiliado: Integrados Ips Ltda Sede Robledo Régimen: Contributivo

Datos de la orden

Fecha: 13/04/2018 Ciudad: Medellin Tipo: Especialidades - Remisión
Finalidad: Enfermedad General Id ordenador: Nombre ordenador: Prestador Fuera de la Red - ALEJANDRO MISAS
Estado: Contratación: Evento Pagador: Ips/eps/salud
Usuario genero: Santiago Paladino Cardona Diagnóstico 1: R92X Diagnóstico 2:
Oficina: Medellin Usuario auditor:
Usuario anulo: Stephani Salazar Londono Motivo anulación: Justificación:
Ejecutada: No Recaudo PSE: No

Servicios Solicitados

Realizada	Tipo de Recobro	Codigo	Descripción	Especialidad	Diagnóstico	Resumen Clínico	Valor	Cuota Moderadora
S	Ninguno	890202	Consulta De Primera Vez Por Medicina Especializada (subespecialista)	Mastologia	R92X	Ss Urgente Evaluacion Por Mastologia Por Aparicion De Masa En Seno Derecho Ver Anexo Por Fecha Corresponde Sumate	45060	12000

Total Cuota Moderadora 12000
Periodos Carentes 0
Total a pagar por afiliado 12000
Valor a pagar a la IPS 33060

Información del prestador

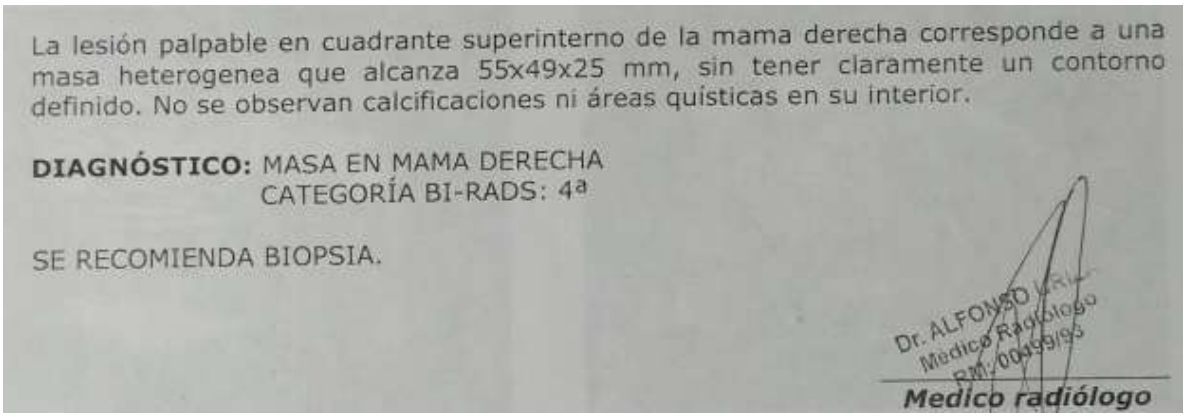
Identificación: NIT-890911816 Nombre: Clinica Medellin S. A.
Dirección: Cl 53 # 46-38 Teléfono: 3568585 Ciudad: Medellin

Observaciones

El día **21 de Mayo de 2018,** la paciente acude a su red primaria de servicios en la IPS Integrados Ips Ltda. Sede Robledo donde pasa a consulta externa con la Dra. Angela Teresa Martin Lacruz (Medico), a quien refiere aumento del tamaño de la mama, se reportan los resultados de las ecografías existentes hasta ese momento, una de ellas que refería presencia de masa de 3 x 3 x 1 cm sugestiva de Hamartoma para Biopsia y otra que no había encontrado la masa con la imposibilidad de realizar el procedimiento. Aunque como veremos más adelante, la categorización de la masa en la primera ecografía del 9 de febrero de 2018, fue de BI RADS III (control ecográfico a los 6 meses), de todas maneras se ordena nueva Ecografía de mama (habían pasado entonces 3 meses)

Aunque se venía siguiendo la conducta planteada de seguimiento ecográfico con tiempos de control más estrictos que los recomendados en las guías internacionales, al adelantar una nueva orden de control ecográfico a los 3 meses, teniendo en cuenta la discrepancia entre las ecografías del 9 y el 24 de febrero de 2018, la paciente de todas maneras decide continuar acudiendo de manera particular a Clínica Medellín.

La paciente no espera la programación de la ecografía desde su EPS, así que decide tomarse una ecografía particular en IPS Medimujer, que reporta, masa heterogénea de 55 x 49 x 25 mm con CONTORNO DEFINIDO y concluye MASA en MAMA Derecha Categoría BI RADS 4, recomienda Biopsia.



La lesión palpable en cuadrante superinterno de la mama derecha corresponde a una masa heterogenea que alcanza 55x49x25 mm, sin tener claramente un contorno definido. No se observan calcificaciones ni áreas quisticas en su interior.

DIAGNÓSTICO: MASA EN MAMA DERECHA
CATEGORÍA BI-RADS: 4ª

SE RECOMIENDA BIOPSIA.

Dr. ALFONSO
Medico Radiólogo
RM: 00999/93
Medico radiólogo

Con fecha del **1 de Junio de 2018** acude a control por Mastología en Clínica Medellín donde se le ordena una vez más ecografía y una nueva Biopsia de mama.

Nuevamente y a pesar de que esta orden es de carácter particular y la normativa refiere que la red de atención en salud de la EPS Coomeva, es la idónea para determinar los servicios requeridos por la paciente, en tanto se constituye en la Red tratante y conocedora de la Historia Clínica y antecedentes de la paciente, se decide autorizar sin inconvenientes la orden de Biopsia de mama:

Con fecha del **14 de Junio de 2018** se genera el ordenamiento **309** para la realización del procedimiento es decir la orden se le suministra a la paciente de manera oportuna:

Orden de Servicio

Ordenamiento: 309 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación:	CC-1128481311	Nombre:	Yilliam Andrea Jaramillo Murillo	Rango:	Rango 2	Edad:	29 Años
Genero:	F	Semanas cotizadas:	817	Plan adicional:		Tipo:	Cotizante
Tipo contrato:	Dependiente	I.P.S. afiliado:		Integrados Ips Ltda Sede Robledo		Régimen:	Contributivo

Datos de la orden

Fecha:	14/06/2018	Ciudad:	Medellin	Tipo:	Generales
Finalidad:	Enfermedad General	Id ordenador:	NIT-890911816	Nombre ordenador:	Clinica Medellin S. A.
Estado:	Impresa	Contratación:	Pago Prospect Por Result	Pagador:	Sumate
Usuario genero:	Angie Natalia Bedoya Garcia	Diagnóstico 1:	N63X	Diagnóstico 2:	
Oficina:	Medellin	Usuario auditor:		Usuario imprimio:	Lorena Mosquera Laverde
Justificación:					
Ejecutada:	No	Recaudo PSE:	No		

Servicios Solicitados

Realizado	Tipo de Recobro	Código	Descripción	Nivel	Cantidad	Observaciones	Valor	Cuota Moderadora	Copago
S	Ninguno	898101	Estudio De Coloracion Basica En Biopsia	2	1		40793	0	0

Total Cuota Moderadora	0
Total Copago	0
Periodos Carentes	0
Total a pagar por afiliado	**0**
Valor a pagar a la IPS	40793

Información del prestador

Identificación: NIT-900038926 Nombre: Promedan S. A.
Dirección: Dir. Centro Atencion Teléfono: Tel. Centro Atencion Ciudad: Medellin

Observaciones

Gracias a este ordenamiento, a la paciente se le programa el procedimiento con fecha del **25 de Julio de 2018**, en este punto importante recordar que la EPS Coomeva no tiene injerencia en el agendamiento de citas de su red de atención. Cada Institución Prestadora de Salud, tiene la potestad de establecer las fechas y programación, según su cronograma de atención. En general los periodos que demoran las instituciones para la realización de sus servicios se malinterpretan como negación o demora injustificada por parte de los usuarios.

HERNÁN OCAZIONEZ Y CIA S.A.S.
SISTEMAS DIAGNÓSTICOS

INGRESO:	I6 330847	**NOMBRE:**	YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO
DOCUMENTO:	1128481311		
ENTIDAD:	PROMEDAN IPS UT	**FECHA:**	25/07/2018 01:41
ESTUDIO:	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT		
EDAD:	28 Años		

INFORME:

Bajo guía ecográfica se localiza nódulo sólido categoría BIRADS 5, en el eje de las 2 periareolar de la mama derecha.

Previa asepsia, anestesia local y consentimiento informado con aguja de biopsia trucut se obtiene 5 muestras de buena calidad los cuales son envían para estudio anatomopatológico.

No se presentan complicaciones durante el procedimiento, el cual es bien tolerado por la paciente.

La lesión se caracteriza como BI RADS 5
El resultado de esta Biopsia se reporta con fecha del 27 de julio de 2018 y se reporta el **1 de agosto de 2018** y concluye Carcinoma infiltrante de Tipo No Especial con patrón de Infiltración Lobulillar. Grado Histológico 7 (grado 2), Grado Nuclear 1 de 3, Grado Mitótico 3 de 3, Grado Estructural 3 de 3, Invasión Linfovascular no evidente, Invasión Perineural no evidente, Componente Intraductal presente, patrón solido presente en el 10% del tejido.

DIAGNOSTICO:

CARCINOMA INFILTRANTE DE TIPO NO ESPECIAL CON PATRÓN DE INFILTRACIÓN LOBULILLAR.
GRADO HISTOLÓGICO (SCORE NOTTINGHAM MODIFICADO): 7 (GRADO 2).
GRADO NUCLEAR: 1 DE 3.
GRADO MITÓTICO: 3 DE 3.
GRADO ESTRUCTURAL: 3 DE 3.
INVASIÓN LINFOVASCULAR NO EVIDENTE.
INVASIÓN PERINEURAL NO EVIDENTE.
COMPONENTE INTRADUCTAL PRESENTE PATRÓN SÓLIDO PRESENTE EN EL 10% DEL
(CONTINUA LA DESCRIPCION EN LA SIGUIENTE PAGINA)

DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS

GLÁNDULA MAMARIA DERECHA (BIOPSIAS POR TRUCUT): CARCINOMA INFILTRANTE DE TIPO NO ESPECIAL CON PATRÓN DE INFILTRACIÓN LOBULILLAR. GRADO HISTOLÓGICO (SCORE NOTTINGHAM MODIFICADO): 7 (GRADO 2). VER DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO.

La paciente decide continuar control de manera particular y acude a cita el **3 de Agosto de 2018** a IPS Clínica Medellín, donde al revisar los resultados de las nuevas ecografías y el resultado indiscutible de la Biopsia, se considera Tumor Maligno de Mama y se ordenan múltiples estudios para la Clasificación y Estadificación completa del tumor.

EVOLUCIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA	FINALIDAD
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA; PARTE NO ESPECIFICADA	C509	Confirmado	ENFERMEDAD GENERAL	NO APLICA

PLAN

envio examenes de estadificacion TAC torax extension abdomen, gamagrafia osea, creatinina, biopsia de ganglio axilar, IHQ receptores estrogenos, progesterona, HER2, KI67, E cadherina, estudio BRCA 1-2, consulta genetica

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

Entre los estudios se solicitan: Tomografía de Tórax con extensión de abdomen, Gammagrafía Ósea, Creatinina, Biopsia de Ganglio Axilar, Receptores Estrógenos, progesterona, HER 2. KI67, E Cadherina, Estudio BRCA 1-2. Consulta Genética.

Se deriva a ingreso a programa de Oncología para ingreso a tratamiento derivado desde la EPS Coomeva con fecha del **16 de Agosto de 2018:**

IDC Las Américas	Paciente	CC 1128481311 YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO				
	Historia Clinica	113837-1	Edad	26 Años 0 Meses 10 Dias	Sexo	FEMENINO
	Servicio	INSTITUTO CANCEROLOGIA	Habitacion	IDC	Entidad	COOMEVA EPS S.A

***** INGRESO MEDICO PRIMERA VEZ IDC *****

Datos del ingreso

Fecha (AAAA-MM-DD) : 2018-08-16	Hora : 09:07:48	Ingresa por el servicio :003-Cirugia oncologica

Motivo de consulta y enfermedad actual

cuadro enero 2018 masa mama derecha, dolor

Se concluye con los resultados de todos los estudios autorizados en EPS Coomeva:

Conducta medica

considero enfermedad localmente avanzada, inicio con QTneo consulta oncologia, hemograma, creatinina, no se hara marcacion clip, al finalizar evaluacion RECIST y mastectomia radical modificada, consulta genetica

Objetivo del tratamiento medico ofrecido al diagnostico : Curacion	

Educacion y recomendaciones al tratamiento

explico beneficio pronostico QTneo	Tratamiento oncológico ofrecido : Tratamiento sistemico	

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR : OSCAR ALEJANDRO BONILLA SEPÚLVEDA Identificacion : CC 9726681 Registro : Profesión o Especialidad : MASTOLOGIA Fecha : 2018-08-16 Hora : 09:15:10

Oscar Alejandro Bonilla

Que se trata de enfermedad Localmente Avanzada (infiltración regional con metástasis a Ganglios axilares vecinos) considera entonces Quimioterapia Neoadyuvante, Cirugía Mastectomía Radical Modificada (extracción quirúrgica de toda la mama afectada con vaciamiento de ganglios vecinos), Control con especialidad de Oncología, laboratorios Hemograma y Creatinina. Orden dada por el especialista Mastólogo Oscar Alejandro Bonilla.

En esta fase de programación de los estudios y laboratorios, la paciente decide colocar una acción de tutela donde los solicita, a pesar de que no existió negación de los mismos por parte de la EPS Coomeva.

El **21 de Agosto de 2018** la paciente decide consultar de manera particular a Oncología Clínica Las Américas, con el Dr. Eduardo Vicente Gutierrez quien refiere:

ENFERMEDAD ACTUAL: .Paciente con DX 27.07.2018: Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrico mama izquierda, grado 2, T3N1M0 E IIIA RE 100%, RP 50%, HER2 0 negativo, Ki67 20%. Luminal B HER2 negativo. Valorado por mastólogo Dr. Bonilla remite a oncología de su EPS para QT neoadyuvante. Patologia SUESCUN C2018 Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrico mama izquierda, grado 2, RE 100%, RP 50%, HER2 0 negativo, Ki67 20%. TAC de tórax y abdomen contrastado 03.AGO.2018: Negativo. GMO 06.AGO.2018: Negativo.

Carcinoma Lobulillar Infiltrante Multicéntrico mama **IZQUIERDA,** grado II Clasificación TNM T3, N1, M0 reporta los receptores genéticos y hormonales y resultados de estudios de extensión y metástasis como TAC de Tórax y Abdomen como negativos. Sugiere cita urgente con Oncología en su EPS, para continuar manejo pues el manejo ya se había planteado previamente en nuestra red de atención con orden de Quimioterapia Neoadyuvante, Cirugía Mastectomía Radical Modificada (extracción quirúrgica de toda la mama afectada con vaciamiento de ganglios vecinos). Es decir en esta cita particular se decide continuar el control Oncológico ya establecido en IDC Las Américas Instituto de Cancerología. No sabemos si se trataba de consulta para una segunda opinión.

El **12 de septiembre de 2018** es evaluada nuevamente en nuestra red de atención por la especialidad de Oncología clínica en IDC Las Américas Instituto de Cancerología, esta cita se prescribe la Quimioterapia Neoadyuvante (tratamiento primario) ciclo por 21 días.

Al día siguiente el **13 de Septiembre de 2018** continua manejo en IDC Las Américas Instituto de Cancerología donde se da orden de ampliar estudios genéticos por antecedente de Carcinoma de Mama en abuela, se ordena estudios genéticos y se interconsulta a Genética Clínica. Es valorada por esta especialidad el mismo día.

17 de octubre de 2018 paciente acude a control por Oncología Clínica a IDC Las Américas Instituto de Cancerología, se da orden para continuar segundo ciclo de Quimioterapia nuevamente 21 días de ciclo y control en 3 meses con resultados de laboratorios.

Conducta Médica

Análisis y plan :
Paciente con DX Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrica mama izquierda G 2 T3N1M0 Estadio IIIA, RE positivos 100% RP positivos 50%, KI67 20% HER2 (0) negativo. Subtipo intrínseco luminal B HER -, edad al Dx 25 años, ca mama 2° consanguinidad. Valorada por mastólogo, remite para QT neoadyuvante. Ofrezco QT neoadyuvante AC-T. Doy orden para 2o ciclo de AC: 1. Ciclofosfamida x 1.0 gr # 1 AMP Ciclofosfamida x 0.5 gr # 1 AMP Aplicar 1120 mgr IV dia 1 2. Doxorrubicina x 10 mg # 12 AMP Aplicar 112 mgr IV día 3. Ondansetron x 8 mgrs # 2 AMP Aplicar 16 mg IV dia 1 del ciclo 4. Dexametasona x 4 mgr # 3 AMP Aplicar 12 mg IV dia 1 5. Ondansetron x 8 mgr # 20 TAB Tomar 1 TAB cada 12 horas 6. Ranitidina amp 50 mg # 1 AMP Aplicar 1 amp IV el día 1 del ciclo CICLO DE 21 DÍAS. Cita en 3 semanas con laboratorios.

29 de noviembre de 2018: acude al control prescrito desde Oncología previamente (que según anterior cita correspondía al 17 de enero de 2019) adelantando la cita médica al completar segundo ciclo de Quimioterapia Neoadyuvante. Se revisan laboratorios de control enviados en la cita previa, se concluye que debe continuar con el tratamiento médico.

Conducta Médica

Análisis y plan :
Paciente con DX Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrica mama derecha G 2 T3N1M0 Estadio IIIA, RE positivos 100% RP positivos 50%, KI67 20% HER2 (0) negativo. Subtipo intrínseco luminal B HER -, edad al Dx 25 años, ca mama 2° consanguinidad. Valorada por mastólogo, remite para QT neoadyuvante. En QT neoadyuvante AC-T. 1er ciclo a partir de 01.OCT.2018. 2o ciclo a partir de 22.OCT.2018. 3 ciclo a partir de 13. NOV.2018. A la fecha sin toxicidad limitante continua tratameinto.

Desde esta fecha la paciente se traslada desde EPS Coomeva a EPS Suramericana es decir todas las atenciones posteriores se prescriben y realizan en esta nueva EPS y son responsabilidad de la misma.

25 de Enero de 2019: paciente continúa en manejo en la IPS IDC Las Américas Instituto de Cancerología a pesar del cambio de EPS, se manifiesta que completa el 5 ciclo de quimioterapia, se da orden para SEXTO ciclo y control

Conducta Médica

Análisis y plan :
Paciente con DX Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrica mama derecha G 2 T3N1M0 Estadio IIIA, RE positivos 100% RP positivos 50%, KI67 20% HER2 (0) negativo. Subtipo intrínseco luminal B HER -, edad al Dx 25 años, ca mama 2° consanguinidad. Valorada por mastólogo, remite para QT neoadyuvante. Ofrezco QT neoadyuvante AC-T. Doy orden para 6o ciclo de AC - T: Paclitaxel amp x 100 mg # 4 Paclitaxel amp x 30 mg # 8 Aplicar 150 mg IV día 1 del ciclo en 1 hora, semanal por 4 semanas. Dexametasona amp x 4 mg # 8 Aplicar 8 mg IV semanal junto con quimioterapia. Ranitidina amp. # 4 Aplicar 1 amp IV semanal junto con quimioterapia. Difenhidramina amp x 100mg # 4 Aplicar 50 mg IV semanal junto con quimioterapia. Ondansetron amp x 8 mg # 4 Aplicar 8 mg IV semanal junto con quimioterapia. Metoclopramida tab 10 mg # 30
Tomar 1 tab VO media hora antes de alimentos
Cada 8 horas.
CICLO DE 28 DIAS Cita en 4 semanas con laboratorios.

INCAPACIDAD LABORAL POR __30__ DÍAS,

A PARTIR DEL __15__/__01__/__2019__.

5 de febrero de 2019: acude a control por Genética Clínica derivada desde Oncología Clínica en cita del 25 de enero.

Conducta medica

Analisis y plan :
Por la edad de diagnóstico temprano de cáncer de mama (25 años), en la paciente está indicado descartar un síndrome de cáncer de mama hereditario, según las guías de la NCCN. Si la paciente fuese portadora de una mutación germinal en un gen de predisposición al cáncer, tendría un riesgo muy elevado de desarrollar cáncer de mama contralateral y otros tipos de cáncer. Este estudio es necesario para definir el manejo quirúrgico de la paciente y las estrategias de manejo del riesgo y prevención de cáncer en la paciente y en su familia. Se realiza consejería genética.
Plan:
1) Estudio Molecular para Cáncer de Mama Hereditario
2) Revisión con resultados del estudio genético

Por antecedente de Carcinoma de Mama en abuela y aparición de Cáncer de mama a tan temprana edad 26 años, se decide enviar estudio Molecular para Cáncer de Mama Hereditario y control con resultados.

20 de marzo de 2019: control en IPS IDC Las Américas Instituto de Cancerología control Cirugía Oncológica, paciente completa 6 ciclo de Quimioterapia valorado por cirugía quien considera iniciar abordaje quirúrgico con Mastectomía Radical Modificada:

Conducta Médica
Análisis y plan : **respuesta RECIST completa 10 >0 cm, tiene pendiente reporte de BRCA, amenorrea 12ria planificacion con implante subdermico remito a ginecologia para retiro inmediato, considero cirugia mastectomia + vaciamiento axilar**
Educación y recomendación del tratamiento al paciente y/o familiar : **explico procedimiento y consecuencias acepta**
FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR : OSCAR ALEJANDRO BONILLA SEPÚLVEDA Identificacion : CC 9726681 Registro : Profesión o Especialidad : MASTOLOGIA Fecha : 2019-03-20 Hora : 08:35:10
Oscar Alejandro Bonilla

15 de mayo de 2019: acude a control post quirúrgico de cirugía de mama, no se anexa nota quirúrgica ni historia clínica relacionada con la hospitalización quirúrgica de la paciente para realización del procedimiento, se anexa reporte de patología con fecha de Ingreso del 27 de abril de 2019 (fecha en que se realiza la cirugía) y fecha de salida del 6 de mayo de 2019 (¿10 días de hospitalización?).

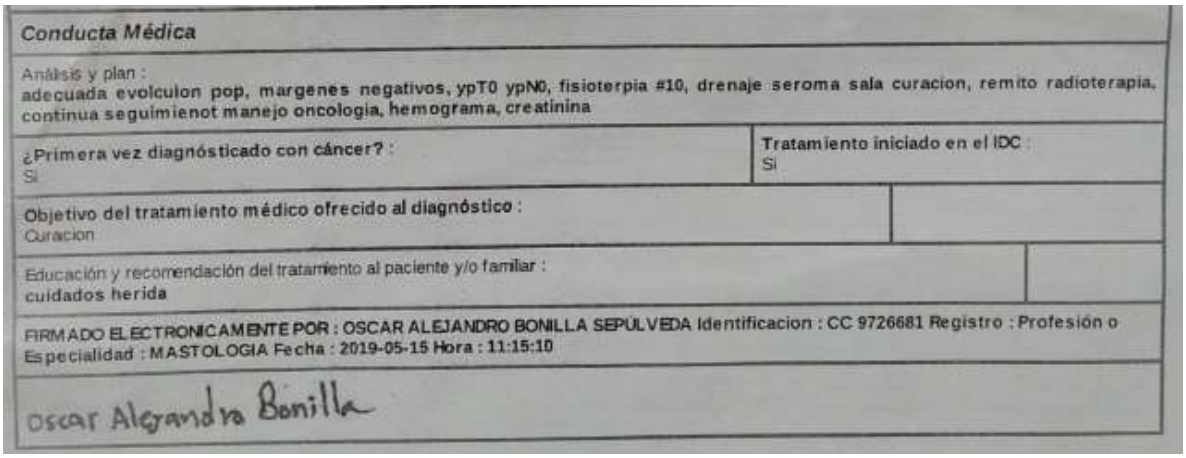
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO PARA CARCINOMA INVASOR DE MAMA.
Espécimen y lateralidad: mama y ganglios axilares derechos.
Procedimiento: mastectomía radical modificada.
Historia de neoadyuvancia: si.

No observo carcinoma ductal invasor ni in situ residual
Lecho cicatricial a nivel de la unión de los cuadrantes internos hacia el cuadrante infero interno que mide 4.5 cms.
Márgenes de resección: negativos.

No hay compromiso de la dermis ni la epidermis.
Negativo para enfermedad de Paget.
No hay representación de músculo esquelético.

Invasión linfovascular: ausente.
Invasión linfática dérmica: ausente.

La nota de control post quirúrgico refiere evolución satisfactoria de la mama con buena cicatrización y reporte de patología Negativo para lesión residual, se decide entonces comenzar Radioterapia y control y continuación de manejo por Oncología:



Conducta Médica

Análisis y plan :
adecuada evolculon pop, margenes negativos, ypT0 ypN0, fisioterpia #10, drenaje seroma sala curacion, remito radioterapia, continua seguimienot manejo oncologia, hemograma, creatinina

¿Primera vez diagnósticado con cáncer? :
Si

Tratamiento iniciado en el IDC :
Si

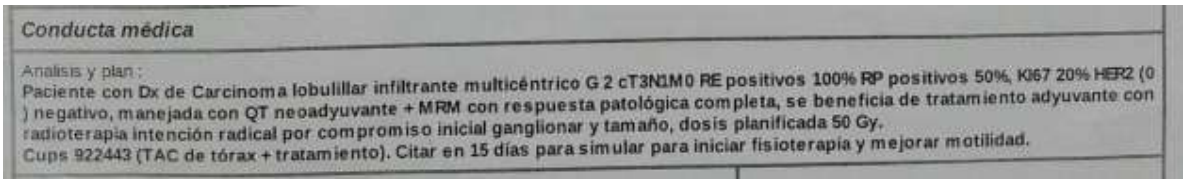
Objetivo del tratamiento médico ofrecido al diagnóstico :
Curacion

Educación y recomendación del tratamiento al paciente y/o familiar :
cuidados herida

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR : OSCAR ALEJANDRO BONILLA SEPULVEDA Identificacion : CC 9726681 Registro : Profesión o Especialidad : MASTOLOGIA Fecha : 2019-05-15 Hora : 11:15:10

Oscar Alejandro Bonilla

17 de mayo de 2019: acude cita ingreso a Radioterapia quien considera dado el diagnóstico y extensión de la lesión tumoral a nivel local ganglionar, se beneficia de radioterapia y se comienza con 50 cgy (Centigray) de radio, cita en 15 días con fisioterapia para mejorar la movilidad.



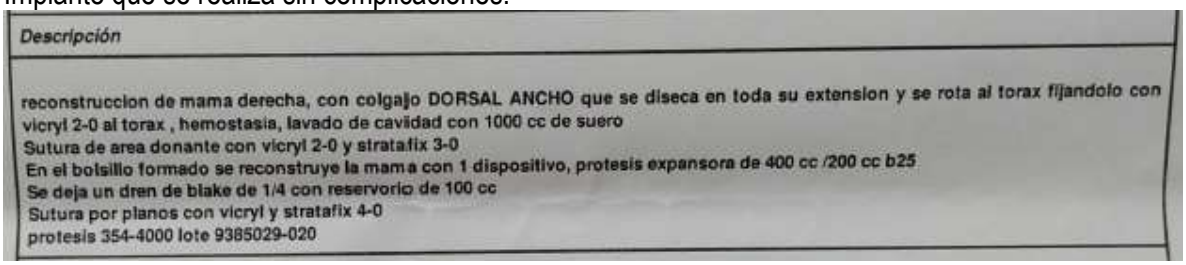
Conducta médica

Analisis y plan :
Paciente con Dx de Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrico G 2 cT3N1M0 RE positivos 100% RP positivos 50%, KI67 20% HER2 (0) negativo, manejada con QT neoadyuvante + MRM con respuesta patológica completa, se beneficia de tratamiento adyuvante con radioterapia intención radical por compromiso inicial ganglionar y tamaño, dosis planificada 50 Gy.
Cups 922443 (TAC de tórax + tratamiento). Citar en 15 días para simular para iniciar fisioterapia y mejorar motilidad.

5 de agosto de 2019: consulta control Oncología encuentra paciente en buenas condiciones en manejo con Radioterapia, considera control al finalizarla con Oncología para determinar tratamiento a seguir. Se considera Hormonoterapia por 10 años con el medicamento Tamoxifeno. Se prescriben 3 primeros meses.

20 de noviembre de 2019: control médico por Oncología para reformulación de medicación Hormonoterapia con Tamoxifeno, por 10 años. Cita control en 3 meses.

12 de marzo de 2020: acude para procedimiento reconstrucción de mama mediante Colgajo e Implante que se realiza sin complicaciones:



Descripción

reconstruccion de mama derecha, con colgajo DORSAL ANCHO que se diseca en toda su extension y se rota al torax fijandolo con vicryl 2-0 al torax , hemostasia, lavado de cavidad con 1000 cc de suero
Sutura de area donante con vicryl 2-0 y stratafix 3-0
En el bolsillo formado se reconstruye la mama con 1 dispositivo, protesis expansora de 400 cc /200 cc b25
Se deja un dren de blake de 1/4 con reservorio de 100 cc
Sutura por planos con vicryl y stratafix 4-0
protesis 354-4000 lote 9385029-020

NO se anexa nota quirúrgica de estos procedimientos ni su evolución.

V. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

1. AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL.

La relación de causa efecto entre el hecho reprochado y el daño reclamado, es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil cuya prueba y demostración corresponden al demandante. Aquella relación física y juridica que debe existir entre la conducta del agente y el daño, es decir, para el caso en concreto, determinar si la conducta de COOMEVA EPS S.A fue la causa directa y única de los padecimientos de la Sra. Jaramillo, dadas las condiciones de salud de la misma.

En el caso que nos ocupa, los daños cuya indemnización se reclaman, no son consecuencia de algún obrar de COOMEVA EPS S.A. Es evidente los padecimientos de la Sra. Jaramillo, no provinieron de un mal actuar medico en las atenciones proporcionadas por las IPS y médicos adscritos a ellas que brindaron el tratamiento médico proporcionado a la misma pues las atenciones brindadas, se proporcionaron conforme a la lex artis, no se negaron ni fueron dilatados los servicios de salud brindados, los mismos se otorgaron de completa extensa, suficiente y basados en la evidencia científica. Razón por la cual no cabe la posibilidad de hacer un juicio de causalidad.

Se trata de un paciente adulta joven femenina de 26 años, con antecedentes de cáncer de mama en abuela y cáncer de piel en padre, quien inicia con un cuadro atípico de evolución rápida de sensación de masa en mama que manifestaba como dolorosa, sin ningún otro síntoma asociado como retracción de la piel (los tumores sobre todo los malignos tienden a retraer la piel o al invadir vasos linfáticos generando piel de "naranja"), no secreción por pezón, no ganglios (adenopatías) axilares al examen físico. Es valorada por Medicina general quien detecta presencia de masa de 3 x 2 cm en cuadrante superior interno de la mama derecha y considera control con estudio de Ecografía. Es importante entender que el diagnostico de las lesiones tumorales requiere de varios métodos, que asociados entre si, permiten una aproximación diagnostica a su origen benigno o maligno, así entonces la ecografía de mama, se considera un buen método de inicio diagnóstico junto al examen físico de la mama[4]. La mayoría de los tumores de mama son de características benignas siendo el Fibroadenoma el tumor más encontrado. Los más frecuentes son los tumores bifásicos (fibroadenomas y cistosarcoma fillodes), los quistes mamarios (quistes clínicamente evidentes), áreas prominentes de cambios fibroquísticos (placas fibrosas) y la necrosis grasa. En escasos casos, el nódulo palpable de la mama se debe a un cáncer.

Otras masas mamarias menos comunes son el papiloma intraductal, el galactocele y los lipomas. Ocasionalmente aparece un nódulo que corresponde a un absceso de origen infeccioso, pero casi siempre se acompañará de cambios en la piel como eritema, edema y calor.

Por lo tanto, la conducta de manejo inicial con el estudio ecográfico es correcto, una vez se obtiene el resultado que reporta:

> *"Tejido mamario ecográficamente fibroglandular, de distribución simétrica y aspecto heterogéneo, por la presencia de lesión casi Isoecoica, alargada en sentido transverso, ubicado entre las 11 y 1 H, a unos 3cms de la areolar, sus límites son poco definidos, mide 38 x 11 x 30mm"*

[4] http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a09.pdf , Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.1 • 2005 • 82-91, NÓDULO PALPABLE DE MAMA

Concluye:

> *"Ecografía mamaria bilateral compatible con masa solida polo delimitada en mama derecha sugestiva de Hamartoma, sugiero biopsia Trucut BIRADS 3"*

Realizada por el Dr Alcibiades Gastelbondo Pastrana que se identifica como Medico Ecografista.

Se entiende que se trata de una masa de 3,8 cm (casi 4cm) x 1 cm x 3 cm en cuadrante superior de mama derecha y el medico ecografista considera, bordes poco definidos, es importante en este punto aclarar que tal apreciación no corresponde a la terminología radiológica adecuada para dar precisión a los bordes tumorales. El método de clasificación denominado BI RADS (del inglés *Breast Imaging Reporting and Data System),* es el método aceptado en la comunidad médica para darle un reporte y clasificación adecuada a las lesiones de mama.[5] Ver Tabla 1

TABLA 1. Categorías BI-RADS

BR 1	Mama normal
BR 2	Patología benigna
BR 3	Sugestivo de benignidad <2%
BR 4a	Baja a moderada sospecha 2-10%
BR 4b	Moderada sospecha 11-40%
BR 4c	Moderada-alta sospecha 41-94%
BR 5	Alta sospecha de malignidad >95%
BR 6	Malignidad confirmada
BR 0	Estudio insuficiente

Se refiere, que ante la presencia de nódulos (masas mamarias) el sistema BI-RADS lo define como una lesión ocupante de espacio vista en dos proyecciones diferentes. Si una masa se ve en una única proyección, se denomina densidad/asimetría hasta que su carácter tridimensional haya sido confirmado (con otras proyecciones adicionales).

La descripción mamográfica de los nódulos se realiza en función de tres descriptores: forma, contorno y densidad respecto al parénquima circundante ver tabla:

Descripción mamográfica de nódulos según sistema BIRADS

[5] BI-RADS. Atlas de diagnóstico por la imagen de mama. American Collage of Radiology. Sociedad Española de Radiología Médica. Madrid 2006

Forma	Contorno	Densidad
Redondeada (R)	Bien definido (D)	Superior (+)
Oval (O)	Oscurecido (O)	Similar (=)
Lobulada (L)	Mal definido (I)	Inferior (-)
Irregular (X)	Microlobulado (M)	
	Espiculado (S)	

El concepto de nódulo se aplica tanto a lesiones sólidas como quísticas, aunque en la mamografía no debe asumirse a priori hasta que no sea confirmado en estudio ecográfico.

Debió entonces definirse simplemente si existían bordes bien o mal definidos y no "poco definidos" y se consideró posible Hamartoma.

El Hamartoma mamario se define como un nódulo compuesto de cúmulos variados de células maduras y de tejidos (glandular, fibroso y graso) sin la organización estructural típica de cualquier patrón tisular mamario. Con frecuencia es un hallazgo en la mamografía y se cree que su verdadera incidencia es probablemente superior a la recogida en la literatura. Con la masificación del cribaje del cáncer mamario, los radiólogos son en la actualidad más susceptibles de encontrar este tipo de lesión tumoral benigna

El hamartoma mamario es una entidad rara, benigna y de crecimiento lento. La incidencia recogida muestra que corresponde aproximadamente al 0,7-4,8% de todos los tumores benignos mamarios en la mujer. Suele presentarse como una tumoración mamaria indolora o como un crecimiento paulatino del pecho.

Los hamartomas mamarios aparecen de forma típica en mujeres de en torno a los 45 años de edad. Su tamaño varía ampliamente, aunque lo más frecuente según lo recogido en la literatura oscila entre un tamaño de 1 a 6 cm. con un máximo de 20 cm. Se consideran hamartomas gigantes cuando superan los 15 cm de diámetro. En cuanto al peso, también varía, con rango en la literatura de entre 5 a 1.500 gr.

(Tse GMK, Law BKB, Ma TKF, et al.: Hamartoma of the breast: a clinicopathological rewiew. J Clin Pathol 2002; 55:951-954).

Si se consideró inicialmente que se trataba de posible Hamartoma ya conociendo las características benignas de esta masa, debió clasificarse como BI RADS 2 patología benigna que no requería ningún estudio adicional más que el seguimiento. Entendiendo y suponiendo que los bordes eran mal definidos en la lesión (y no poco definidos), pero sin caracterizar las características nodulares de la lesión, que no se describen en el estudio, la categorización BI RADS III que se le otorgó (con posibilidad de malignidad del 2%) ameritaba seguimiento de la lesión a los 6 meses por Ecografía[6].

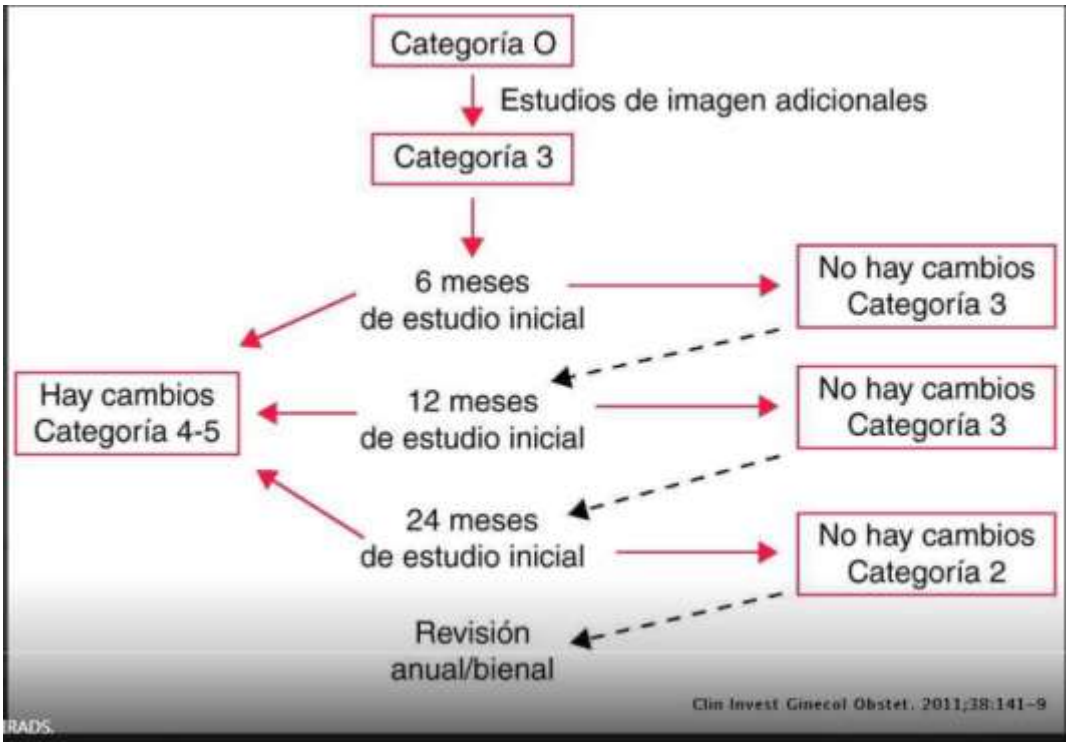
[6] https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-lesiones-mamarias-S0210573X10001231

La categoría BI RADS 3 (lesión probablemente benigna) se usa para un grupo de lesiones de mama con criterios no definitivamente benignos de acuerdo a los estándares establecidos. La probabilidad de malignidad en estas lesiones es bajo (<2%). Para estas lesiones se recomienda un control a los 6 y 12 meses para valorar su estabilidad.

Según el BI-RADS, la aplicación tipo 3 no está indicada para lesiones indeterminadas, sino para lesiones que son ciertamente benignas. La versión más reciente no contempla una cierta actitud intuitiva y claramente define las calcificaciones y los márgenes de la masa y ayuda a excluir lesiones malignas de lesiones probablemente benignas. Además, la historia individual de la mujer y la existencia de lesión palpable puede incrementar el riesgo de malignidad por encima del 2%, con la consiguiente sugerencia de realizar biopsia percutánea.

Teniendo claro este abordaje inicial, tenemos incongruencia desde el reporte de la primera Ecografía donde se describen hallazgos benignos (Hamartoma) se relatan signos inespecíficos como "bordes poco definidos" se clasifica como BI RADS III (siendo BI RADS II) pero se sugiere Biopsia (manejo para lesiones sospechosas de malignidad).

Actitud recomendada por el sistema BIRADS



EPS Coomeva cumple con generar el ordenamiento como se demostró en imágenes previas del ordenamiento y se procedió a programar el estudio Biopsia bajo guía ecográfica.

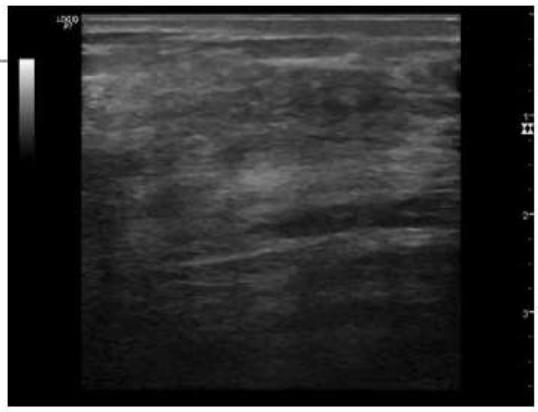
El 24 de febrero de 2018 en la nueva cita para el procedimiento el Médico Especialista en Radiología, al proceder a buscar la masa a la cual iba a realizar la punción, no encontró ninguna, razón por la cual y al no tener una masa objetivo para el estudio, no se le realiza la biopsia Trucut.

INFORME:

Se realiza evaluación ecografica en la mama derecha haciendo énfasis en los cuadrantes superiores, sin encontrar la lesión solida descrita en los estudios ecograficos previos.

Se recomienda continuar seguimiento ecográfico dependiendo de la evolución clinica.

DR. ANTONIO JALLER ESTRADA
C.C. 71745017
RM 05-0214-01



Queda claro entonces que al no encontrar ninguna masa en la ecografía no existía un objetivo al cual puncionar, someter a la paciente a una punción innecesaria iría en contra del principio medico de “no hacer daño”. Puncionar a ciegas hubiera podido generar daño de los tejidos, sangrado, infección y dolor. Es claro que la conducta tomada por el especialista es adecuada y aunque según el sistema BI RADS el medico Radiólogo tenía todo el criterio imagenológico y hubiera podido clasificar como BI RADS I: Normal; considera dada la presencia de masa en ecografía previa, hacer seguimiento basado en la clínica del paciente. La condición clínica de la paciente entonces era potestad del médico tratante, quien debe definir la conducta a seguir mediante una evaluación más amplia.

Resulta fundamental entender que la ausencia de visualización de la lesión en las imágenes obtenidas en la evaluación ecográfica del 24 de febrero de 2018, es un riesgo inherente propio de este tipo de medio diagnóstico por imágenes, en la medida que, ninguna prueba ofrece en el estado científico actual, una exactitud diagnóstica del 100%. Siempre toda prueba puede asociar, unos niveles porcentuales de exactitud, de sensibilidad y especificidad variables, que nunca son del 100%, por ende, sin que medie culpa ni otros aspectos técnicos, en sí mismas asocian el riesgo de “falsos positivos” y “falsos negativos”, por ello, es que ante esos casos lo determinante es la evaluación y evolución de la clínica de la paciente, que nunca está a cargo del radiólogo sino del profesional tratante de la patología de base (mastólogo, ginecólogo, médico general, entre otros). Estos riesgos están asociados a todas las ayudas diagnósticas, especialmente a las obtenidas mediante imágenes, que pueden verse materializados incluso por condiciones idiosincráticas del paciente, como aquellas mujeres que presentan mamas densas, entre otros.

En este sentido, resulta claro que el riesgo de exactitud diagnóstica es inherente a la radiología y la presentación de un falso resultado positivo o negativo, no compromete la responsabilidad del profesional, ni es una culpa, por cuanto pueden ocurrir, aunque el procedimiento se desarrolle conforme a los protocolos, de manera adecuada y con el instrumental correspondiente. Es de anotar

que este riesgo, existe incluso respecto a otro tipo de ayudas diagnósticas, como las mamografías, ratificándose que este tipo de situaciones son un riesgo aceptado en el mundo e inherente a las imágenes diagnósticas, al valerse de la tecnología para su obtención.

Así las cosas, es evidente que, la ecografía mamaria, pese a que se considera una herramienta útil a la hora de diagnosticar un cáncer de mama, sus resultados no cuentan con un grado de certeza del 100%. Situación que torna imprescindible el papel del médico tratante de la patología de base (mastólogo, ginecólogo, médico general, oncólogo entre otros), a la hora de definir la conducta pertinente a partir del resultado determinado que esta arroje, de la evolución clínica del paciente, así como a las demás ayudas diagnósticas practicadas.

Con este resultado la paciente retorna nuevamente a control médico quien sugiere reacudir en caso de cambios clínicos para control médico y nueva ecografía. En este punto todos los procesos y ordenamientos se ejecutaron sin dilaciones ni trabas, los servicios se autorizaron a tiempo y los controles medicos se ajustaron a la obtención de resultados. Cabe esperar entonces que un resultado ecográfico negativo en la valoración radiológica no ameritaba más que el control médico.

El 4 de abril de 2018 la paciente decide acudir de manera particular a Medico Mastólogo quien considera solicitar nueva Ecografía y control con Mastología con resultados. En esta cita en particular se observan los resultados de las dos ecografías.

LA EPS Coomeva y a pesar de que las ordenes medicas son de origen particular, decide generar el ordenamiento 8402 para cita con Mastología, aunque la conducta regular hubiera sido que la paciente sea atendida en nuestra red de servicios. Nuevamente aclaramos que es importante recordar que la EPS Coomeva no tiene injerencia en el agendamiento de citas de su red de atención. Cada Institución Prestadora de Salud, tiene la potestad de establecer las fechas y programación, según su cronograma de atención y disponibilidad. En general los periodos que demoran las instituciones para la realización de sus servicios se malinterpretan como negación o demora injustificada por parte de los usuarios.

Como resultado de este tiempo de programación, la paciente decide acudir de manera particular a la cita con Mastología llevando una nueva Ecografía tomada también particularmente en IPS Medi Mujer y que reporta el 30 de mayo de 2018: masa de 55 mm x 49mm x 25 mm sin contorno definido, y concluye Masa en Mama derecha y clasifica BI RADS 4 (probablemente maligna con un valor predictivo positivo para cáncer entre 29 y 34 % hasta un 70%) que requerirá entonces BIOPSIA.

Es importante anotar que esta lesión difiere de diagnósticos previos púes en el periodo entre Febrero de 2018 y Mayo de 2018 (3 meses) o se desarrolló una nueva lesión de crecimiento muy rápido (pues no se vio ninguna en la ecografía del 24 de febrero de 2018) o había crecido desde 3.8 cm x 3cm x 1.1 cm hasta el tamaño de 5,5 cm x 4,9cm x 2.5 casi duplicando su tamaño en 12 semanas. La conducta por lo tanto en una lesión de estas características es tomar una muestra de la lesión mediante aguja Trucut para determinar opciones. Se genera ordenamiento particular para Biopsia

LA EPS Coomeva una vez más, facilita el proceder clínico de este caso autorizando la Biopsia de origen PARTICULAR, en nuestra red de atención así entonces se le puede realizar el procedimiento el 25 de Julio de 2018 es decir 2 meses después de la orden médica.

Con esta orden, el diagnostico se realiza de manera definitiva considerando entonces Carcinoma Lobulillar Infiltrante Multicéntrico mama IZQUIERDA, grado II Clasificación TNM T3, N1, M0 reporta

los receptores genéticos y hormonales y resultados de estudios de extensión y metástasis como TAC de Tórax y Abdomen como negativos.

Es importante entender en términos sencillos, la definición de Cáncer de mama:

CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es un cáncer que se forma en las células de las mamas.

Después del cáncer de piel, el cáncer de mama es el cáncer que se diagnostica más comúnmente en las mujeres en los Estados Unidos. El cáncer de mama puede ocurrir tanto en los hombres como en las mujeres, pero es mucho más frecuente en las mujeres.

El apoyo significativo para crear conciencia para el cáncer de mama y los fondos para la investigación han ayudado a avanzar en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de cáncer. Los índices de supervivencia para el cáncer de mama han aumentado, y el número de muertes asociadas con esta enfermedad continúa reduciéndose, en su mayor parte a causa de factores como una detección más temprana, un nuevo acercamiento personalizado al tratamiento, y una mejor comprensión de la enfermedad.

Síntomas

Entre los signos y síntomas del cáncer de mama se pueden incluir los siguientes:

- Un bulto o engrosamiento en la mama que se siente diferente del tejido que la rodea.
- Cambio de tamaño, forma o aspecto de una mama.
- Cambios en la piel que se encuentra sobre la mama, como formación de hoyuelos.
- La inversión reciente del pezón
- Descamación, desprendimiento de la piel, formación de costras y pelado del área pigmentada de la piel que rodea el pezón (areola) o la piel de la mama
- Enrojecimiento o pequeños orificios en la piel que se encuentra sobre tu mama, como la piel de una naranja.

Causas

Los médicos saben que el cáncer de mama ocurre cuando algunas células de la mama comienzan a crecer de forma anormal. Estas células se dividen más rápidamente que las células sanas y continúan acumulándose, formando un bulto o tumor. Las células pueden diseminarse (hacer metástasis) a través de la mama a tus ganglios linfáticos o a otras partes de tu cuerpo.

Más frecuentemente el cáncer de mama comienza con células en los conductos para producir leche (carcinoma ductal invasivo). El cáncer de mama quizás también comience en el tejido glandular conocido como lobulillos (carcinoma lobulillar invasivo) o en otras células o tejido dentro de la mama.

Los investigadores han identificado factores hormonales, de estilo de vida, y ambientales que pueden aumentar tu riesgo de cáncer de mama. Pero no está claro por qué algunas personas que no presentan factores de riesgo desarrollan cáncer, pero otras que tienen factores de riesgo no lo hacen. Es probable que el cáncer de mama esté causado por una interacción compleja de tu perfil genético y tu medio ambiente.

Cáncer de mama hereditario

Los médicos calculan que entre 5 y 10 por ciento de cánceres de mama están relacionados a mutaciones de genes pasados a través de las generaciones en una familia.

Se han identificado varios genes mutados hereditarios que pueden aumentar la posibilidad del cáncer de mama. Los más conocidos son el gen 1 (BRCA1) y el gen 2 (BRCA2) de cáncer de mama, ambos aumentan significativamente el riesgo tanto de cáncer de mama como de ovario.

Si tienes antecedentes familiares significativos de cáncer de mama o de otros tipos de cáncer, tu médico quizás recomiende un análisis de sangre para ayudar a identificar las mutaciones específicas en BRCA u otros genes que se están trasmitiendo por tu familia.

Considera pedirle a tu médico que te remita a un asesor genético, quien puede evaluar tus antecedentes de salud familiares. Un asesor genético también puede hablar sobre los beneficios, riesgos, y limitaciones de las pruebas genéticas para ayudarte con la toma compartida de decisiones.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo para cáncer de mama es cualquier cosa que hace más probable tener cáncer de mama. Pero tener un factor de riesgo para cáncer de mama, o incluso varios, no significa que necesariamente vayas a tenerlo. Muchas mujeres que desarrollan Cáncer de mama no presentan ningún factor de riesgo conocido, excepto ser mujer.

Los factores que se asocian con un aumento del riesgo de cáncer de mama incluyen:

Ser mujer. Las mujeres tienen muchas más probabilidades que los hombres de tener cáncer de mama.

Edad avanzada. El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad.

Antecedentes personales de enfermedades mamarias. Si has tenido una biopsia de mama que detectó carcinoma lobulillar localizado o hiperplasia atípica de la mama, tienes un aumento en tu riesgo para cáncer de mama.

Antecedentes personales de cáncer de mama. Si has tenido cáncer en una mama, tienes un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer en la otra.

Antecedentes familiares de enfermedades mamarias. Si se ha diagnosticado con cáncer de mama a tu madre, tu hermana, o tu hija, especialmente si fue cuando eran muy jóvenes, tu riesgo aumenta Pero, en su mayoría, las personas diagnosticadas con cáncer de mama no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad.

Genes hereditarios que aumentan el riesgo de cáncer de mama. Ciertas mutaciones en los genes que aumentan el riesgo de cáncer de mama pueden ser trasmitidas de padres a hijos. Las mutaciones en los genes más conocidas son BRCA1 y BRCA2. Estos genes pueden aumentar en gran forma tu riesgo de cáncer de mama y de otros tipos de cáncer, pero no hacen que la enfermedad sea inevitable.

Exposición a la radiación. Si te han hecho tratamientos con radiación al pecho durante la infancia o cuando eras muy joven, tu riesgo de cáncer de mama aumenta.

Obesidad. La obesidad aumenta tu riesgo de cáncer de mama.

Comenzar a menstruar a una edad temprana. Comenzar a menstruar antes de los 12 años aumenta tu riesgo de cáncer de mama.

Comenzar la menopausia a una edad más avanzada. Comenzar la menopausia a una edad más avanzada aumenta el riesgo del cáncer de mama.

Tener el primer hijo a una edad más avanzada. Las mujeres que tienen el primer hijo después de los 30 años quizás tengan un aumento en su riesgo de cáncer de mama.

Las mujeres que nunca han estado embarazadas. Las mujeres que nunca han estado embarazadas tienen un mayor riesgo de cáncer de mama que las que han tenido un embarazo, o más.

Terapia con hormonas posmenopausia. Las mujeres que toman medicamentos para terapia hormonal que combinan estrógeno y progesterona para tratar los signos y síntomas de la menopausia tienen un aumento en su riesgo de cáncer de mama. El riesgo del cáncer de mama se reduce cuando dejan de tomar estos medicamentos.

Beber alcohol. Beber alcohol aumenta tu riesgo de cáncer de mama.

Diagnostico:

Las pruebas y los procedimientos usados para el diagnóstico del cáncer de mama incluyen:

- **Examen de mama.** Tu médico examinará las dos mamas y los ganglios linfáticos bajo la axila para detectar bultos u otras anormalidades.
- **Mamograma.** El mamograma es una radiografía de la mama. Los mamogramas se usan comúnmente para el diagnóstico del cáncer de mama. Si se detecta una anormalidad en un mamograma de detección, el doctor puede recomendar que se haga un mamograma de diagnóstico para evaluarla más.
- **Ecografía mamaria.** La ecografía usa ondas sonoras para producir imágenes de las estructuras que están a un nivel profundo dentro del cuerpo. La ecografía puede usarse para determinar si un nuevo bulto en la mama es una masa sólida o un quiste lleno de líquido.
- **Extracción de una muestra de células de la mama para su análisis (biopsia).** Una biopsia es la única manera definitiva de diagnosticar el cáncer de mama. Durante la biopsia, el doctor usa un dispositivo especializado con una aguja guiada por rayos-X, u otra prueba por imágenes, para extraer un núcleo de tejido del área sospechosa. Con frecuencia se deja un pequeño marcador de metal en el sitio dentro de la mama para que el área pueda identificarse fácilmente en pruebas con imágenes en el futuro.

  Las muestras de la biopsia se envían para analizarlas a un laboratorio, donde los expertos determinan si las células son cancerosas. Una muestra de la biopsia también se analiza para determinar el tipo de células involucradas en el cáncer de mama, la agresividad (el grado) del cáncer, y si las células cancerosas tienen receptores hormonales u otros receptores que puedan influir las opciones de tratamiento.

- **Imágenes de la mama por resonancia magnética.** La máquina de resonancia magnética usa un imán y ondas de radio para crear imágenes del interior de la mama. Antes de un estudio con imágenes por resonancia magnética, te darán una inyección de tinte. A diferencia de otros tipos de estudios con imágenes, la prueba con resonancia magnética no usa radiación para crear las imágenes.

Estadificación del Cáncer de Mama

Una vez que tu médico haya diagnosticado tu cáncer de mama, establecerá el estadio del cáncer. El estadio del cáncer ayuda a determinar el pronóstico y las mejores opciones de tratamiento.

Quizás no se tenga toda la información sobre el estadio de tu cáncer hasta que te hagas la cirugía para cáncer de mama.

Las pruebas y los procedimientos utilizados para diagnosticar el estadio del cáncer de mama pueden incluir:

- Análisis de sangre, como ser, un recuento completo de sangre
- Mamograma de la otra mama para buscar signos de cáncer
- Resonancia magnética de las mamas
- Gammagrafía ósea
- Exploración por tomografía computarizada
- Tomografía por emisión de positrones

No todas las mujeres necesitarán todos estos exámenes y procedimientos. El médico seleccionará los exámenes adecuados basándose en tus circunstancias específicas y considerando los nuevos síntomas que puedas presentar.

El estadio del cáncer de mama puede variar de 0 a IV, donde el 0 indica un cáncer de mama no invasivo y limitado al interior de los conductos galactóforos. El cáncer de mama de estadio IV, también llamado cáncer de mama metastásico, es el cáncer de mama que se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

La estadificación del cáncer de mama también tiene en cuenta el grado del cáncer; la presencia de marcadores tumorales, como los receptores para estrógeno, progesterona, y HER2; y los factores de proliferación.

Tratamiento

El médico determina las opciones para tu tratamiento para cáncer de mama basándose en tu tipo de cáncer, su estadio y grado, su tamaño y si las células cancerosas son susceptibles a las hormonas. Tu doctor también considera tu salud en general y tus preferencias.

En su mayoría, las mujeres se hacen cirugía para el cáncer de mama y muchas también se hacen más tratamiento, como quimioterapia, terapia hormonal, o radiación, después de la cirugía. La quimioterapia también puede hacerse antes de la cirugía en ciertas situaciones.

Hay muchas opciones de tratamiento para el cáncer de mama, y quizás te abrumes al tomar decisiones complejas sobre tu tratamiento. Considera buscar una segunda opinión con un especialista en mamas en un centro o una clínica especializada en mamas. Habla con otras mujeres que se hayan enfrentado a la misma decisión.

Cirugía para Cáncer de Mama

Las operaciones usadas para tratar el cáncer de mama incluyen:

- **Extracción del cáncer de mama (tumorectomía).** Durante una tumorectomía, a la que se puede referir como cirugía que conserva la mama, o excisión local amplia, el cirujano extrae el tumor y un pequeño margen del tejido sano que lo rodea.

  Puede recomendarse una tumorectomía para extraer tumores más pequeños. Algunas personas con tumores más grandes quizás hagan quimioterapia antes de la cirugía para reducir un tumor y que sea posible extraerlo completamente con una tumorectomía.

- **Extracción de la mama entera (mastectomía)**. La mastectomía es una operación en la que se extirpa la totalidad del tejido mamario. En su mayoría, los procedimientos para mastectomía extraen todo el tejido mamario: los lóbulos, los conductos, el tejido adiposo y parte de la piel, e incluso el pezón y la areola (mastectomía total o simple).

Las nuevas técnicas quirúrgicas quizás sean una opción en ciertos casos para mejorar la apariencia de la mama. Las mastectomías con conservación de piel y de pezón son operaciones para cáncer de mama que están volviéndose cada vez más comunes.

Extracción de un número limitado de ganglios linfáticos (biopsia de ganglio centinela). Para determinar si el cáncer se ha diseminado a tus ganglios linfáticos, el cirujano hablará contigo sobre la función de extraer los ganglios linfáticos, que son los primeros en recibir el drenaje de linfa del tumor.

Si no se hallan células cancerosas, las probabilidades de que existan en los ganglios linfáticos restantes son bajas y no es necesario extraer otros ganglios.

Extracción de varios ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos axilares). Si se detecta cáncer en los ganglios linfáticos centinelas, el cirujano hablará contigo sobre la función de extraer más ganglios linfáticos de la axila.

Extracción de ambas mamas. Algunas mujeres con cáncer en una mama quizás opten por la extracción de la otra mama, la sana (mastectomía contralateral profiláctica) si tienen un riesgo muy alto de cáncer en la otra mama a causa de una predisposición genética o de antecedentes familiares.

En su mayoría, las mujeres que presentan cáncer en una mama nunca lo presentarán en la otra. Habla con el médico acerca tu riesgo para cáncer de mama y sobre los beneficios y los riesgos de este procedimiento.

Las complicaciones de la cirugía para cáncer de mama dependen de los procedimientos que elijas. La cirugía para cáncer de mama presenta riesgo de dolor, sangrado, infección, e hinchazón en los brazos (linfedema).

Quizás optes por hacerte una reconstrucción de mama después de la cirugía. Habla con el cirujano acerca de tus opciones y tus preferencias.

Considera una remisión a un cirujano plástico antes de la cirugía por cáncer de mama. Tus opciones pueden incluir reconstrucción con un implante (silicona o agua) o con tus propios tejidos. Esta cirugía puede hacerse al mismo tiempo que tu mastectomía, o puede hacerse más tarde.

Radioterapia

La radioterapia utiliza haces de energía de gran potencia, como rayos X y protones, para destruir las células cancerosas. Generalmente la radioterapia se hace usando una máquina grande que dirige los haces de energía a tu cuerpo (radiación de haz externo). Pero también puede hacerse colocando material radioactivo dentro de tu cuerpo (braquiterapia).

La radiación de haz externo en la mama entera comúnmente se usa luego de una Tumerectomía. La braquiterapia para mama puede ser una opción después de una Tumerectomía si estás a bajo riesgo de que el cáncer recurra.

Los médicos tal vez también recomienden radioterapia a la pared torácica después de una mastectomía para cánceres grandes de mama o cánceres que se han extendido a los ganglios linfáticos.

La radiación para cáncer de mama puede durar de tres días a seis semanas, dependiendo del tratamiento. El médico que usa radiación para tratar el cáncer (oncólogo radioterápico) determina qué tratamiento será mejor para ti basándose en tu situación, el tipo de cáncer, y la ubicación del tumor.

Los efectos secundarios de la radioterapia incluyen fatiga y una erupción roja, parecida a una quemadura solar, en el lugar adonde se dirige la radiación. El tejido de la mama quizás también parezca estar hinchado o más firme. Rara vez pueden presentarse problemas más serios, como daño al corazón o los pulmones, o, lo que es muy raro, cánceres secundarios en la zona tratada.

Quimioterapia

La quimioterapia usa medicamentos para destruir células que crecen rápidamente, como las células cancerosas. Si tu cáncer presenta un gran riesgo de recurrencia o de diseminarse a otras partes del cuerpo, quizás tu médico recomiende la quimioterapia después de la cirugía para reducir la posibilidad de que recurra.

A veces la quimioterapia se realiza antes de la cirugía para mujeres que tienen tumores grandes en las mamas. La meta es reducir el tumor a un tamaño que haga que sea más fácil extirparlo con cirugía.

La quimioterapia también se usa en mujeres cuyo cáncer ya se ha extendido a otras partes del cuerpo. Se puede recomendar quimioterapia para tratar de controlar el cáncer y reducir cualquier síntoma cause.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del medicamento que recibas. Los efectos secundarios frecuentes son caída del cabello, náuseas, vómitos, fatiga, y mayor riesgo de tener una infección. Rara vez pueden presentarse una menopausia prematura. Infertilidad (si la mujer es pre-menopáusica), daño al corazón o los riñones, daño a los nervios, y, en casos muy raros, cáncer a las células sanguíneas.

Terapia hormonal

La terapia hormonal, a la que probablemente sería mejor llamar terapia de bloqueo de hormonas, se utiliza para tratar el cáncer de mama susceptible a las hormonas. Los médicos se refieren a estos tipos de cáncer como cánceres positivos para receptores de estrógeno y positivos para receptores de progesterona.

La terapia hormonal se puede utilizar antes o después de la cirugía u otros tratamientos para reducir la posibilidad de que el cáncer recurra. Si el cáncer ya se ha diseminado, la terapia hormonal quizás lo reduzca y lo controle.

Los tratamientos que pueden usarse en la terapia hormonal incluyen:

Medicamentos que impiden que las hormonas se adhieran a las células cancerosas (modulador selectivo del receptor de estrógeno)

Medicamentos que impiden que el cuerpo produzca estrógeno después de la menopausia (inhibidores de la aromatasa)

Cirugía o medicamentos para detener la producción de hormonas en los ovarios

Los efectos secundarios de la terapia hormonal dependen de tu tratamiento específico, pero pueden incluir sofocos, sudores nocturnos, y sequedad vaginal. Los efectos secundarios más graves incluyen riesgo de debilitamiento de los huesos y coágulos sanguíneos.

Medicamentos de terapia dirigida

Los tratamientos con medicamentos dirigidos atacan anomalías específicas dentro de las células cancerosas. Como ejemplo, varios medicamentos de terapia dirigida se enfocan en una proteína que algunos cánceres de mama producen en demasía, llamada receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). Esta proteína ayuda a que las células del cáncer de mama crezcan y sobrevivan. Al enfocarse en las células que producen demasiado HER2, los medicamentos pueden dañar las células cancerosas sin afectar las sanas.

Los tratamientos con medicamentos dirigidos atacan anomalías específicas dentro de las células cancerosas. La terapia dirigida es un área activa de la investigación sobre el cáncer.

Quizás se analicen tus células cancerosas para ver si puedes beneficiarte tomando medicamentos de terapia dirigida. Algunos medicamentos se suelen utilizar después de la cirugía para reducir el riesgo

de que el cáncer recurra. Otros se usan en casos avanzados de cáncer de mama para hacer más lento el crecimiento del tumor.

Inmunoterapia

La inmunoterapia utiliza el sistema inmunitario para combatir el cáncer. El sistema inmunitario, que combate enfermedades en tu cuerpo, quizás no ataque el cáncer porque las células cancerosas producen proteínas que ciegan a las células del sistema inmunitario. La inmunoterapia funciona al interferir con este proceso.

La inmunoterapia puede ser una opción si tienes cáncer de mama triple negativo, que significa que las células de cáncer no tienen receptores para estrógeno, progesterona, o HER2. Con el tiempo, algunas células anormales pueden desprenderse y esparcirse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo.

Cuidados de apoyo (paliativos)

Los cuidados paliativos son cuidados médicos especializados que se centran en brindar alivio del dolor y de otros síntomas de una enfermedad grave. Los especialistas en cuidados paliativos trabajan contigo, con tu familia y con tus demás médicos a fin de proporcionar un nivel de apoyo adicional que complemente tu atención continua. Los cuidados paliativos se pueden usar mientras se siguen otros tratamientos agresivos, como cirugía, quimioterapia, o radioterapia.

Cuando se usan los cuidados paliativos junto con todos los otros tratamientos adecuados, as personas con cáncer quizás se sientan mejor y vivan más.

Un equipo de médicos, enfermeros y otros profesionales especialmente capacitados brindan los cuidados paliativos. Los equipos de cuidados paliativos tienen como meta mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Esta forma de atención se ofrece junto con los tratamientos curativos o de otro tipo que puedas estar recibiendo.

Ya habiendo entendido de manera sencilla esta enfermedad, retomamos el caso presente manifestando entonces, que el tamaño del tumor de 5 cm x 4 cm x 3 cm lo clasificaba con BI RADS 5 lesión con alta sospecha de Malignidad (95%) por los bordes irregulares y el crecimiento rápido, se confirma con la Biopsia que reporta Carcinoma Ductal Infiltrante y junto con los estudios de Tomografía de Tórax Abdomen, Biopsia de Ganglio y demás laboratorios se llega la clasificación T3 N1 M0 es decir tumor T3 = mayor de 50 mm, N1 presentaba diseminación al menos a 1 ganglio axilar (de 1 a 3) y M0 es decir no existan metástasis a otros órganos. Lo clasificaba entonces en un estadio IIIA (el cáncer de cualquier tamaño se ha diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios linfáticos mamarios internos. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T0, T1, T2 o T3, N2, M0). El estadio IIIA también puede ser un tumor mayor que 50 mm que se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares (T3, N1, M0).

Tabla 1. Clasificación TNM cáncer de mama

Tamaño tumoral (T)
T1: Tumor menor o igual a 2 centímetros
T2: Tumor entre 2-5 centímetros
T3: Tumor mayor de 5 centímetros
T4: Cualquier tamaño, con extensión directa a la piel o pared torácica
Compromiso linfático nodal (N)
N0: Sin compromiso metastásico axilar
N1, N2 o N3: Con compromiso metastásico axilar
Según enfermedad a distancia (M)
M0: Sin enfermedad a distancia
M1: Con enfermedad metastásica a distancia

El manejo para este tipo de Canceres estadio IIIA es:

Quimioterapia Neodyuvante (como tratamiento primario) asociado a radioterapia a Necesidad

Cirugía Mastectomía más Vaciamiento Ganglionar (Radical Modificada) donde se extrae toda la glándula mamaria y la cadena ganglionar axilar ipsilateral. Otra opción es comenzar con cirugía y añadir las otras dos opciones con iguales tasas de sobrevida.

Es decir, los procedimientos se llevaron cabo de manera adecuada según la estadificación inicial, para la cual se requiere estudios adicionales Tomográficos y de estudio de patología en Ganglio.

No se puede concluir sin ellos el estadio previo del tumor. Es decir, en la primera ecografía del 9 de febrero no se puede concluir que el estadio era T2 N0 M0, pues la clasificación aplica solo al Cáncer de mama, en esta primera ecografía no se tenía certeza diagnostica de Cáncer, se pensó en Hamartoma y se clasifico como BI RADS 3 benigno. NO se tenían Tomografías de Tórax y abdomen que permitieran concluir un estadio M0 no se tenía biopsia de Ganglio que permitiera concluir un N0.

Etapas de Cáncer de Mama según la Clasificación TNM

Etapa 0	T1	N0	M0
Etapa I	T1	N0	M0
Etapa IIA	T0	N1	M0
Etapa IIA	T1	N1	M0
Etapa IIA	T2	N0	M0
Etapa IIB	T2	N1	M0
Etapa IIB	T3	N0	M0
Etapa IIIA	T0	N2	M0
Etapa IIIA	T1	N2	M0
Etapa IIIA	T2	N2	M0
Etapa IIIA	T3	N1	M0
Etapa IIIA	T3	N2	M0
Etapa IIIB	T4	Cualquiera	M0
Etapa IIIB	Cualquiera	N3	M0
Etapa IV	Cualquiera	Cualquiera	M1

Si pretendemos adivinar un estadio T2N0M0 en fechas del 9 de febrero de 2018, la clasificación del Cáncer de mama sería un Estadio IIA y también hubiera requerido Tumerectomía o Mastectomía parcial o Mastectomía a criterio de los hallazgos quirúrgicos y resultados patológicos, generando alteración en la anatomía de la mama, por lo tanto, no se puede concluir que el manejo hubiera sido absolutamente conservador de la mama. Tal manejo hubiera requerido también nuevas intervenciones quirúrgicas con fines de simetría. TAMBIEN hubiera requerido Quimioterapia Y radioterapia pues hacen parte del tratamiento de este estadio.[7]

Dada la presentación tan temprana del cáncer en esta paciente, el crecimiento rápido, seguramente se hubiera clasificado como un estadio IIIA o IIIB en estos casos el manejo suele ser amplio y complementario con el fin de lograr objetivos curativos.

En adelante la paciente estuvo en controles regulares y recurrentes con Oncología Clínica, Cirugía Oncológica y genética clínica. Estos últimos, envían estudios de alta Complejidad como secuenciaciones genéticas, receptores hormonales que implican una alta especialidad en los laboratorios e involucran tiempos prolongados en su elaboración y resultados. En esta etapa, la paciente coloca una acción de tutela que es fallada a su favor con el fin de darle celeridad a estos trámites. Pero el manejo y tratamiento ya estaban instaurados y sus ciclos quimioterapéuticos ya se habían iniciado.

Las razones del traslado a EPS Suramericana es una decisión en derecho de la paciente, pero los manejos continuaron en la misma institución que le brindaba EPS Coomeva, completando los Ciclos de Quimioterapia, continuando con Radioterapia y una vez finaliza los ciclos, se procede con la Cirugía Reconstructiva de la mama como se establece en los protocolos en Colombia.

[7] https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-para-el-cancer-de-seno-en-etapas-i-a-iii.html

Queda claro que no existieron demoras injustificadas que alteraran el rumbo del diagnóstico o pronóstico de la enfermedad y que se hizo en las primeras etapas de la enfermedad, que la EPS Coomeva facilitó el curso de los ordenamientos a pesar de que estos procedían de origen particular. Que la paciente decidía acudir a servicios particulares sin que existiera negación de los servicios en nuestra EPS.

Finalmente, que se trata de un caso muy atípico de presentación del Cáncer de MAMA en una mujer muy joven, con una evolución y crecimiento del tumor muy abruptos y rápidos y un empeoramiento a estadios más tardíos en un curso innatural y que fue esta evolución de carácter irregular, muy inherente e idiosincrática a la paciente y su genética, lo que derivó en este resultado.

Que la EPS Coomeva brindó todas las autorizaciones necesarias para el Diagnostico y continúo brindando el tratamiento hasta el traslado de la paciente a EPS Suramericana y que una vez allí los manejos fueron exactamente los mismos en las mismas instituciones de salud donde los venía recibiendo. Si existieron demoras en las programaciones de estudios y laboratorios obedecieron a la alta complejidad de los mismos y la capacidad de las Instituciones de su red de prestadores para brindar oportunidad, que no afectaron el pronóstico de la paciente pues ya tenía un manejo claro instaurado desde la especialidad de Oncología.

2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD POR PARTE DE COOMEVA EPS S.A.

En el ámbito de la responsabilidad médica, bien sabemos que para ser responsable debe existir entre otros elementos, un hecho culposo concreto del demandado, cuya demostración y prueba corresponde al demandante y en el caso que nos ocupa, reiteramos, dicho hecho culposo no existió.

El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 establece respecto de las EPS lo siguiente:

> ***"ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN.*** *Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley."*

Lo anterior significa que la obligación principal de las EPS es organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Servicios de Salud a sus afiliados, razón por la cual, es necesario que las EPS contraten una serie de prestadores de servicios, IPS, para que brinden atención adecuada e idónea a sus afiliados; lo cual ocurrió en el caso en concreto, pues basta con revisar la Historia Clínica de la paciente para concluir que en todo momento se garantizó la atención médica, garantizando la autorización de exámenes, ayudas diagnosticas, tratamientos, pues contrario a lo que se indica en la demanda mi Mándate nunca negó la autorización de los servicios ordenados por sus médicos tratantes.

3. AUSENCIA DE CULPA DE COOMEVA EPS S.A

El régimen aplicable a la Responsabilidad medica es el régimen de culpa probada conforme el artículo 167 del Codigo General del Proceso, le corresponde al demandante demostrar que hubo una falla en la prestación de servicios en la atención medica dispensada a la Sra. Jaramillo y que dicha falla era la causa única y directa de los daños pretendidos, pues en caso contrario, las pretensiones de la demanda no pueden ser prosperas.

Al respecto la jurisprudencia nos enseña:

> *"La actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social. Al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas. En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la lex artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981)…".* [8] (Subrayas nuestras).

Por lo expuesto y lo ampliamente desarrollado en la excepción 1 y a lo largo de este escrito, de conformidad con lo plasmado en las Historias Clínicas, en las Gestiones realizadas por la EPS y las atenciones dispensadas a la Sra Jaramillo por parte de sus IPS tratantes, las cuales fueron adecuadas, diligentes y ajustadas a la lex artis; no existe ningún hecho culposo atribuible a COOMEVA EPS S.A, que hubiere generado padecimientos de salud, que llevara a reclamar el resarcimiento de unos perjuicios que se reclaman.

En consecuencia, no existe hecho culposo, ni relación de causalidad adecuada que permita imputar responsabilidad en cualquiera de sus modalidades pues es clara la ausencia de culpa.

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE COOMEVA EPS S.A

La responsabilidad que se pretende imputar a mi Mandate no debe prosperar, pues no se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad, en especial la falla en la prestación del servicio, el daño y el nexo causal, pues reiteramos que las atenciones brindadas fueron oportunas y diligentes, tal y como se explico con anterioridad. Una vez explicada la ausencia de nexo causal, en esta excepción me referiré a los demás elementos que estructuran la responsabilidad.

---

[8] Sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 17 de noviembre de 2011. M.P. William Namen Vargas

- **Inexistencia de hecho ilícito:**

La responsabilidad que aquí se discute, se da tomando como supuesto origen de la misma, la falla en la prestación del servicio o culpa. Por hecho ilícito según la jurisprudencia y doctrina vigente se ha entendido como aquella culpa imprudente, negligente, imperita o violatoria de reglamentos que tenga la potencialidad de causar un daño, y en el caso concreto, como aquella falla en las prestación del servicios de salud; reiterando que en el presente asunto dicho hecho ilícito no se configura, pues el actuar del personal médico y de mi representada, estuvo ajustado a las guías y protocolos médicos para el manejo de los síntomas, signos, y situaciones que presentaban en el paciente.

Reiterando que COOMEVA EPS S.A es una Entidad Promotora de Salud, que no presta atención directa a sus afiliados y que en el presente asunto no se presentó ningún incumplimiento de sus obligaciones como EPS pues siempre autorizo consultas, tratamientos, exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas ordenadas por los médicos tratantes.

Además, de la historia clínica se puede concluir que los médicos tratantes, en ningún momento actuaron por fuera de las guías y/o protocolos médicos, bien sea por acción u omisión; por el contrario, de esta se puede concluir que las atenciones brindadas fueron adecuadas, que los tratamientos ofrecidos y las instrucciones impartidas se compadecen con cada uno de los motivos de consulta del paciente, con los exámenes físicos realizados y con los signos y síntomas que se evidenciaron en cada oportunidad, reiterando que la patología presentada era de difícil tratamiento por lo poco común del tipo de cáncer de mama.

Teniendo claridad sobre las atenciones brindada y el actuar de mi Mandante, no se evidencia ningún actuar culposos por parte de la misma.

- **Inexistencia de daño indemnizable**

La doctrina define al daño como *la aminoración patrimonial sufrida por la víctima*[9], entendiendo claramente, la existencia de perjuicios materiales e inmeateriales, como ha sido reconocido por la doctrina y la jurisprudencia actual.

En el proceso que nos ocupa, gran parte de los perjuicios que se pretenden, son de origen inmaterial, pues se argumenta que el evento genero consecuencias negativas para los demandantes, sin embargo, no se expone con claridad aquellas condiciones de vida que se vieron alteradas como consecuencia del evento que dio origen al presente proceso.

Adicionalmente el escrito de la demandan se logra deducir un afán de obtener un beneficio económico con la ocurrencia del evento, pues basta con revisar la Historia Clinica del paciente para concluir que las atenciones médicas fueron ajustadas a los protocolos médicos y sobre todo que las sumas prendidas no tienen ningún soporte juridico ni jurisprudencial.

Igualmente, es indispensable que el fallador tenga presente que la función de la responsabilidad civil es indemnizatoria, es decir, se debe intentar dejar a las víctimas en un estado similar al que se tenía

[9] Juan Carlos Henao. El daño. Pag 83.

antes de la ocurrencia del hecho dañoso, lo que significa que no puede utilizarse la responsabilidad con una finalidad de enriquecimiento.

En conclusión, los perjuicios pretendidos no deben ser acogidos pues no se materializaron los elementos de la responsabilidad patrimonial del estado.

Por último, frente a los daños a la salud, es importante tener presente que los mismos no deben ser reconocidos pues no se dan los presupuestos jurisprudenciales para este tipo de casos

- **Daño material**

En las pretensiones de la demanda se solicita la indemnización de un daño emergente, bajo el presupuesto de haberse incurrido en una serie de gastos, sin embargo, es claro que los hechos de la demanda no sustentan dicha pretensión indemnizatoria.

El art 1614 del Codigo Civil, define al daño emergente asi:

> ***"ARTICULO 1614. <DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE>.*** *Entiéndese por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento."*

Ahora en el proceso de la referencia la parte actora deberá demostrar los gastos que efectivamente se generaron y que los mismos son consecuencia directa de una presunta falla en la prestación del servicio de salud.

5. TASACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS.

Se sabe que los procesos de responsabilidad patrimonial, no pueden convertirse en fuente de enriquecimiento para quien los invoca ni para sus apoderados, por lo tanto, el despacho en el evento hipotético en que deba liquidar perjuicios en favor de los demandantes, no deberá perder de vista que los perjuicios en la cuantía en que están solicitados son exagerados, desproporcionados, y contrarios a los precedentes jurisprudenciales que sobre la materia han aportado las altas cortes.

También es importante anotar, que para el reconocimiento de cualquier tipo de perjuicio no es suficiente su afirmación, deberá la parte demandante demostrar su existencia y extensión, en razón a que los perjuicios reclamados por ellos no se encuentran debidamente justificados en el escrito de la demanda ni en los documentos anexos a ellos.

Por lo anterior, respetuosamente se le solicita al señor juez que en el evento de que se profiera una sentencia condenatoria, se nieguen o tasen de manera adecuada los perjuicios.

VI. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Manifestamos expresamente que nos oponemos a la tasación de los perjuicios que realiza la parte demandante, y en consecuencia solicitamos se dé plena aplicación a lo establecido por el artículo 206 del Código General del Proceso.

Los perjuicios deben ser ciertos, reales, concretos y exigibles, por lo tanto para poder que se genere una indemnización, la parte demandante debe acreditar que los perjuicios efectivamente existan, que los mismos tienen una suma determinada, y sean exigibles a la parte demandada, circunstancias que en este caso no se cumplen porque la parte demandante, no ha demostrado que tuvo un detrimento en su patrimonio como consecuencia de las atenciones médicas dispensadas.

En consecuencia, solicitamos al despacho condene a la parte demandante a pagar a los demandados el 10% de la diferencia existente entre la tasación de los perjuicios que se realiza bajo la gravedad del juramento y la suma que eventualmente disponga el despacho. En el evento en que no haya lugar a ningún tipo de indemnización igualmente deberá condenarse al demandante al pago del 5% de los perjuicios tasados.

VII. PRUEBAS.

DOCUMENTOS

- Solicito se tengan como tales los pantallazos del Sistema interno de COOMEVA EPS S.A aportados con la contestación de la demanda

INTERROGATORIO DE PARTE

Cítese a los demandantes para que en la oportunidad señalada por el despacho absuelva el interrogatorio en la correspondiente audiencia.

DECLARACIONES DE TERCEROS

En concordancia con el art 2018 y ss del Codigo General del Proceso,me reservo el derecho a formular interrogatorio a las personas que hayan citado por los intevienientes al proceso como testigos

TESTIMONIALES

Respetuosamente me permito solicitar a este Despacho, se me permita y autorice contrainterrogar a los testigos llamados por las partes.

De igual forma me permito citar como testigo a la siguiente persona:

- Doctora CLAUDIA IVONNE POLO URREGO, en su condición de jefe de Salud de la Zona Norte de COOMEVA EPS .SA quien se solicita en calidad de testigo técnico y declarará acerca de todos los hechos en que se discute la responsabilidad de COOMEVA EPS S.A

Correo: claudiai_polo@coomevaeps.com.

- Doctor FABIAN JACOBO ARTURO PABON, médico quién trabaja para COOMEVA EPS S.A., y realizó el análisis del caso para la presentación de la contestación de la demanda, Este testigo se solicita en calidad de testigo técnico y/o testigo científico, y declarará acerca todos los hechos en que se discute la responsabilidad de COOMEVA EPS S.A.

  Correo: fabianj_pabon@coomevaeps.com.

Por último, le manifiesto al juzgado que COOMEVA EPS S.A., no presta el servicio médico de manera directa y es por esta razón es que se solicitan testigos de carácter técnico.

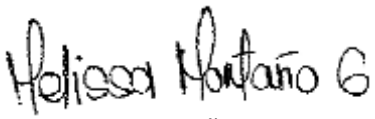
VIII. NOTIFICACIONES

Carrera 70 no. 26 a – 10. Piso 5, Belén San Bernardo, Medellín, Colombia. Teléfono: 6044521 extensión 41101.

Apoderado Judicial. Teléfono fijo 604 45 21 Ext 41104, Celular 3137440068, correo electrónico melig131@hotmail.com; melissa_montano@coomevaeps.com; correoinstitucionaleps@coomevaeps.com;

Con el debido respeto, señor juez,

Atentamente,



MELISSA MONTAÑO GIRALDO
CC. 1.037.237.232
TP. 279.026 del C.S de la J.