* **Julio César Mantilla Hernández**

**Frente a las preguntas del despacho, indicó:**

Es Médico Cirujano de la Universidad Industrial de Santander hace 40 años. Especialista en anatomía patológica o patología de la Universidad Nacional de Colombia. En la misma Universidad hice mi especialización en antropología forense y en la Universidad Industrial de Santander también realicé una especialización en docencia universitaria

Mi historia laboral inicia en 1988 como médico patólogo forense del Instituto Nacional de Medicina Legal, donde trabajé hasta el año 2003. Desde el año 2003 hasta la fecha me desempeño como profesor titular en la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander, donde he sido profesor. Pero además, en los últimos 6 años, director del departamento de patología de la Escuela de Medicina de la misma Universidad. Adicionalmente, en los últimos 20 años también me he desempeñado como profesor de anatomía e Histología y Morfofisiología en la Universidad Industrial de Santander. Dentro de la Universidad Industrial de Santander tengo a mi cargo. La cátedra de Medicina legal para pregrado, estudiantes de séptimo y octavo semestre y la cátedra de la rotación especial de Medicina legal para los médicos internos que se encuentran en ese año.

Revisó el caso por solicitud de la doctora María Victoria Gómez (apoderada de la clínica de urgencias Bucaramanga) y ella me hizo conocer un documento donde figuraba la historia de la señora que usted menciona donde consta que fue intervenida hace unos años para la recepción de un tumor de ovario y en el mismo procedimiento le hicieron la recepción de la trompa uterina y, según también consta ahí en ese documento, la recepción parcial, es decir, una salpingectomía parcial de la trompa. Esos especímenes quirúrgicos fueron posteriormente enviados a un laboratorio de patología donde, en efecto, se comprobó una lesión en ovario que la trompa de ese mismo lado pues estaba presente.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la Clínica de Urgencias Bucaramanga, indicó:**

Que ha practicado autopsias, durante su periodo en medicina legal era el director del Grupo de patología forense. Ahora que está en la Universidad trabajaba también como médico patólogo del hospital y allá también con el Grupo de patología hizo hasta la fecha en que estuvo vinculado como patólogo del hospital unas 4300 autopsias.

Desde el año 99 también estoy vinculado como patólogo a la Clínica San Luis, allí practico las autopsias médico-científicas de todo estos niños o bebés que fallecen en esa clínica. Un promedio de 7080 por año durante 20 años. En relación con esto tengo un libro de hace ya 2009 editado por la Universidad Industrial de Santander que se llama patología forense, y como investigador hay 70 artículos sobre diferentes tópicos de la patología, principalmente, patología forense y patología infecciosa que figura en literatura médica indexada tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

¿Nos puede hacer una descripción del aparato reproductivo de la mujer? (Se proyectan imágenes)

Interfaz de usuario gráfica

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Diagrama

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Hay órganos internos y externos. El externo sería la vulva con labios mayores menores. El introducto vaginal, el clítoris y posteriormente un canal elástico que corresponde a la vagina.

El testigo explica el ciclo menstrual femenino.

A los lados están los cuernos del útero que son huecos. Y en esa trompa uterina, entonces en ese trayecto reconocemos cuatro porciones, o cuatro segmentos, yendo desde la parte interna que está metida dentro de la pared del útero, se llama la porción intramural, es decir, dentro de la pared del útero. Seguidamente, hay una parte más estrecha, digamos de ese conducto que se llama el istmo, y posteriormente viene la parte más dilatada que es la ampolla, para terminar en esas proyecciones digitiformes que reciben el nombre de porción infundibular y esas digitaciones se denominan fimbrias. La fimbrias están en contacto con el ovario.

El testigo explica el proceso de fecundación.

Usualmente cuando se encuentran el óvulo y el espermatozoide ambos han llegado a la porción más dilatada de la trompa que se llama la ampolla. El ovario produce la ruptura de un folículo que sale despedido, por decirlo de alguna manera, hacia la cavidad abdominal. Pero por la ubicación estratégica de las fibras de la Trompa es captada en el 99% de las veces, y esas fibras llevan el óvulo lo más cerca que se pueda a ese útero. Si en las horas cercanas, incluso 24- 48 horas cercanas a ese proceso de ovulación, llegó a existir una relación coital y en los fondos de saco de la vagina y en el cuello uterino se han podido depositar una gran cantidad de espermatozoides, cada centímetro cúbico eyaculado seminal contiene en promedio 200000000 de espermatozoides de esos 200000000 de espermatozoides por centímetro cúbico, pues habría que multiplicar por el volumen promedio del del semen eyaculado en cada en cada relación, que es aproximadamente de 3 a 3.5. Y empiezan una carrera que inicia allí, precisamente atravesando el canal endo cervical, porque es allí donde se van a depositar o en este fondo de saco, y empiezan su camino atravesando primero el canal endocervical, llegando a la cavidad endometrial. Lógicamente, cuando ya llegan a la cavidad endometrial ya el 90% ya ha ido quedando en el camino, pero igual el 90% siguen siendo bastantes millones. Y ellos son los que empiezan ese camino al interior de la trompa uterina, a recorrer esos 10 cm si fuera una persona con una trompa de tal longitud. Pero recuerden que ese camino se acorta en dos sentidos, primero en que cuando ocurrió la ovulación, ya a la trompa uterina han ido llevándolo hacia dentro. Usualmente cuando se encuentran el óvulo y el espermatozoide ambos han llegado a la porción más dilatada de la trompa que se llama la ampolla.

Al encontrarse con el óvulo, el que logra atravesar una cubierta que tiene ese óvulo, para que una vez la cabeza del espermatozoide entre por esa cubierta se le amputa la cola y quedan al interior el núcleo o la estructura que acaba de atravesar, que es el óvulo; se une su material genético con el espermatozoide y nos forma ya una nueva estructura que ahora tiene dos células que ha reducido su carga genética a la mitad, para que no se nos forme un fenómeno, sino un nuevo ser, en el que la mitad del material genético la aporta el padre y en la otra mitad la madre y esa nueva célula que se va a llamar el cigoto, empieza un proceso de multiplicación celular de 2, después a 4, a 8, etc.

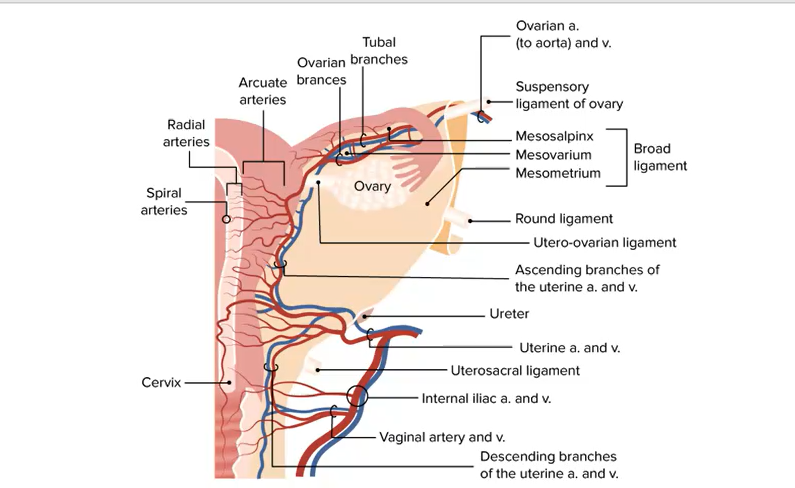
Frente a los métodos de planificación familiar indicó que hay unos más efectivos que otros. Sentro de los que sirven menos hay métodos de barrera como el condón, el diafragma femenino o el espermicida, donde el 25% de los usuarios llegan al embarazo. Otros más efectivos son los novulatorios, ampliamente usados, la única restricción sería porque los componentes hormonales pueden causar alteraciones sobre todo en la usuaria, produciéndole formación de venas varicosas predisponiéndolos a la aparición de trombos que pueden amenazar la vida, etcétera. Tiene una efectividad del 95%.

El de mayor efectividad es la esterilización femenina quirúrgica definitiva, que recibe varios nombres, pero que en términos populares o de dominio público recibe el nombre de ligadura de Trompas, que no es un método nuevo, , está próximo a celebrar los 100 años. En el año 1930 precisamente, un médico de apellido pomeroy fue el que diseñó ese método, dijo, pues si por las trompas es por donde baja el óvulo fecundado hacia la cavidad uterina, pues hagámosla fácil, cortemos y liguemos los pedazos de trompa y con eso se interrumpe la posibilidad de encuentro de esas dos células, es decir, del óvulo con el espermatozoide. Y, efectivamente, desde 1930 ese ha sido el método por excelencia para considerarlo el más efectivo. **Sin embargo, esto no es cierto porque hasta el momento ningún método de planificación familiar ha llegado a permitir que se consiga el 100% del propósito, que es que no haya embarazo.**

Tenemos un grupo muy pequeño de personas, mujeres, usuarios del método que quedaron embarazadas. Entonces se analiza la edad, sobre todo, pero otras condiciones, la paridad, etcétera, y la conclusión interesante es que **en las que fracasa el método está en relación con la edad, entre más joven sea una mujer, más chance tiene de que esto no funcione.**

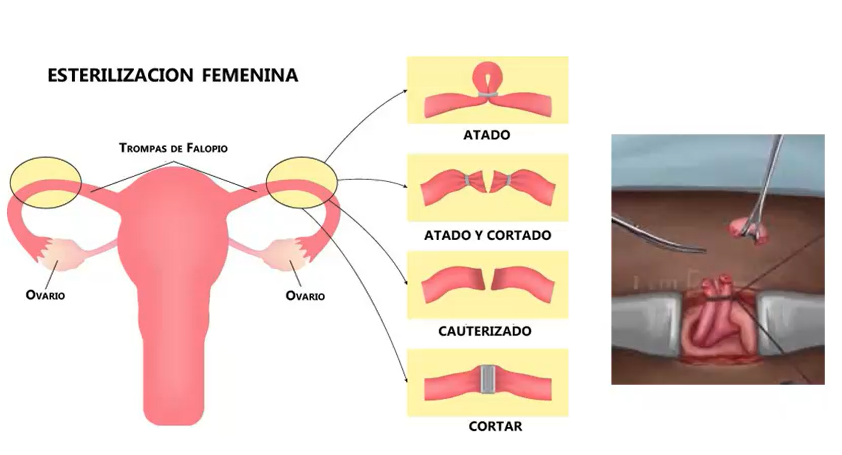
Esto es porque como es más joven esa mujer, su ovulación está garantizada. En la época actual supongamos que a los 12 empiezan en el proceso de ovulación y termina aproximadamente a los 50 años, puede variar un poquito más hacia arriba o hacia abajo, pero cuando está garantizado que no falla un mes, digamos, es en los primeros años de esa vida reproductiva, es decir, hasta los 35 no hay posibilidad casi de que esos ovarios dejen de funcionar. Después de los 35 y sobre todo, si la mujer se desarrolló muy temprano, por ejemplo, a los 12, a los 10, incluso a los 9, pues hay la posibilidad de que la carga ovárica en el ovario disminuya.

Se limita o se prefiere quitar un pedacito de trompa y no toda por la gran cantidad de vasos sanguíneos:



La trompa es de los pocos órganos que recibe irrigación por dos arterias, una la arteria uterina y otra la arteria gonadal. O sea, es una suplencia sanguínea muy alta, porque no solamente esa sangre va para la trompa. Si no va para el ovario y ese ovario mientras tenga buena sangre va a seguir produciendo óvulos. **Entonces, si ustedes se dan cuenta en esta imagen, si alguien cortaba la trompa prácticamente le quitaba irrigación al ovario. ¿Y eso a qué conduce? A una menopausia precoz. En estos métodos de esterilización quirúrgica nunca, nunca, nunca se procede a retirar toda la trompa, siempre se hace es un pequeño segmento**. Incluso el método original de pomeroy era solamente amarrar las trompas, no cortarlas precisamente para proteger la circulación sanguínea hacia el ovario y no generar la complicación más temida incluso si lo ponemos en una balanza para una mujer es más temido una menopausia temprana que un embarazo posterior.

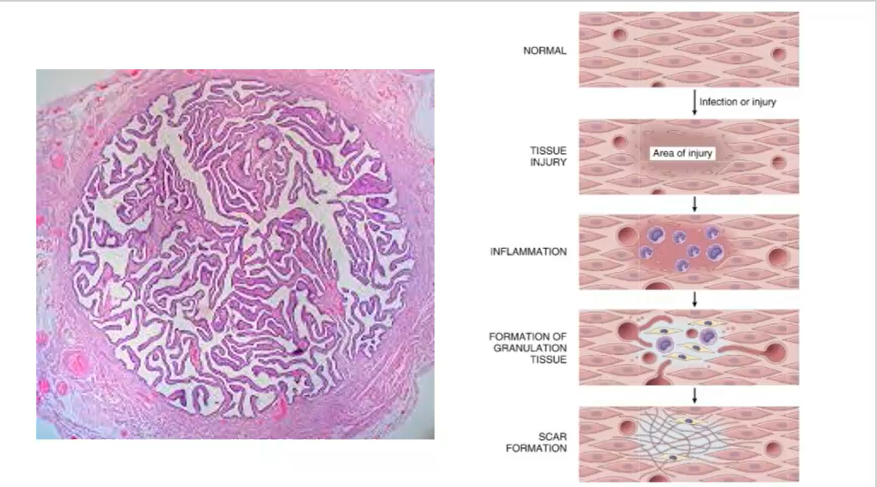
Les voy a mostrar precisamente cuáles son los métodos que utiliza desde 1930, que se empezó a trabajar la esterilización quirúrgica definitiva a través del Pomeroy:



* El primero se levanta con una pinza y se amarra, pero ahí ustedes no ven que se haya cortado y empiezan a presentarse esos pocos casos de 1.5 a 5 por 1000 usuarias por año.
* Entonces si la señora quiere es definitivo, se asegura cortando y entonces cada 1 de los extremos se Liga por aparte y entonces ahí nos encontramos a lo que se llama el Corte y ligadura. Uno va más a la fija. Pero vuelvo y repito, **no importa el método, siempre se seguirán presentando ese 1.5 a 5 por 1000 por año.**
* El tercero, en lugar de amarrar, porque es posible que el nudo se suelte, entonces con un dispositivo eléctrico quemamos a través de una descarga eléctrica cada extremo de la trompa.
* El último pues es cortar y colocar. Es como un clip metálico.

Antes tocaba abrir la pared abdominal y buscar la trompa, sacarla, amarrarla, ligarla y volverla a meter al interior de la cavidad abdominal. Ahora se usa la cirugía laparoscópica para la ligadura. A través de 2 pequeñas incisiones se visualiza la trompa, se captura, se coge con la pinza, se expone, se le pone la bandita de caucho se Liga y después se corta. Eso es lo que se llama la ligadura con doble corte o corte ligadura con doble corte, porque ligarla y cortar a los lados para que no haya chance de que esto se vuelva a reproducir. **Pero vuelvo y repito, quedamos con el mismo, 1.5 a 5 por 1000, es decir, de 1000 usuarias habrá 1.5 o hasta 5 por esa 1000 por año que tendrán el chance de volverse a recanalizar o que o que eso falle.**

--



Cuando yo miro una trompa uterina al microscopio, que lógicamente es una estructura redondeada, pero por dentro ustedes ven que tiene como lombricitas esas lombricitas se denominan vellosidades. Esas vellosidades lo que hacen es ayudar con su movimiento a desplazar al cigoto para que avance hacia el útero. Entonces porqué fracasa un método de estos que, aparentemente como su nombre lo dice esterilización quirúrgica definitiva, porque al cortar esas vellosidades no todas van a quedar dentro del nudo, no todas van a quedar quemadas. Con una solita de esas que de pronto esté por ahí volando o hay algunas muy largas, eso puede ser suficiente para que, aunque se haya ligado y cortado, se forme lo que se llama una fístula. Y entonces hay una fístula entre la trompa y el peritoneo, que es la cavidad donde está la trompa, el útero, el ovario, es decir, la cavidad abdominal. Y entonces esa fístula puede servir o para que el espermatozoide se meta por ahí y de una vuelta y llegue a la trompa, o lo contrario para que el óvulo de pronto logre meterse hacia la trompa y logre seguir su camino. Esa es la recanalización, entonces miremos que en esa trompa hay muchos, muchos espacios, y si yo los corto, los amarro, pues alguno de esos quedará abierto. Entonces se podrá meter alguno de esos espermatozoides ovarios por alguno de esos lados y en el otro extremo, que también fue ligado y cortado, puede suceder lo mismo. Entonces eso es lo que se denomina el proceso de recanalización.

Lógicamente, esas trompas uterinas para llegar a ese procedimiento, tuvieron que ser lesionadas o injuriadas. Ante esa lesión nuestro organismo genera unas respuestas que se llaman respuestas de defensa para proteger que ese sitio no se llene de infección y, además para que pronto recupere la integridad. Eso en conjunto podríamos llamarlo el proceso de inflamación, reparación, cicatrización, que es todo un continuo.

Entonces a la derecha de la imagen hay 5 cuadros. Donde vemos un tejido normal donde esas células que parecen ojitos, es decir, como elipse con un punto corresponden a células que hay en todo tejido fibroblasto y células de músculo liso, como las hay en la trompa. Y esos punticos redondeados corresponden a vasos sanguíneos. O sea, nosotros estamos llenos de vasos sanguíneos en el sitio que menos pensemos, allá hay vasos sanguíneos, en el hueso, por ejemplo. Entonces, si yo corto o un cirujano corta la trompa, pues primero lo que se forma es un coágulo. Esa sangre lleva células como plaquetas, las plaquetas llevan sustancias que se llaman los factores de crecimiento. Factores de crecimiento derivados de plaquetas y factores de crecimiento favorecedores de la angiogénesis. Estos dos términos voy a tratar de explicarlo. Son sustancias que producen las plaquetas, que fueron las que favorecieron la formación del coágulo pero que van a favorecer que las células que lleguen por ahí cerca empiecen a crecer y a multiplicarse, entonces por eso le llaman factores de crecimiento derivados de plaquetas y también hay factores de crecimiento que favorecen la angiogénesis eso qué quiere decir, que favorecen la formación de nuevos vasos sanguíneos, entonces en la cuarta imagen, ustedes ven lo que pasa después de que pasan unos días de unos días. Primero llegan las células inflamación y después esas células empiezan a retirarse, pero ustedes van a ver que de esas dos bolitas que teníamos arriba que eran los vasos sanguíneos, empiezan a salir como unas ramitas. Esas ramitas son los nuevos vasos sanguíneos que van a tratar de unir un lado con el otro lado para que ese sitio ahora quede con mucha sangre y se pueda reparar casi a lo normal. Es decir, casi a llevar a una integridad normal a cado lado de la trompa.

En los extremos de la trompa el proceso de inflamación y de reparación se pudo haber extendido y establecer una como una reconexión, no normal, pero fíjense que ahí se van formando túneles, en el centro se unen hasta que sucede la recanalización y eso es microscópico. 200 millones de células en un cm cúbico.

Quién impide que esto ocurra. Sin hablar técnicamente, el azar. Entre más joven sea una persona más chance tiene de recanalizarse o cuando son personas usuarias de un método quirúrgico simultaneo o que favorezca el crecimiento simultaneo del tejido. La medicina no una ciencia, es un arte que implica ciencia. No es exacta. Lo exacto es la física. El método está limitado a que su ejercicio sea de medios y no de resultados. El médico pone al servicio de la paciente lo mejor de sí, de su técnica y equipos. Salvo algunos casos como en cirugías plásticas o en partos cuyo embarazo es normal, el parto tiene que ser normal. Ahora que el embarazo se complicó con una preclamsia, con otra cosa, pues ahí ya entran a jugar otros aspectos.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la Clínica de Urgencias de Bucaramanga.**

¿Sí, cuando se hace una salpigectomía y se corta un trozo de la trompa es obligación enviar siempre eso a patología? R/ los médicos usualmente por curarse en salud lo hacen. Lo legislado es que todo procedimiento quirúrgico que del cual resulte un órgano anatómico o parte de él, deba ser analizado en un laboratorio de patología y de él se saque un informe de patología. En este caso se hizo el consentimiento informado, se mandó a patología y hay evidencia incluso de que la trompa donde no había tumor ya había sido recortada porque es que la cicatriz deja marca y por eso cicatriz es como sinónimo de marca. En la historia clínica leía que decía la cirujana o el cirujano en una segunda intervención que correspondió a una cesárea, hablaba una marca de cicatriz en la trompa. La trompa uterina nunca se retira completamente, que eso sería como lo que sí verdaderamente garantizaría que no hubiera la posibilidad de recanalización.

El patólogo no puede distinguir si se trata de un ovario derecho de izquierdo. Tendría que tenerlos desde antes o una foto de la laparoscópica donde se mire cómo son o que el frasco venga rotulado con esa información. Salvo que al patólogo le envíen el útero con los ovarios y trompas.

Que la medida del segmento enviado de patología puede variar pues al salir del cuerpo se contrae, y el formol también favorece a que se reduzca el tamaño.

Después de una segunda salpigectomía es posible que la usuaria vuelva a quedar embarazada. No existe un método de planificación 100% Efectivo, es decir, que garantiza el 100%. Excepto eso que ya esas cosas que ya no son métodos de esterilización sino ya son procedimientos de marca mayor, como una histerectomía bilateral amplia.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la parte demandante, indica:**

¿La ligadura de trompas que usted acaba de explicarnos el procedimiento entonces es una salpigectomía total? R/ No. Usualmente el cirujano se va a la mitad de la trompa y de ahí la coge con una pincita, la levanta, la liga, la corta y ya. No se hace total. Por lo que les comentaba, es terriblemente riesgoso que una mujer joven, por garantizarle la interrupción de su vida reproductiva, le estemos motivando o generando una menopausia precoz, porque implica que lo va a producir la mitad de las hormonas que producía antes.

¿Quién define si se realiza una salpigectomía total o parcial? R/ La salpingectomía total, no existe como procedimiento quirúrgico y menos como método de esterilización definitiva. Lea todos los libros, todas las revistas, todos los protocolos de esterilización o de métodos de planificación y nunca va a encontrar la esterilización mediante salpingectomía bilateral completa. Puede existir cuando hay un embarazo ectópico y se rompió la trompa.

¿Del estudio patológico de la salpingectomía bilateral total se espera 1 o 2 trompas de Falopio? R/ Se espera los dos segmentos.

Que el criterio del médico para enviar algo a patología se guía por la técnica quirúrgica. A no ser que alguien desee que solo le saquen la trompa y que la saquen completa, pues tiene que poner ahí, en el en el consentimiento informado.

* **William Eduardo Archila Landines.**

**Frente a las preguntas de la juez, indicó**

Conoce a Viviana desde pequeña y al esposo. Es el hermano.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la parte demandante.**

Ellos tomaron la decisión de hacerse la cirugía para no volver a tener hijos, pues es lo que conozco, porque pues ya tenían dos y eran lo que tenían ya organizado en su vida.

Frente al procedimiento él conocía que le iban a retirar las dos trompas para no tener más hijos.

Que al enterarse del embarazo estaba muy frustrada porque ya estaban organizados para continuar con sus estudios, estaba haciendo una maestría y el embarazo y le bebé toma tiempo, entonces se le vino todo eso encima, estaba consternada o frustrada porque ella ya se había operado.

¿Ella entendía que existía esa posibilidad de quedar nuevamente embarazada? R/ No, porque, pues de eso se trata la operación, no para que no vuelva a tener más bebés, que ya no puede volver a quedar embarazada.

¿De qué manera afectó emocional o económicamente al señor Martín la noticia de que su esposa se encontraba nuevamente embarazada a pesar de que habían tomado la decisión de no tener más hijos? R/ Igual que Viviana porque un bebé más gastos, es como lo mismo que le explicaba de lo que le pasó a Viviana, el hombre tiende a ser la cabeza del hogar, estaba estudiando, ya se graduó.

Viviana y Martín tuvieron inconvenientes para coordinarse frente al cuidado de sus hijos y el hogar.

* **Luis Alberto Noriega Jimenez.**

**Frente a las preguntas del despacho, indicó.**

Médico especialista en psiquiatría. Ha asistido a congresos relacionados con pediatría, tuberculosis y otras especialidades en medicina.

Atendió a Viviana. En la primera entrevista ingresó con síntomas ansiosos y depresivos e insomnio. Fue diagnosticada con un trastorno mixto ansioso depresivo e insomnio. Se medicó y se le ordenó control cada 2-3 meses.

**Frente a las preguntas de la apoderada demandante.**

Que atendía mujeres embarazadas con patologías psiquiátricas o mentales.

Que no puede decir qué situación fue la causa directa de la patología. En psiquiatría no se habla de eso. Hay aspectos genéticos, hay aspectos familiares, hay aspectos de la vida diaria que desencadenan la enfermedad.

En Viviana era una paciente con cirugía de pomeroy, que no esperaba resultar embarazada y eso aumentó los síntomas de la paciente.

¿Doctor, usted nos podría indicar cuáles fueron los criterios clínicos que usted tuvo en cuenta para hacer ese diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión? R/ Bueno, en el CIE 10, que es el.

Es el cómo es el la, la guía de nosotros aquí en Colombia porque existe el C el D S M 4 D S M 5 que son los libros donde o los manuales diagnósticos por psiquiatría. Entonces primero un cuadro clínico caracterizado.

De larga data caracterizado por presentar síntomas ansiosos, ideas ansiogénicas. O sea, hay alteración del pensamiento en el paciente. Hay conductas de inquietud psicomotriz, hay alteraciones del patrón de sueño, un insomnio que puede iniciar con insomnio de conciliación.

Y progresar a un insomnio global, que es cuando el paciente no duerme ni de día ni de noche y eventos que tienen que ver con el estado de ánimo, tristeza, pérdida del interés y la apetencia y algunos síntomas somáticos. Con todo esto tiene 1 todos los criterios para hacer un diagnóstico, un trastorno mixto ansioso y depresivo.

**Frente a las preguntas de la Clínica Bucaramanga.**

El trastorno de ansiedad de Viviana era anterior al embarazo.

Los psicólogos no tienen la facultad para medicar a una paciente.

**Frente a las preguntas de la UT**

¿En caso de que uno de esos eventos desencadenantes del trastorno de la paciente hubiese sido la burla de sus compañeros o su embarazo, usted lo hubiera dejado registrado en la historia clínica? R/ Sí, claro, en el desarrollo de la anamnesis, en una historia clínica, hay cosas que de pronto al paciente se le pasa. De todas maneras, uno siempre en la historia clínica es puntual y escribe lo relevante en la situación actual del paciente.

* **José Fernando Granados Royero.**

**Frente a las preguntas de la Juez, indicó:**

Es médico y especialista en gerencia de servicio de salud, actualmente se desempeña como el Director Médico de la Clínica de Urgencias Bucaramanga.

No conoce a Viviana, pero sí el caso. No ejerce en la parte clínica sino administrativa. Lo conoció por auditoría a la historia clínica para facturar y cuando llegó la solicitud de conciliación.

Frente a las preguntas de la apoderada de la Clínica de Urgencias Bucaramanga, indicó:

Que para el año 2021 la clínica era de alto grado de complejidad. Y contaban con unidad de cuidados intensivos. Pueden atender ginecología y cirugía ginecológica.

La cirugía programada es la que se programa con anterioridad a su programación. El médico explica al paciente lo que necesita, lo que por qué se hace la cirugía, cuáles son las complicaciones, cuáles son los resultados positivos y negativos. YYY se programa una fecha específica para eso.

La cirugía ambulatoria es la que se hace programada pero el paciente se opera y no requiere hospitalización. El paciente Egresa en la clínica el mismo día que se opera. En cambio, la cirugía programada puede también el paciente requerir hospitalización por ese tipo de procedimiento.

¿Los pacientes para cirugías programadas conocen el procedimiento quirúrgico al que van a ser sometidos con anterioridad? R/ Claro, el especialista tiene que conversar con ellos, primero tiene que revisarlos, evaluarlos y luego tiene que conversar con los pacientes e informarles de qué se trata el procedimiento que le va a hacer, las posibles complicaciones, los resultados que se pretenden y los tratamientos adicionales que van a necesitar. El paciente y medico se ponen de acuerdo en estos temas y el paciente acepta que sea operado por el médico.

La paciente fue remitida de Aguachica, pertenecía al magisterio y estaba siendo manejada por una red integrada que se llamaba foscal cup. R/ Ellos nos direccionan una orden que nos autorizan para realizar la cirugía de ponemeroy más la recepción de un tumor en el ovario izquierdo a cargo del doctor Víctor Hugo Quevedo.

Que en el informe se indica que extirpó ovario derecho y la autorización de la cirugía era para ovario izquierdo, pero por un error de digitación, pues el espécimen quirúrgico que se envió a patología se identifica como como ovario izquierdo, lo mismo que la trompa de ese mismo lado porque el ovario y la trompa van pegados. Entonces eso se revisó en su debido momento. También se revisó con la UT y no hubo ninguna dificultad, inclusive la cuenta nos la cancelaron sin ninguna dificultad.

¿Usted revisó si existía en la historia clínica alguna nota de enfermería que ayudara a aclarar esa situación? R/ Sí, había una nota que hablaba de la lateralidad de la trompa.

¿Usted nos puede indicar el motivo por el que la trompa derecha no se envió a patología? R/ A la paciente se le hizo la cirugía por un método que es laparoscopia, la laparoscopia consiste en una cirugía mínimamente invasiva, no se abre el abdomen, sino que se hacen 3 agujeros por donde por 1 se insufla un gas inerte que es el Co2 para separar la pared abdominal de la visera y luego se insertan una Cámara y se insertan pinzas o tijeras o garfios, lo que necesite el especialista. En este caso se utiliza un instrumento que se llama Pinza Ligachour. Esta pinza es una pinza eléctrica que corta, que cauteriza, en la parte del ovario de ovario izquierdo. El médico tenía que sacar ese ovario porque tenía un tumor. Entonces lo sacó y lo sacó con un pedazo de trompa, porque tenía un tumor y siempre hay que quitar un pedazo más de donde se ve el tumor para evitar que se siga reproduciendo. Entonces con la misma pinza, se va cauterizando y la misma pinza va cortando y del otro lado lo que se hizo es un pomeroy.

Que en un pomeroy se corta la trompa y como no hay tejido malo, como no hay tejido dañado, no se saca nada y no se manda nada a patología. Cuando se hace el pomeroy de las dos trompas por este método, o sea por laparoscopia, no se envía ningún espécimen de trompa de falopio a patología.

La clínica no ha recibido más reclamaciones por embarazos después de practicar pomeroy. No existe nunca ningún método de planificación que sea seguro al 100%. En el pomeroy hay una posibilidad de recanalización tubárica entre el dos y el 4% de probabilidad.

El doctor Víctor Hugo Quevedo no era del equipo de ginecólogos de la clínica de urgencias Bucaramanga para el año 2021, lo contrató la UT. Es un modelo de contrato, las instituciones contratan el quirófano, los equipos, todo lo que lo que necesita, inclusive si se necesita hospitalizar la habitación con la cama y todo y la atención de la enfermería y todo lo demás, pero el cirujano lo contrata directamente la empresa que administra el recurso. Entonces, la UT fue la encargada de pagarle los honorarios al doctor Quevedo. Cuando a nosotros nos reportan que hay un médico que viene a hacer una cirugía, entonces se le da una capacitación, se le da un proceso de inducción, se le muestra todos los procesos de calidad en la clínica, se le muestran los equipos y todo lo demás, adicional que se le da una clave para que ingrese al sistema de la clínica.

¿Qué vinculación o relación tenía la clínica con la UT? R/ Pues una vinculación de prestación de servicios para atender a los a los pacientes del magisterio. Habían dos relaciones, la clínica de de Bucaramanga hacía parte Integral de la UT Foscal Cup, pero también, aparte de eso, brindaba servicios hospitalarios a esa red.

¿De la auditoría que se hizo al caso de la señora Viviana, usted nos puede indicar si el procedimiento estuvo ajustado a la lex artis a los protocolos y guías de manejo en términos de seguridad del paciente y de buenas prácticas médicas? R/ Sí, cuando se hizo la auditoría inicial no había todavía ningún proceso y de ahí en adelante todas las auditorías queda definido que el doctor Quevedo hizo todo tal como dicen las guías de manejo, tal como dice los protocolos. Se utilizaron las medidas de seguridad, se utilizaron las pautas de seguridad del quirófano, se extirpó el tumor con todo lo que tenía, que extirpar. Entonces la técnica de Pomeroy por laparoscopia se ajustó a la Lex Artis.

De manera concreta, el pomeroy es una cirugía mínimamente invasiva, se hacen 3 agujeros en el abdomen con unos aparatos que se llaman troca a través de esos aparatos se insufla un gas inerte para separar la pared del abdomen de la vista de la de las vísceras. Por un lado se mete una Cámara que se proyecta en una pantalla que aumenta y amplifica la imagen. Por los otros lados se meten los aparatos, instrumentos o equipo, con lo que el médico va a trabajar para identificar la zona que va a trabajar, para identificar el órgano se utilizan cosas que se llama reparos anatómicos, o sea si usted va a buscar una trompa, busca el útero y busca el ovario y el tubo que va entre el útero y el ovario es la trompa y ahí la identifica para disminuir al máximo la posibilidad de equivocarse. Una vez identificada la trompa con una pinza Ligasure se cauteriza y la misma pinza corta. Esa pieza también controla sangrado porque cauteriza todo y se separan las dos las dos partes de la trompa. Eso, ese es el procedimiento que se hace. La Cámara la maneja el ayudante del cirujano para que él pueda tener libertad de movimiento con las otras dos manos.

**Frente a las preguntas de la apoderada demandante.**

En las auditorías se tienen en cuenta diferentes aspectos dependiendo de lo que uno quiera ver. En un proceso de esta naturaleza uno trata de mirar si hubo algún error médico o si todo se ajustó a la lex artis.

¿De la auditoría que realizó el procedimiento de esterilización practicado en el primero de septiembre del 2021, se encontró algún error o anormalidad en la historia clínica aparte de que usted ya nos manifestó referente al ovario? R/ No.

**Frente a las preguntas del apoderado del MinEducación y previsora:**

¿La clínica donde usted labora tiene adoptado algún tipo de protocolo para el otorgamiento de consentimiento informado? R/ Todos los procedimientos que se hacen en las instituciones deben hacerse bajo el consentimiento de los pacientes.

¿Se reportó alguna anomalía o anormalidad respecto del otorgamiento del consentimiento informado? ¿En este caso concreto que nos ocupa? r/ No el el, el consentimiento deformado que dice el doctor existe.

**Frente a las preguntas de Foscal, indicó:**

¿Dentro del caso que estamos analizando, hubo alguna negación o falta de atención a la paciente? R/ No, no, señora. Los tiempos en que se hicieron la consulta, la consulta preanestésica y el procedimiento está dado en términos de calidad definidos como oportunidad, fue muy oportuno la atención y tampoco hubo complicación y el seguimiento fue corto porque no hubo complicación.

**Frente a las preguntas de la UT, indicó:**

¿Cuando nos indica que hay un protocolo para la firma del consentimiento, nos puede explicar un poco más cómo se hace, o sea, primero se habla con la paciente, si ella está de acuerdo con lo expresado con lo informado y lo registrado en el consentimiento, se firma o cómo tienen ustedes establecido eso? R/ El cirujano tiene que conversar con la paciente en la consulta prequirúrgica antes de realizar la cirugía y tiene que informarle al paciente qué cirugía la va a realizar, por qué la va a realizar, para qué la va a realizar. Y eso tiene que dejarlo consignado en la historia clínica y hay un registro donde la paciente acepta que le realicen el procedimiento.

**Interrogatorio de parte a la demandante Viviana Yasid Archila Landinez.**

**Frente a las preguntas del despacho, indicó:**

36 años. Es docente. Casada. Licenciada en lenguas extranjeras de la Universidad de Pamplona, también cuento con una maestría en educación también de la Universidad de Pamplona.

**Frente a las preguntas de la apoderada demandante, indicó.**

¿La decisión de no tener más hijos fue tomada únicamente por usted? ¿Y qué aspectos tuvo en cuenta? R/ No, no señora, no solamente fue tomada por mí, fue una decisión de pareja, junto con mi esposo, decidimos que no queríamos tener más hijos, puesto que para para ese tiempo, pues ya nosotros teníamos dos niños, teníamos dos obligaciones con ellos y yo estaba dedicada a cuidarlos, a sacarlos adelante, a educarlos. Y la situación económica también ameritaba, no podíamos acarrear con un niño más que implica más gastos, tiempo y estaba en una institución pública con jornada en mañana y tarde, entonces eso interfiere en la crianza. Yo ya tenía 32 años ya estaba suficientemente madura también para tomar esa decisión por mi cuerpo y como familia, mi esposo y yo decidimos que tener dos hijos ya era suficiente.

¿Recuerda usted qué tipo de procedimiento, de esterilización o métodos le fue recomendado por el ginecólogo durante la consulta en el año 2021? R/ el Dr. David Acelas me habló sobre la Salpingectomía bilateral total. Él me explicó que este procedimiento en este procedimiento se me iban a extraer las dos trompas de falopio de mi aparato reproductor, el cual iba a impedir que quedara embarazada. Le expresé al doctor que quería esterilizarme definitivamente. El doctor David Acelas me dice que este procedimiento definitivamente va a impedir que vuelva a tener otro hijo, pues no iba a tener mis trompas de falopio, las cuales son indispensables para que se produzca un embarazo. Él me explica esto y por ende para mí, para nosotros como pareja, este procedimiento fue el indicado, fue el que yo quería, porque satisfacía la necesidad que yo le presenté al médico en este momento que no quería tener más hijos, el procedimiento que él me dijo era la Salpingectomía bilateral total.

Le practicó la cirugía el doctor Víctor Hugo Quevedo.

Unos días antes el Dr. Quevedo la atendió virtual porque estaban en pandemia. No se vieron frente a frente. Le nombró el procedimiento que le iba a realizar la fecha, la hora en la que debía estar, los documentos que tenía que llevar, todos los exámenes que le había mandado a hacer el doctor Acelas. También le recomendó la hora en la que tenía que estar, que debía llegar sin alimentos y eso solamente eso fue lo que él le indicó en el agendamiento de la cita para que se presentará el primero de septiembre del 2021 en la clínica Bucaramanga para que él me hiciera la cirugía. La Salpingectomía bilateral total.

En sala de recuperación al despertar de la anestesia le revisaron las incisiones, le dieron recomendaciones de cuidado y preguntaron cómo se sentía. Le entregaron los documentos. La historia clínica del procedimiento, incapacidad laboral, orden de medicamentos, orden para curaciones y una orden que decía que en 8 días se podía quitar los puntos. No le dieron información sobre el procedimiento, si se logró realizar con éxito, no le indicaron que debía seguir planificando.

Se enteró de que estaba embarazada nuevamente en enero de 2023 cuando estaba de vacaciones. Tenía síntomas, tenía un retraso menstrual, fue al médico y le mandaron una prueba de embarazo que salió positiva.

No entendía por qué estaba embarazada si ella autorizó una Salpingectomía bilateral total, y la orden decía una Salpingectomía bilateral. Se preguntaba qué le hicieron y de esa manera abrupta se entera de que el procedimiento de la Salpingectomía bilateral no se hizo como se tenía que hacer, no se realizó completamente.

Decidió continuar el embarazo por sus creencias cristianas y porque tenía entendido que no era una de las causales para poder abortar.

¿Cómo afectó el proyecto de vida esa frustración de su decisión de no tener más hijos? R/ En sus estudios que quería para incrementar sus ingresos ya que se acercaba el concurso para ascender en el escalafón. Inicia clases, en 2022 hace 2 semestres, y en el 2023 cuando se enteró del embarazo trató de continuar con sus estudios, pero por los síntomas del embarazo tuvo que interrumpir algunas clases. Terminó los 4 semestres en el tiempo que se había planeado que son 2 años durante el 2022 y 2023, sin embargo, en el 2023 cuando tuvo el niño, entró en incapacidad para el cuidado del bebé y no pudo terminar la investigación que viene junto con la materia. Terminó, sin embargo, aunque se presentó al concurso de ascenso, que fue en el 2024, pasó la prueba, el concurso para ascender y mejorar su sueldo. Como no tenía el requisito de la maestría, al momento en el que le pidieron ese requisito no pudo ascender en el escalafón.

Le afectó también en que tenía que pedir permisos para los exámenes y controles. No podía hacer horas extras con las que tenía un ingreso adicional y hoy en día tampoco puede porque tiene que estar cuidando al bebé.

Indica: La noticia fue muy dura para mí, sobre todo porque la carga emocional es algo inexplicable, empieza mi padecimiento psicológico, porque aunque yo no lo quería aceptar, empecé a notar que tenía cambios a nivel emocional y uno piensa primero que es cuestión del embarazo, pero resulta que se empezó a salir de control muchas cosas, empecé a pasar muchas noches sin dormir.

Ya no se sentía capaz de asumir tantas cosas a la vez, y que cuando las trataba de asumir se sentía rara físicamente, como temblores, por lo que informa esto a su doctora quien la remitió a psicología y este a su vez, la remitió a psiquiatría quien le envió medicamento que aún continúa tomando pues no puede conciliar el sueño.

Indica: Entonces, pues todas estas cosas afectaron mi salud emocional, mi salud física y mi parte económica. Asumir ahora una nueva responsabilidad con el bebé, los cargos económicos porque no es lo mismo comprarles a 2 niños que a 3 niños, son 3 responsabilidades que tenemos los dos.

El esposo asumió la carga del cuidado y atención de los niños, eso cambió la dinámica familiar, ella no estaba disponible para estar con él íntimamente, para hablar con él

Indica: También se vieron afectados mis hijos, pues también pagaron las consecuencias porque yo no estaba disponible física ni mentalmente para ellos.

¿Señora Viviana, conforme lo que usted nos manifestó de que usted consideraba que iban a extirpar las dos trompas, en qué momento usted tuvo conocimiento de que en su cuerpo todavía se encontraba una trompa de Falopio? R/ Indica que la médica que le hizo la cesárea le dijo que le quitaron una trompa y le dejaron la trompa derecha y que ella fue la que terminó de realizar el procedimiento que desde un inicio se había autorizado que era la Salpingectomía bilateral.

Indica: Ella operó la derecha que me faltaba y me la entregó en un pote.

¿Por qué la segunda cirugía de esterilización a la que se sometió fue en la clínica mano auxiliadora y no en la clínica de urgencias Bucaramanga? R/ La IPS la remitió ahí.

¿Usted considera que a raíz de la información que le dieron y de lo que nos trae a este proceso, el daño es el bebé? R/ No, el daño no es el bebé, el bebé es mi hijo y eso no tiene nada que ver en esto. El hecho en el que estamos nosotros aquí es por el procedimiento que no se realizó bien. A mí me autorizaron el 2021 una Salpingectomía bilateral total para no tener más hijos de manera definitiva, y el doctor Acelas me dijo que este procedimiento era el que yo necesitaba, entonces mi hijo no es el caso acá, es el procedimiento que se hizo mal hecho, no se realizó, y otra doctora tuvo qye realizarlo, tener que volverme a someter a otra cirugía para que me terminaran de operar, porque el médico, el doctor Víctor Hugo Quevedo no realizó bien la cirugía.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la UT, indicó:**

La abogada deja constancia que la demandante indicó que cuando fue a consulta en enero de 2023 era porque se sentía enferma y tras la consulta se enteró que estaba embarazada. Pero en la historia clínica, a folio 75, el doctor Dairo Moreno indica que la paciente ingresa a su consultorio con una prueba casera positiva, o sea, la señora cuando va a la consulta ya tenía conocimiento de su embarazo, eso quedó registrado en su historial clínico.

¿Usted nos indica que el doctor David Arcelas es el que la instruye y le indica cuál es el procedimiento que su merced necesita para no tener más hijos, es correcto? R/ Sí, es el que me habla de la de esa cirugía, de la Salpingectomía bilateral total.

¿El doctor no le indica en la consulta que, aparte de su necesidad de no tener más hijos, hay que hacer una extracción de un tumor? R/ Sí, por eso estaba en consulta y ahí le manifesté que quería aprovechar de no tener más hijos y él le dice que me va a realizar ese procedimiento.

La abogada deja constancia que la demandante indicó que solo tuvo una consulta telefónica con el doctor Quevedo antes del procedimiento, pero en el expediente consta que tuvo dos consultas. En la primera, el doctor hace un análisis con la paciente, la escucha y le indica unos exámenes y en la siguiente consulta la paciente es contactada para observar con el doctor la programación del procedimiento y los resultados de sus exámenes.

¿El doctor David Acelas le explicó a través de alguna imagen o algo cómo es una Salpingectomía total bilateral? R/ No, pero le indicó cómo iba a ser.

Que el Dr Quevedo no le indicó cómo era la cirugía de Pomeroy.

Indica: Recuerdo que cuando llegué él me saludó, **me dijo lo que me iban a hacer,** me hizo unas preguntas de cómo me sentía y ya después no recuerdo más nada porque me anestesiaron completamente. Yo recuerdo que él entró y me saludó y me dijo algunas cosas y ya recuerdo que cuando yo llegué allá lo que me pusieron fue a firmar un poco de papeles. Me hicieron firmar un consentimiento que estaba lleno a mano.

En qué escalafón se encuentra en el magisterio. 2BM. Si hubiera tenido el título antes, habría estado en 3A.

El esposo la apoyó en el embarazo.

¿tuvo un embarazo feliz? R/ No fue totalmente feliz porque se produjo después de que ya decidió no tener más. Tuvo problemas laborales y familiares, tuvo que consultar al psicólogo, no fue feliz.

Durante el embarazo tuvo 2 incapacidades. Una del psiquiatra y antes de tener el bebé tuvo otra.

Los problemas psicológicos empezaron después de la noticia del embarazo.

Con psicología no estuvo desde el inicio. Tuvo que pedir cita a psicología y luego la remitieron a psiquiatría.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la Clínica de Urgencias de Bucaramanga.**

Después de mi segundo hijo me dirigí a consultan por PyP y solicité los implantes de yadel por 5 años. Los tuve aún en la cirugía. Me los retiré en octubre, la cirugía fue en septiembre.

¿Asistió a control de ginecología después de la cirugía de tumor de ovario más pomeroy? R/ No. Y no fue un pomeroy sino una Salpingectomía

El título de maestría se lo entregaron el 7 de octubre de 2024.

No tuvo afectación emocional por el quiste en el ovario.

No le dieron resultado de la patología. Por lo que asumió que no encontraron nada.

Que la doctora Yadira al salir de la operación de cesárea le dijo que tenía una trompa.

Indica: pero no debía tener trompa ni con cicatriz, tenían que quitarlas ambas.

¿Por qué cree usted que su tercer hijo, Martín, debe ser indemnizado por el hecho de nacer? R/ Mi hijo no está peleando acá. Él no está acá, ni él le está pidiendo ninguna indemnización. Soy yo, fui yo la que me sometí y que me sometieron a este procedimiento y que estuvo mal hecho, nada tiene que ver mi hijo Martin. Él no está demandando y yo no estoy demandando por él. Estoy demandando por mal procedimiento, porque no me hicieron bien lo que tienen que hacer. Lo que se autorizó no lo hicieron bien y pasaron por encima de mi derecho reproductivo de no querer tener más hijos.

La doctora Yadira no le dijo que podía a tener un cuarto embarazo. Solo le dijo que le operó la trompa derecha, que no se la operaron bien, y se la entregó.

¿Cómo recibieron los dos niños mayores al hermanito que llegó? R/ Pues como todos los niños, son niños, los recibieron como su hermano. Lo recibieron bien y en la actualidad ellos tienen una buena relación. normal, como hermanos.

* **Interrogatorio de parte al demandante Martín Amaya Toro**

**Frente a las preguntas de la apoderada demandante, indicó.**

Que no habían programado ni su primer ni segundo hijo. Pero en el noviazgo habían planeado tener 1 o máximo 2 hijos.

Que en este caso es diferente se vulneró su derecho reproductivo porque aplicaron mal una herramienta y eso le causa frustración. Tenían sus planes de vida.

Que la esposa se sometió a el procedimiento y no él porque por el implante ella se engordo, le subió de peso la cara, se le llenó de mucho acné, y psicológicamente eso también estaba afectando. Entonces ya estaba también buscando una, una forma de liberarse de ese de ese implante, por eso se decidió que se operara mi esposa. Para que se liberara esa situación y en mi caso, pues no, no, no vivo en esa necesidad de mi persona.

Que tenían de esa cirugía la expectativa de poder gozar de la vida sexual sin ningún problema de que de ningún riesgo, de que mi esposa quede embarazada.

Que no les indicaron el riesgo de embarazo. Pero indica que no estuvo presente en las consultas.

Que la noticia del embarazo fue muy frustrante y decepcionante, porque habían puesto su confianza en esa cirugía. Y el mundo de ella se derrumbó no hacía si no llorar y eso a él me causó mucha preocupación, pero no podía manifestarle su preocupación, tenía que guardárselo.

Indica: el plan de vida de mi esposa es seguirse capacitando y mi plan es tratar de sacar adelante los conocimientos de mecánica, tratando de montar un taller o comprar herramientas, pero en esta situación no puedo porque me veo amarrado, porque tengo muchas responsabilidades y un hijo más es un gasto más.

Que en alguna vez asistió a una cesión psicológica por esta situación, pero no hizo seguimiento porque sintió que no le ayudó.

¿En la actualidad, qué impacto o afectación persiste como consecuencia de esa frustración de la decisión de no tener más hijos en la familia? R/ Bastante. Indica que renunció a su vida, sus hobbies, tiene que lidiar con su trabajo y responder por sus hijos.

**Frente a las preguntas de la apoderada de la UT, indicó:**

No es cierto que rechazó el embarazo. Pero tampoco lo aceptó de buena forma porque no fue planeado, esperado ni deseado.

Que tuvo inconvenientes por su esposa por su estado de crisis emocional mental, ella se debilitó demasiado le afectó demasiado y afectó su vida personal. Sin embargo, él optaba más que todo por irse cuando estaba allá en histeria y dejarla sola, que se le pase. Pero sí fue el motivo de discusiones, pero no de golpes, ni de malas palabras. Había tensión.

¿Se siente afectado porque tiene que atender a los 3 niños o a Martín? R/ Es la sumatoria y que es un niño pequeño que requiere más tiempo y le exige a uno más.

**Apoderada de la Clínica de Urgencias Bucaramanga.**

¿Usted supo de qué operaban a la señora Viviana en el septiembre del 2021? R/ De una Salpingectomía bilateral total, donde le traen las dos trompas y se las cauteriza y de los quistes que tenía en el ovario, pero no sabe a fondo sobre esto último.

Que Viviana solo tuvo una consulta telefónica con el Dr. Quevedo que la operó.

Que nadie autorizó a Viviana a quitarse el implante, ni ella ni él recibieron información de algún médico, no recibió ninguna recomendación.

Indica: eso prácticamente fue de decisión propia de ella porque ya estamos seguros y tranquilos de que podía quitarse esos implantes para poder gozar de nuestra vida sexual sin ningún inconveniente.

Antes de la cita en la Clínica de Urgencias Bucaramanga no la acompañó a alguna consulta.

Que estuvo presente en el parto en la Clínica María Auxiliadora en el nacimiento de Martín.

No recuerda si tuvo controles tras la cirugía Salpingectomía de la clínica de urgencias Bucaramanga.