




ESCRITO DE CONTRADICCION DE DICTAMEN

Desde MILTON MENA CORDOBA <miltino11@hotmail.com>

Fecha Jue 12/06/2025 03:53 PM

Para Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Cartago <j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC letty Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co>;
lgaguirre@equipojuridico.com.co <lgaguirre@equipojuridico.com.co>; notificaciones@gha.com.co
<notificaciones@gha.com.co>; lichitalu@hotmail.com <lichitalu@hotmail.com>

 1 archivo adjunto (138 KB)

CONTRADICCION DEL DICTAMEN.pdf;

No suele recibir correo electrónico de miltino11@hotmail.com. [Por qué es esto importante](#)

Pereira, junio 12 de 2025

Doctora

LILIAM NARANJO RAMÍREZ

Juez Primero Civil del Circuito de Cartago Valle

E. S. D.

Proceso Verbal

Demandantes: Diana Camila Giraldo Correa y Otros

Demandados: Hospital San Juan de Dios de Cali y Otros

Radicación No. 76-147-31-03-001-2024-00157-00

Actuación: Contradicción del Dictamen

Por medio del presente escrito, en calidad de apoderado especial de los demandantes dentro del proceso de la referencia, me permito de manera simultanea remitir al despacho judicial, así como a los correos electronicos de los demas sujetos procesales y sus apoderados, archivo adjunto en formato PDF que contiene la contradiccion ddl dictamen.

Atentamente,

MILTON MENA CORDOBA

MILTON MENA CORDOBA
ABOGADO ESPECIALISTA
DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

Pereira, junio 12 de 2025

Doctora
LILIAM NARANJO RAMÍREZ
Juez Primero Civil del Circuito de Cartago Valle
E. S. D.

Proceso Verbal
Demandantes: Diana Camila Giraldo Correa y Otros
Demandados: Hospital San Juan de Dios de Cali y Otros
Radicación No. 76-147-31-03-001-2024-00157-00
Actuación: Contradicción del Dictamen

MILTON MENA CÓRDOBA, mayor y vecino de Pereira, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en mi calidad de apoderado especial de los demandantes dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito y dentro del término legal concedido, conforme a lo dispuesto en el artículo 228 del C.G.P., me permito a través del presente escrito pronunciarme respecto del dictamen pericial aportado por la demandada LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO, a través del perito EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, en su calidad de médico especializado en Gineco-obstetricia, dictamen sobre el cual presentamos los siguientes puntos de relevancia que generan su contradicción y hacen necesaria la comparecencia del perito a la audiencia para ser interrogado sobre su experticia.

- En respuesta a la primera pregunta del "Cuestionario a perito gineco-obstetra" se afirma que la Sra. DIANA CAMILA presentó un "parto complicado", lo cual contrasta con los registros de historia clínica en los cuales nunca se menciona que se hubiese sospechado esta circunstancia ni que, en consecuencia, se hubiesen tomado medidas de carácter preventivo para evitar la muerte del recién nacido. Es muy importante tener en cuenta este hecho, ya que, en general, las complicaciones del parto deben ser detectadas precozmente y atendidas de forma oportuna para prevenir daños a la madre o al niño por nacer. Es decir, que si la paciente tenía un "parto complicado" se han debido extremar las medidas de vigilancia y control clínico para prevenir daños a la madre y al feto. La ausencia de los controles feto-maternos durante el proceso de parto estaría indicando una falla en la atención por falta al deber objetivo de cuidado.
- Por su formación profesional, en Colombia todos los médicos graduados por universidades oficialmente reconocidas, están en capacidad de opinar y "analizar en una historia clínica la vía por la cual una paciente debe adelantar el parto". Es decir, opinar y sugerir

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

con argumentos médicos razonables sobre la mejor vía para el parto, no es de absoluta exclusividad del médico especialista en gineco-obstetricia.

3. Evidentemente en Colombia, actualmente los médicos generales no están autorizados para practicar cesáreas, como en el pasado, pero sí están capacitados y autorizados para hacer un diagnóstico presuntivo, plantear un plan terapéutico y opinar sobre el pronóstico en las diferentes etapas del embarazo. Es decir, que cualquier médico en Colombia, no sólo está capacitado y autorizado, sino que además tiene la obligación ética y legal de tomar decisiones sobre la atención de mujeres embarazadas que se encuentren en proceso de parto.
4. Es apenas obvio que “un médico con entrenamiento en medicina forense” no está capacitado ni autorizado para “programar y realizar cesáreas”. La duda en torno a esta posibilidad es claramente superficial e ingenua. Por supuesto que “el médico idóneo para programar y realizar cesáreas y/o partos difíciles, sin lugar a duda es el gineco-obstetra”. En ningún momento se ha dicho que el Dr. RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ ARANGO hubiese pretendido hacerse pasar por especialista en gineco-obstetricia o que hubiese ejercido la docencia o realizado investigaciones científicas en esta área de la medicina, aun considerando el hecho de que en sus primeros diez años de ejercicio profesional en el Hospital Regional San Rafael de El Espinal (Tolima) fungiera como médico obstetra, por lo cual entre sus funciones, además de la atención de los partos vaginales, en muchas ocasiones realizó cesáreas sin que se hubiesen presentado complicaciones en este sentido. No obstante, tampoco es posible poner en duda su idoneidad como médico general y como perito médico forense certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entidad en la cual laboró durante más de 25 años realizando peritaciones forenses al servicio de la administración de justicia, entre otros aspectos, sobre litigios de responsabilidad médica en la prestación de servicios de salud, lo cual quiere decir que está en capacidad de analizar y opinar sobre aspectos relacionados con las diferentes áreas especializadas de la medicina, como por ejemplo, la Gineco-obstetricia.
5. En el Dictamen del Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, se corrobora que “la paciente tenía obesidad y eso la clasificaba como de alto riesgo obstétrico”. Esta afirmación indica que la Sra. DIANA CAMILA GIRALO CORREA, ameritaba una atención especial desde que, de manera reiterada, solicita atención en el último mes de su embarazo (9 consultas desde el 18/12/2023 hasta el día del parto el 13/01/2024), sin que se hubiesen tomado decisiones perentorias para controlar de manera efectiva el riesgo implicado ante la calificación de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

6. Efectivamente, como lo indica el Dr. RESTREPO BAENA, los obstetras y en general cualquier médico general o especialista, se deben “basar por guías y protocolos” para “adecuarse a la *Lex Artis* y tratar de tener menos complicaciones”. Y también tiene razón cuando afirma que “dada la dificultad técnica y el alto riesgo de complicaciones de una cesárea”, se debe evitar hasta donde sea posible. Sin embargo, es importante no desviar la discusión, ya que no se cuestiona el motivo por el cuál no se practicó una cesárea a la paciente, sino la omisión injustificada al deber objetivo de cuidado por incumplimiento de los estándares para garantizar el bienestar del binomio madre-hijo, porque no se hizo el adecuado control del trabajo de parto; de manera concreta no se hizo el monitoreo de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, más aún cuando se había ordenado la administración de oxitocina en goteo intravenoso, y tampoco se hizo el monitoreo estricto de la frecuencia cardíaca fetal para haber detectado oportunamente alteraciones que permitieran tomar decisiones urgentes para preservar la salud de la madre y la vida de su hijo por nacer.
7. Es cierto que el parto puede durar días o semanas, como lo afirma el Dr. RESTREPO BAENA, y no se cuestiona que el día 03/01/2023 no se hubiese desembarazado a la paciente por este único motivo sino el hecho de que se hubiese omitido analizar en contexto el dato adicional sobre “expulsión de tapón mucoso” durante la valoración de la paciente el mismo día, teniendo en cuenta además que venía consultando de manera reiterada en un corto período de tiempo al servicio de urgencias por sintomatología relacionada con el embarazo, ya que según consta en la historia clínica era la sexta consulta desde el día 18/12/2023. Es decir, nuevamente se cuestiona la falta al deber objetivo de cuidado por omisión de considerar el contexto del cuadro clínico de la paciente en el análisis de su situación para trazar un plan especial de intervención terapéutica.
8. En cuanto a la valoración de la pelvimetría realizada el día 13/01/2024, no se cuestiona que se hubiese realizado o no en paciente de baja estatura; lo que se pone en tela de juicio es que en este caso se somete a la paciente a una “PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO POR VÍA VAGINAL”, indicando al mismo tiempo un goteo de oxitocina para reforzar las contracciones uterinas, lo cual también se cuestiona ya que se trataba de una paciente obesa primigestante (primer embarazo sin experiencia previa de parto vaginal) quien había iniciado de manera espontánea el trabajo de parto, lo cual quiere decir que, si se quería probar la capacidad pélvica para parto vaginal, además de la pelvimetría clínica, simplemente se podría haber observado la evolución natural y espontánea del curso del parto sin tener que recurrir al medicamento estimulante de la contracción uterina (oxitocina) en goteo endovenoso el cual no está

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

exento de riesgos como por ejemplo, la hiperestimulación uterina con generación de contracciones más intensas y prolongadas con repercusión negativa en la irrigación sanguínea feto-placentaria. Pero lo más importante: se cuestiona que no se hubiese realizado el estricto control del parto (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, signos vitales de la madre y fetocardia), durante el tiempo en que se suministra el goteo de oxitocina, demostrándose una vez más que se faltó al deber objetivo de cuidado al omitir la vigilancia estrecha de los parámetros clínicos que hubiesen podido aportar importante información de utilidad para tomar decisiones oportunas con el fin de preservar la salud y la vida de la madre y su hijo por nacer.

9. En informes de monitoreo fetal con fecha 13/01/2024, uno a las 8:00 a.m. y el otro del mismo día sin registro de la hora, efectivamente indican: "frecuencias cardíacas fetales entre 120 y 130 (normal), con buena variabilidad, no estaba plano, sin desaceleraciones sugestivas de estado fetal no tranquilizador. Ambos son indicativos de bienestar fetal". Estos informes refuerzan el hecho demostrado por historia clínica indicativos de que la paciente ingresa en la mañana a la sala de partos en estables condiciones de salud con el feto en buenas condiciones, sin ningún riesgo de complicación razonablemente previsible o circunstancias absolutamente inevitables que pudieran condicionar la posible muerte fetal en las próximas horas. Sin embargo, el hecho de que no se hubiese realizado el estricto control de la evolución clínica del trabajo de parto resultando finalmente en un "recién nacido a término en malas condiciones generales, con mala adaptación neonatal, sin signo vitales con pobre pronóstico de recuperación", estaría indicando, una vez más, que se faltó al deber objetivo de cuidado por omisión en el estricto monitoreo clínico de la paciente embarazada y su hijo por nacer para detectar oportunamente cualquier condición crítica y potencialmente grave.
10. Respecto al comentario que se hace sobre la valoración del 13/01/2024 a las 14+04 h, "más de 6 horas después de haber iniciado el trabajo de parto", cuando se menciona la presencia de edema anterior del cuello uterino, se pretende cuestionar la opinión expresada por el perito RAMÓN ELÍAS SÁNCHEZ quien dice: "dado que el feto no había pasado el nivel del estrecho medio de la pelvis debería haberse planteado la POSIBLE NECESIDAD DE OPTAR POR CESÁREA". Se pretende cuestionar esta opinión aduciendo que "el edema del cuello nunca es indicativo de cesárea", lo cual es cierto. Sin embargo, se debe decir que en ningún momento el perito forense afirma que la paciente debería haber sido llevada a cesárea por este motivo, sino que se advierte que no se consideró esta posibilidad habida cuenta del contexto de la tórpida evolución del trabajo de parto hasta este momento (Paciente primigestante obesa en prueba

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

de parto vaginal reforzado con goteo de oxitocina, agotada física y mentalmente, sin información sobre parámetros clínicos de salud fetal). Es decir, una vez más se hace evidente la falta al deber objetivo de cuidado por no replantear el proceso de parto que, a todas luces, no se estaba conduciendo dentro de los parámetros normalmente esperados. Es más, ni siquiera se plantea la posibilidad de "optimizar la analgesia con una epidural", tal como acertadamente recomienda el Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA en su informe de "Base de opinión pericial de ginecología y obstetricia"

11. El diagnóstico de "SUFRIMIENTO FETAL AGUDO" ha sido utilizado ampliamente y durante muchos años en todo el mundo para referirse a las alteraciones de salud del feto, de manera especial durante el trabajo de parto, aunque es cierto que resulta ambiguo por lo cual se ha ido reemplazado en los últimos años por la expresión: "ESTADO FETAL NO TRANQUILIZADOR", el cual, en general, tampoco resulta muy preciso, pero en todo caso indica estrés o compromiso de la salud fetal. En cualquier caso, es necesario tener en cuenta que aquí no se trata de cuestionar la precisión semántica de los términos del diagnóstico médico sino de establecer si oportunamente se desplegó una conducta médica acuciosa para detectar que había una alteración fetal durante el trabajo de parto que potencialmente podría poner en grave riesgo la salud y la vida del niño por nacer. Así, como bien lo indica el Dr. RESTREPO BAENA en su informe, "la vigilancia del trabajo de parto, y los cambios de la fetocardia o la presencia concomitante de meconio es lo que hace pensar que la paciente pueda estar haciendo un estado fetal no tranquilizador que finalmente se traduce en una asfixia neonatal". Y dado que "existen múltiples posibilidades de ocasionar un estado fetal no tranquilizador" era absolutamente necesario desplegar acciones médicas concretas y contundentes tendientes a detectar oportunamente la alteración del estado de la salud fetal. Evidentemente, ante la omisión del estricto control clínico del parto "no hay manera de decir que existió estado fetal no tranquilizador", reiterando que sólo se hizo "el reporte de las fetocardias cada hora", cuando se requería que se hiciesen registros con mayor frecuencia, especialmente teniendo en cuenta el contexto (primigestante de alto riesgo obstétrico en prueba de parto vaginal reforzada con oxitocina, con estado de agotamiento físico y mental). Es evidente que se omite la recomendación de la "American Academy of Pediatrics" y el "American College of Obstetricians and Gynecologists" que recomiendan que "durante el primer período del trabajo de parto y en ausencia de anomalías, se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min y después cada 15 min en el segundo período del trabajo de parto." Esta falencia se demuestra por los registros en la historia clínica en la cual no aparecen registros de control del parto desde las 2 pm

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

hasta el momento del nacimiento a las 4:43 pm; es decir, de acuerdo con la ausencia de registros médicos y de enfermería, se infiere que la paciente no fue valorada en este lapso de tiempo cuando resultaba crucial dado que había signos de mala progresión del trabajo de parto y se había ordenado previamente un goteo de oxitocina. Entonces, independientemente de los términos utilizados para referirse a la alteración de la salud del feto, es evidente, una vez más, que se faltó al deber objetivo de cuidado por omisión de acciones tendientes a diagnosticar y manejar oportunamente la severa condición presentada por el recién nacido.

12. En cuanto a la causa básica de muerte del hijo de la Sra. DIANA CAMILA, es cierto que no fue posible la demostración histopatológica confirmatoria de una causa estructural objetiva, entre otras cosas porque la entidad de salud omite la realización de una necropsia, así como el examen de la placenta, aunque legal y médicamente estuviesen indicados. Sin embargo, es necesario aclarar que nunca en medicina los diagnósticos se realizan en el cien por ciento de los casos con absoluta certeza demostrable por pruebas de laboratorio. La mayoría de las veces se recurre al criterio clínico para establecer el diagnóstico con alta probabilidad médica razonable de acuerdo con la información de antecedentes, de los datos al examen físico y de la información obtenida sobre la evolución de las condiciones de salud de los pacientes. En el caso del hijo de la Sra. DIANA CAMILA, es claro que, hasta el día del parto, se habían descartado condiciones ominosas o factores de riesgo objetivos que de manera especial hubiesen podido pronosticar un desenlace fatal. Sin embargo, es evidente que hubo omisión en la vigilancia y control de los parámetros clínicos que hubiesen permitido detectar alteraciones del feto durante el proceso de parto. Es decir, al hacer el diagnóstico, lo obvio es apelar a la información sobre posibles causas del desenlace fatal, y en este caso, es evidente que se omite la adecuada vigilancia, control y registro de los parámetros materno-fetales por lo cual no hay bases para afirmar o negar que hubo alteraciones agudas en la salud fetal. En este sentido, se debe recordar que el trabajo de parto es una especial situación que exige extrema vigilancia dado que en cualquier momento se pueden presentar estados de emergencia, tal como lo recuerda el médico RESTREPO BANEÁ en su informe pericial. Así, ante la evidente falta de registros del monitoreo fetal, hay más elementos para afirmar que se presentó alteración aguda del estado de la salud fetal que “evidencias objetivas e irrefutables insatisfactorias” como para descartarlo. Por lo tanto, una vez más se puede afirmar que se falta al deber objetivo de cuidado por omitir la estricta vigilancia, control y registro de los parámetros clínicos del trabajo de parto y las condiciones de salud del feto.

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

13. Ante las preguntas: "¿Pueden ocurrir desenlaces fatales en la atención de un parto, que no sean derivados de la actividad médica?" y ¿Se debería pensar que un embarazo normal se espera un parto normal y que nazca un bebe sano?, la respuesta es obvia, ya que, en general, los daños surgidos como consecuencia de la actividad médica se consideran responsabilidad de medios y no de resultados, con lo cual se quiere decir que un profesional de la salud nunca se obliga a un resultado concreto, salvo en excepcionales casos, pero sí en todos los casos absolutamente sin excepción, tiene la obligación de demostrar que su proceder ha cumplido con los medios más idóneos a su alcance para garantizar hasta donde sea posible el bienestar de su paciente; es decir, el médico tiene que demostrar que ha "aplicado las guías y protocolos con rigor" para poder eximirse de responsabilidad ante un resultado dañoso para el paciente. Si bien es cierto que "se pueden presentar complicaciones que cambian el curso de los acontecimientos" en la evolución de un trabajo de parto, y que "la obstetricia muchas veces es impredecible, de comportamiento irresistible y en ocasiones imposible de adelantarse a los hechos o prevenir las complicaciones", precisamente por este mismo motivo es que es necesario apegarse estrictamente a los protocolos de atención, en especial en cuanto tiene que ver con la vigilancia y control clínicos, ya que la gestación es un proceso fisiológico que debería desarrollarse de manera natural y espontánea, sin dificultades, salvo excepciones, por lo cual la medicina interviene de manera sistemática para garantizar que el proceso se cumpla con las mayores garantías posibles de éxito, de tal manera que el "parto normal" se inicie espontáneamente y se desarrolle sin complicaciones, culminando con el nacimiento de un bebé sano. Por este motivo, las entidades y los profesionales de salud tienen la obligación legal de proveer los medios más adecuados de vigilancia y control para garantizar la atención del binomio madre-hijo en las mejores condiciones posibles. En el caso de la Sra. DIANA CAMILA, por los registros de historia clínica, es evidente que se omite el estricto control que estaba indicado del trabajo de parto ante las variables presentadas que indicaban a todas luces que la situación no se estaba conduciendo según lo esperado. Por ejemplo, se omite el PARTOGRAMA, recomendado oficialmente en Colombia¹, y que consiste en la graficación evolutiva del progreso de los cambios del cuello uterino (dilatación y borramiento), además del descenso de la presentación fetal, comparado con la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas, además de la frecuencia cardíaca fetal. El partograma permite la "vigilancia materna y fetal mediante el cuidado continuo provisto durante el trabajo de parto para la identificación oportuna de la aparición de riesgos o complicaciones que puedan incidir negativamente en el resultado materno y

¹ Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio - Ministerio de Salud y Colciencias - 2013 - Pág 59

MILTON MENA CORDOBA

ABOGADO ESPECIALISTA

DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA

perinatal para intervenirlos en forma preventiva”². Del juicioso diligenciamiento de esta herramienta gráfica, fácil de realizar y entender por todo el personal asistencial, depende en gran parte que se pueda detectar de manera temprana cualquier desviación en la progresión del trabajo de parto y en el bienestar fetal, para implementar oportunamente las medidas perentorias requeridas. Sin embargo, en la historia clínica aportada se encuentra un cuadro de “lista de chequeo” con fecha del 13 de enero en el cual se indica que no se realiza el partograma, sin dar explicaciones por esta negativa. Tal vez a modo de reemplazo del partograma, en la historia clínica se encuentra un único cuadro titulado “control del parto” en el cual se encuentran anotados únicamente cuatro (4) registros de signos vitales y contracciones uterinas a las 9:00, 13:00, 15:00 y 16:00 horas, además de un único registro de las 9:00 am, sobre control de la dilatación (2 cm) y el borramiento (50 %) del cuello uterino, lo cual evidencia que se hizo caso omiso de la recomendación oficial de “revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones”³. También, en un cuadro aparte se hace registro de fetocardias anotando 8 datos dentro de límites normales desde las 9:00 hasta las 16:00 horas. Esta escueta y totalmente incompleta información, en la que se registran datos sobre la paciente y su hijo por nacer dentro de límites normales, además de ser evidentemente insuficiente, contrasta llamativamente con el pésimo estado clínico del bebé en el momento de su nacimiento a las 4:43 pm. Por lo tanto, una vez más se puede afirmar que se falta al deber objetivo de cuidado por omisión en la estricta vigilancia, control y registro de los parámetros clínicos del trabajo de parto y de las condiciones de salud del feto, lo cual fue determinante fundamental de la muerte del recién nacido hijo de la Sra. DIANA CAMILA GIRALDO CORREA.

En consideración a los cuestionamientos que se realizan a los dos dictámenes obrantes en el proceso, y para un mejor proveer por parte del despacho, solicito de forma respetuosa al honorable despacho, considerar la viabilidad de decretar de oficio otra pericia a través del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para que previo al estudio de la historia clínica de la señora DIANA CAMILA GIRALDO CORREA, informe a partir de los registros del historial clínico, si el control de trabajo de parto, se hizo estrictamente acorde con los parámetros indicados en los protocolos correspondientes; y si la crítica condición del recién nacido podría haberse detectado oportunamente a partir de la información obtenida de los parámetros clínicos de control materno fetal.

² Guía Vigilancia del Trabajo de Parto con el Partograma del CLAP/SMR - OPS/OMS - Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia - 2007- Pág 3

³ Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio - Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias - 2013 - Pág 58

MILTON MENA CORDOBA

**ABOGADO ESPECIALISTA
DERECHO ADMINISTRATIVO UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA**

También hay aspectos relevantes a considerar como establecer: ¿Que es, para qué se utiliza y cuáles son las consecuencias de omitir el registro del PARTOGRAMA en el control del trabajo de parto?

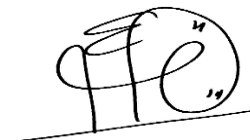
Determinar si en el trabajo de parto de la señora DIANA CAMILA GIRALDO CORREA, ¿el día 13 de enero de 2024 se hizo vigilancia, control y registro de los signos del trabajo de parto mediante el PARTOGRAMA?

La omisión de la estrecha vigilancia, el control y el registro de los signos del trabajo de parto de la señora DIANA CAMILA GIRALDO CORREA, ¿mediante el PARTOGRAMA sugiere que muy probablemente se pasó por alto la oportuna detección de estrés fetal?

En los anteriores términos, dejo expuesta la contradicción del dictamen presentado por la demandada LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ TORO.

De la señora Juez,

Respetuosamente



**MILTON MENA CÓRDOBA
C.C.No.11.796.100 de Quibdó
T.P.No.84820 del C.S. de la J.**