**Testimonio del Dr. Bernardo Tiberio Santander, médico general especialista en obstetricia:**

El Dr. Bernardo Tiberio Santander estaba de turno en la noche cuando recibió a la paciente con diagnóstico de trabajo de parto. El procedimiento se realizó de manera normal, y durante la observación del proceso se confirmó el diagnóstico inicial de trabajo de parto. En horas de la madrugada, se realizó una amniotomía a la paciente, y tras verificar que el líquido amniótico era claro, se procedió a realizar una monitoria fetal. Al no evidenciarse progresos en el trabajo de parto, se decidió iniciar el trámite de remisión a un centro de mayor nivel de atención. El Dr. Santander entregó a la paciente en espera del trámite de remisión.

Al momento de la atención, el Dr. Santander contaba con tres años de experiencia, habiéndose graduado en 2017. Explicó que la amniotomía consiste en romper la bolsa amniótica para permitir que el líquido salga y el feto descienda, facilitando la dilatación del cuello uterino. Sin embargo, al reevaluar a la paciente, no se observó progreso en los cambios cervicales, lo que motivó la decisión de remitirla a un nivel superior.

El caso correspondía a un trabajo de parto estacionario, una situación en la que, a pesar de contar con actividad uterina adecuada y realizarse maniobras como la amniotomía, la paciente no progresa en los cambios cervicales, lo que implica un parto no progresivo. No se realizaron más monitorias fetales posteriores al inicio del parto, aunque la monitoria inicial evidenció un adecuado bienestar fetal. La remisión no se efectuó de inmediato, ya que el proceso es dinámico, y durante el cambio de turno, el especialista determinó que la paciente no sería remitida en ese momento, pasando el caso al siguiente turno.

La amniotomía se realizó como maniobra para confirmar si el trabajo de parto continuaba, y la monitoria fetal corroboró que la vitalidad fetal y la calidad uterina eran normales, sin riesgos evidentes. La paciente presentó una dilatación de 5 cm y un porcentaje de borramiento del 70%. La partograma fue diligenciada por varias personas durante los turnos. No se detectaron anomalías en la paciente ni en el feto, y las monitorias fetales evidenciaron una categoría uno, lo que indica un bienestar fetal adecuado. La cesárea no fue necesaria ni estaba indicada. Las fases del trabajo de parto se desarrollaron dentro de los tiempos esperados para una primigesta, y el procedimiento estuvo respaldado por los protocolos del Ministerio de Salud.

**Testimonio del Dr. Gustavo Perdomo, médico general y especialista en ginecología:**

El Dr. Gustavo Perdomo, quien está vinculado a la Red de Salud del Oriente, atendió a la paciente el 18 de enero de 2020 en la mañana, cuando presentaba actividad uterina regular. Se le indicó deambular. El 19 de enero, al llegar de turno, recibió a la paciente en remisión con 8 cm de dilatación, 90% de borramiento y membranas rotas, ya en fase activa de trabajo de parto. Mientras se realizaba el traslado, el parto progresó y el Dr. Perdomo lo atendió ese mismo día, con un recién nacido vivo a las 9:30 de la mañana.

El parto estacionario se había resuelto, por lo que la orden de remisión fue suspendida. En un trabajo de parto espontáneo, la amniotomía está indicada. No hubo complicaciones, y las monitorias fetales posteriores a la amniotomía arrojaron una categoría uno, indicando bienestar fetal sin desaceleraciones durante las contracciones. El Dr. Perdomo no participó en las maniobras de reanimación, las cuales fueron realizadas por un pediatra, ni en el proceso de intubación del neonato. Aunque se llamó al equipo de emergencia para la reanimación, el Dr. Perdomo no tuvo incidencia en esa atención.

La paciente no cumplía con los parámetros para ser atendida en un centro de nivel superior. En las atenciones iniciales, las ecografías y monitorias no mostraron alteraciones, y la paciente no estaba en trabajo de parto al momento del ingreso. Sin embargo, la paciente fue poco colaboradora durante la fase expulsiva, lo que pudo haber afectado el progreso del parto. No había signos de prolapso del cordón umbilical, y no se indicó la práctica de una cesárea de urgencia.

**Testimonio de la Dra. Nataly Rivera, ginecóloga obstetra:**

La Dra. Nataly Rivera fue la encargada de realizar una reevaluación de la paciente en urgencias el 18 de enero de 2020. La paciente se encontraba en fase de preparto con salida de líquido amniótico, sin ningún hallazgo negativo en ese momento. Se indicó que su atención de parto sería en la institución al completar las 42 semanas de gestación, y que, si no iniciaba el parto espontáneo para el 20 de enero, debería ser remitida a un nivel superior para inducir el parto.

La orden de parto en nivel uno se basó en diversos factores, como la edad de la paciente, el número de embarazos previos, la edad gestacional y la hemoglobina. Aunque el embarazo fue catalogado como de alto riesgo, no existían contraindicaciones para realizar el parto en un hospital de primer nivel. La conducta clínica se basó en la resolución del Ministerio de Salud, que indicaba que la paciente no cumplía con criterios como ser mayor de 39 años, haber tenido más de 4 embarazos, obesidad, anemia o complicaciones en embarazos previos, para ser remitida a un nivel superior.

Se revisó la hemoglobina de la paciente, sin que se reflejara anemia durante su gestación. Si la paciente alcanzaba las 41 semanas, se debía inducir el parto. El diagnóstico inicial de "falso trabajo de parto" es una clasificación utilizada en el código internacional de diagnóstico para describir un preparto sin signos clínicos claros de trabajo de parto. El egreso de la paciente se realizó ante la ausencia de un trabajo de parto franco y sin indicios para una hospitalización inmediata.