



Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos*

Knowledge of humanized childbirth in Colombian residents and gynecologists.

Adriana Patricia Farías-Vela,¹ Luisa Fernanda Capera-López,¹ Diana Marcela Díaz-Quijano,² Sofía Ortiz-Zornosa,³ María C Restrepo-Guarnizo,³ Olga Isabel Restrepo-Castro⁴

***Nota del editor:** La expresión “parto humanizado” puede dar pie a interpretaciones que no necesariamente correspondan a lo que en realidad se desea transmitir. El mensaje para quienes atienden partos se limita a señalar que la atención obstétrica siempre deberá ser respetuosa y digna.

Resumen

OBJETIVO: Identificar, mediante una encuesta, el conocimiento de especialistas y residentes de Ginecología y Obstetricia de los beneficios de la atención respetuosa y digna a la paciente en el momento del parto.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo efectuado en una muestra de ginecoobstetras y residentes de diferentes universidades e instituciones de Colombia a quienes se aplicó, entre los meses de diciembre de 2021 a agosto de 2022, un instrumento estructurado de manera individual, presencial o virtual.

RESULTADOS: Se obtuvieron 343 respuestas. El 51% de la muestra fue de especialistas con más de dos años de experiencia. El 37.2% de los residentes cursaba el tercer y 20.2% el segundo año. Más de la mitad de los encuestados no recibió ni recibe educación del tema. Se identificó un vacío en el conocimiento y su implementación. La totalidad de la muestra no reconoció algún beneficio materno o neonatal. El 86.3% consideró que no existe contraindicación para la implementación del parto digno y respetuoso y el 94.8% manifestó una correlación entre la desinformación y su baja implementación. El 69.4% de la muestra conocía y ponía en práctica el plan de parto en su práctica diaria.

CONCLUSIONES: De la muestra analizada se concluye que hay desinformación acerca de los beneficios maternos y neonatales del parto digno y respetuoso por parte de residentes y especialistas de Ginecología y Obstetricia. Por lo tanto, es necesario aumentar los contenidos del tema a los programas de educación. Además, estandarizar los protocolos ajustados que faciliten su ejecución e implementación.

PALABRAS CLAVE: Embarazo; parto digno; cuestionarios; ginecólogos; obstetras; Colombia; desinformación.

Abstract

OBJECTIVE: To identify, by means of a survey, the knowledge of specialists and residents in Gynaecology and Obstetrics of the benefits of respectful and dignified care for the patient at the time of delivery.

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia.

² Epidemióloga, Magíster en Epidemiología clínica, doctora en Salud pública.

³ Estudiante de Medicina, semillero salud sexual y procreativa.

⁴ Ginecoobstetra, Magíster en Bioética. Universidad De La Sabana, Chía, Colombia.

ORCID

0000-0002-1843-091X

0000-0002-2973-3262

0000-0002-3744-3003

0000-0001-8804-0274

0000-0002-6362-0114

0000-0002-1414-2072

Recibido: diciembre 2022

Aceptado: febrero 2023

Correspondencia

Olga Isabel Restrepo Castro
olga.restrepo@unisabana.edu.co

Este artículo debe citarse como:

Farías-Vela AP, Capera-López LF, Díaz-Quijano DM, Ortiz-Zornosa S, Restrepo-Guarnizo MC, Restrepo-Castro OI. Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (5): 299-306.

NUEVO

BOLT 36®

Tadalafil

Tx DISFUCIÓN ERÉCTIL¹

PRESENTACIÓN GEL ORAL



Presentaciones:¹
Caja con 2 y 8 sobres

Efectivo desde los
16 minutos y hasta por
+36 horas^{1,2}



Referencias: 1. Información para prescribir Bolt 36® 2. Correa M. Los inhibidores de la fosfodiesterasa en el tratamiento de la disfunción sexual eréctil. Rev Cub Med Mil 2010;39(3-4)

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx

Reg. Núm: 208M2020 SSA IV

Aviso de publicidad No. 213300202C1691

IPP Bolt 36®



LIOMONT

MATERIALS AND METHODS: Observational, descriptive, cross-sectional, and prospective study carried out on a sample of obstetrician-gynecologists and residents from different universities and institutions in Colombia to whom a structured instrument was applied individually, in person or online, between December 2021 and August 2022.

RESULTS: 343 responses were obtained. Fifty-one percent of the sample were specialists with more than two years of experience. 37.2% of the residents were in their third year and 20.2% were in their second year. More than half of the respondents did not and do not receive any education on the subject. A gap in knowledge and implementation were identified. The entire sample did not recognize any maternal or neonatal benefit. 86.3% considered that there is no contraindication to the implementation of respectful and dignified childbirth and 94.8% expressed a correlation between misinformation and low implementation of respectful and dignified childbirth. 69.4% of the sample were aware of and implemented the birth plan in their daily practice.

CONCLUSIONS: From the sample analyzed, it is concluded that there is misinformation about the maternal and neonatal benefits of dignified and respectful childbirth on the part of Gynaecology and Obstetrics residents and specialists. Therefore, it is necessary to increase the content of the subject in education programs. In addition, it is necessary to standardize adjusted protocols that facilitate their execution and implementation.

KEYWORDS: Pregnancy; Dignity in childbirth; Questionnaires; Gynecologists; Obstetricians; Colombia; Misinformation.

ANTECEDENTES

El parto, con el debido acompañamiento continuo de la madre, con libertad de movimiento y posición, con ingesta de líquidos y alimentos, con restricción a la rutina de la episiotomía, rasurado, enemas, amniotomía de rutina y tactos múltiples se ha dado por denominarlo "humanizado". En realidad, se trata de las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asegurar la atención de la maternidad de forma respetuosa, digna, privada, en ausencia de daños y malos tratos.¹⁻⁴

Pese a que esta es una práctica recomendada por la OMS, aún se encuentran barreras y limitaciones para su debida implementación: infraestructura inadecuada en los centros de atención, falta de acceso al control prenatal y

a los cursos de preparación para la maternidad, personal asistencial insuficientemente capacitado y profesionales con conocimiento escaso acerca de los beneficios maternos y neonatales de una atención respetuosa y digna.⁵

En Colombia, la reglamentación del parto humanizado se inició con el Proyecto de Ley 0.63 del 2017⁶ en donde se establecen los derechos de la mujer a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, conciencia y respeto, con el objetivo de reducir la mortalidad materna. El 11 de julio del 2022 se estableció la Ley 2244 "Ley de parto digno, respetado y humanizado" que establece el derecho de toda mujer a tener un parto con respeto y digno, que cumpla con los seis puntos de la práctica clínica con el objetivo de aumentar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas y reconocer los derechos de los recién nacidos en todo el



territorio nacional para disminuir la morbilidad y mortalidad materna-perinatal.⁷

Los datos referentes a los beneficios de los desenlaces en las madres y sus recién nacidos derivados de la implementación del parto con respeto y dignidad son claros.⁸⁻¹¹ Algunos desenlaces maternos y neonatales documentados son: menor requerimiento de analgesia y oxitocina durante el trabajo de parto, mejor puntuación Apgar y menor necesidad de ingreso a cuidados neonatales.¹²

El objetivo de esta investigación fue: Identificar, mediante una encuesta, el conocimiento de especialistas y residentes de Ginecología y Obstetricia de los beneficios de la atención respetuosa y digna en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo efectuado en una muestra de ginecobióstetas y residentes de diferentes universidades e instituciones de Colombia a quienes se aplicó, entre los meses de diciembre de 2021 a agosto de 2022, un instrumento estructurado de manera individual, presencial o virtual. La encuesta constó de preguntas obtenidas de diferentes artículos; por medio de una prueba piloto se efectuó la validación de apariencia. El muestreo fue por conveniencia. *Criterios de inclusión:* residentes de cualquier año de la especialización en Ginecología y Obstetricia de las facultades de Medicina y especialistas en Ginecología de Colombia. *Criterio de exclusión:* quienes no aceptaron firmar el consentimiento informado.

La encuesta se levantó en diferentes congresos de Ginecología y Obstetricia de forma individual, presencial y virtual y en los distintos hospitales de práctica clínica durante el periodo mencionado.

El instrumento constó de 23 preguntas cerradas que incluyeron: variables sociodemográficas,

conocimiento de la asociación entre la implementación del parto con respeto y dignidad (humanizado) y los desenlaces maternos y perinatales, relación entre el desconocimiento de las ventajas del parto con respeto y dignidad y su baja implementación, variables de educación formal y continuada en relación con el parto humanizado y las contraindicaciones para su implementación.

Se formularon preguntas directas para evitar respuestas inducidas. Se evitaron preguntas ambiguas y se usó un lenguaje técnico, acorde con el grado de escolaridad de los profesionales entrevistados.

Se cuidó el orden lógico para evitar confundir al encuestado y así describir el conocimiento más general, hasta los puntos más específicos del parto humanizado.

Se formularon preguntas de las asociaciones positivas de desenlaces maternos y perinatales con la implementación del parto humanizado, el conocimiento del plan de atención en la finalización del embarazo, la relación entre el desconocimiento de los beneficios y su baja implementación, la incurrencia en violencia obstétrica y el balance entre los riesgos y beneficios del parto humanizado. **Cuadros 2 y 3**

Se hizo un análisis descriptivo, mediante frecuencias absolutas y relativas, de las variables cualitativas. Se utilizó el programa Excel.

Previo al diligenciamiento de la encuesta se firmó un consentimiento informado para la participación en el estudio y la confidencialidad de la información. No fue necesaria la aprobación por un comité de ética debido a la clasificación sin riesgo, según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. No se llevó a cabo una intervención que afectara la salud, ni se tomaron datos personales de historias clínicas.

RESULTADOS

Se incluyeron 343 participantes; el 48.9% (n = 167) eran residentes de Ginecología y Obstetricia y el resto especialistas con más de dos años de experiencia y sin alguna otra especialidad. La mayoría (n = 218) eran mujeres (63.6%).

Cuadro 1

En relación con el área de mayor desempeño del ejercicio profesional el 72.9% (n = 250) refirió mayor tiempo en Obstetricia y Perinatología, el 13.1% (n = 45) en Ginecología, el 8.5% (n = 29) en Cirugía ginecológica, el 4.1% (n = 14) en Ecografía y el 1.5% (n = 5) Oncología.

El 30.6% (n = 105) de los participantes desconocía el plan de parto humanizado. De acuerdo

Cuadro 1. Características de la población

PREGUNTAS	
Año de residencia	
1	20.2% (n = 34)
2	21% (n = 36)
3	39.9% (n = 67)
4	18.5% (n = 31)
Años de experiencia	
>2 años	93.3% (n = 165)
<2 años	6.7% (n = 12)
Duración del programa de formación	
3 años	54.2% (n = 186)
4 años	45.8% (n = 157)
Sexo	
Femenino	63.6% (n = 218)
Masculino	36.4% (n = 125)
Segunda especialidad	
Sí	16% (n = 55)
No	84% (n = 288)
Atención de partos en práctica habitual	
Sí	87.2% (n = 299)
No	12.8% (n = 44)

Cuadro 2. Conocimientos del parto humanizado

PREGUNTAS	
¿Considera que existe una asociación positiva entre la implementación del parto humanizado y la mejoría de resultados maternos y fetales?	
Sí	96.5% (n = 331)
No	3.5% (n = 12)
¿Conoce e implementa el plan de parto en su práctica diaria?	
Sí	69.4% (n = 238)
No	30.6% (n = 105)
¿Considera que hay relación entre el desconocimiento de los beneficios del parto humanizado y su baja implementación?	
Sí	94.8% (n = 325)
No	5.2% (n = 18)
¿Considera que la no implementación del parto humanizado incurre en violencia obstétrica?	
Sí	60.3% (n = 207)
No	39.7% (n = 136)
¿Cree que al implementar la atención del parto humanizado los riesgos obstétricos superan los beneficios?	
Sí	26.5% (n = 91)
No	73.5% (n = 252)
¿Considera alguna contraindicación para la implementación del parto humanizado?	
Sí	13.7% (n = 47)
No	86.3% (n = 296)

con los encuestados, la no implementación del parto humanizado se relacionó en el 27.4% con la infraestructura institucional limitada, el 21.3% con el gran volumen de pacientes en trabajo de parto, el 12.5% con la disponibilidad de tiempo limitada, el 8.7% con el desconocimiento de las ventajas del parto humanizado, el 4.7% al nivel de atención de la institución donde labora y 4.4% a la prolongación de las fases del trabajo de parto.

El 86.3% (n = 296) de los encuestados consideró que no existen contraindicaciones para la implementación del parto humanizado, el 13.7% (n =



Cuadro 3. Conocimiento de los beneficios neonatales y maternos al implementar el parto humanizado

PREGUNTAS	
¿Cuál o cuáles de los siguientes resultados neonatales mejora cuando se implementa el parto humanizado?	
Contacto piel a piel	70.8% (n = 243)
Lactancia materna exclusiva	58.3% (n = 200)
Puntuación APGAR	48.7% (n = 167)
Menor ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales	37.9% (n = 130)
Adecuado pH del cordón umbilical	19.2% (n = 66)
¿Cuál o cuáles de los siguientes resultados maternos mejora cuando se implementa el parto humanizado?	
Disminución de la tasa de cesáreas	75.2% (n = 258)
Menor necesidad de analgésicos durante el trabajo de parto	56.6% (n = 194)
Menor requerimiento de oxitocina en el trabajo de parto	40.8% (n = 140)
Menor tiempo del trabajo de parto	36.2% (n = 124)
Menor requerimiento de ruptura artificial de membranas	35.3% (n = 121)

47) restante refirió como contraindicaciones las condiciones de las madres o fetos de alto riesgo, urgencia obstétrica, infraestructura y personal con capacitación limitada, falta de protocolo estandarizado para la atención del parto humanizado y costos elevados para las instituciones prestadoras de salud.

El 90.1% (n = 309) de los encuestados afirmó que los especialistas y residentes de Ginecología y Obstetricia, el personal de enfermería y la parteras deben poner en práctica el parto humanizado.

En referencia a la educación continuada, relacionada con las ventajas para las madres y fetos del parto humanizado, el 51.3% (n = 176) de los encuestados no la había recibido. El 62.4% (n = 214) negó que este tema haya sido o sea parte del contenido curricular de la institución donde se formó o se forma como especialista.

Por último, el 60.3% (n = 207) de los encuestados consideró que la no implementación del parto humanizado incurre en una atención obstétrica alejada de las buenas costumbres.

DISCUSIÓN

Los inicios del parto humanizado (digno y respetuoso) datan de 1985, en la reunión de Fortaleza, Brasil, a propuesta de la Oficina Regional Europea de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, la Oficina Regional de la OMS para las Américas y más de 50 expertos de diferentes disciplinas. En ese foro se discutió la adopción unánime de las recomendaciones generales para la atención del parto; se estableció que todas las mujeres tienen derecho a una atención prenatal adecuada y a participar en la planificación, ejecución y evaluación de la atención del parto.¹² En el 2018 la OMS publicó “Las recomendaciones generales para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” en donde se hace referencia a los problemas e identificación de las prácticas más comunes utilizadas para mejorárlas y llevar a cabo un parto sin complicaciones en los diferentes niveles de atención en apego a los derechos humanos.¹ Fue así como se introdujo el concepto de parto digno y respetuoso (humanizado) como un modo de atender la finalización del embarazo en donde se de prioridad a la voluntad de la mujer con respeto a sus tiempos fisiológicos y personales que se den de la forma más natural posible y siempre acompañados de sus familiares.³ La OMS establece que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto durante el parto pueden constituir una violación a los derechos humanos fundamentales de las mujeres.¹³ Es así como a partir de lo expuesto se denota la importancia de estudiar el conocimiento en torno del parto digno y respetuoso y las razones que justifican, o no, su implementación.

En múltiples estudios se ha demostrado que la atención digna y respetuosa en la finalización del

embarazo se refleja en una serie de beneficios maternos y neonatales: menores requerimiento de oxitocina, ruptura de membranas, necesidad de analgesia epidural, tasa de cesáreas no programadas y de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Mejores: tasa de partos eutópicos, Apgar al minuto y a los 5 minutos y pH del cordón umbilical.⁸⁻¹¹ A pesar de la evidencia que respalda las ventajas del parto digno y respetuoso, ninguna de ellas fue reconocida por la muestra de especialistas y residentes encuestados. Las ventajas más conocidas fueron: la disminución de la tasa de cesáreas y el aumento del contacto piel a piel con un 75.2 y 70.8%, porcentajes que evidencian un vacío en el conocimiento acerca del tema, de los beneficios y consecuencias de no llevarlo a la práctica.

En relación con el conocimiento del parto digno y respetuoso (humanizado) se encontró poca bibliografía que lo hubiera evaluado por parte de residentes y ginecoobstetras.^{14,15} La mayoría de la muestra afirmó no haber recibido educación continuada del tema, de ahí su baja implementación. Algunas de las limitaciones consideradas por la muestra para la implementación del parto digno y respetuoso fueron: las condiciones maternas o fetales de alto riesgo, urgencia obstétrica, infraestructura, personal debidamente capacitado limitado, falta de protocolo estandarizado para la atención de un parto humanizado y costos elevados para las instituciones prestadoras de salud. Pese a esto, más de la mitad de la muestra consideró que no existen contraindicaciones para que la finalización del embarazo se asuma como un procedimiento que debe ser digno y respetuoso de la mujer y su recién nacido.

Como parte de la evidencia se han visto facilitadores o barreras para la atención digna y respetuosa del parto. Entre los facilitadores se encontraron: un modelo de cuidado centrado en la familia por parte de la institución y profesionales, contar con un ambiente adaptado para

la atención digna y respetuosa de la paciente que acude para la atención de la finalización de su embarazo. Entre las barreras más citadas se evidenciaron: la escasez de profesionales de la salud con conocimiento del tema, la falta de comunicación entre los profesionales, y la gran cantidad de practicantes y profesionales de la salud en la atención de un parto que derivan en falta de privacidad y continuidad del cuidado.⁵ Al contrastar estos desenlaces con las limitaciones indicadas por la muestra resalta la necesidad de las adecuaciones para un parto digno y respetuoso por parte de las instituciones y personal asistencial.

Se hace evidente, por la opinión de toda la muestra, que el volumen de pacientes, las carencias de infraestructura para un adecuado servicio y de personal para cubrir las necesidades de la atención integral de las pacientes son factores limitantes para el parto digno y respetuoso en Colombia. La falta de su implementación se debe a las carencias del conocimiento de sus ventajas para la madre y el neonato del parto humanizado, explicado por la falta de contenido curricular en las instituciones de educación superior para los residentes y en los hospitales de práctica para los especialistas en Ginecología y Obstetricia.

En otros estudios en donde se ha aplicado un cuestionario tipo encuesta y técnica de grupos focales para describir el conocimiento en relación del parto digno y respetuoso por parte de los ginecoobstetras y otro personal de salud, sin mención de residentes, se evidenció que 50% de los encuestados tenían un alto nivel académico acerca del conocimiento de la atención digna y respetuosa de la paciente en trabajo de parto; sin embargo, solo el 29.2% del total de las prácticas implementadas estudiadas correspondían a las de un parto con dignidad y respeto. Concluyeron que las prácticas relacionadas con la atención del parto no solo están determinadas por conocimientos y actitudes sino también por condiciones de infraestructura, gestión de salud



y relación interprofesional, como se evidencia también en los desenlaces de este artículo. Al contrastar los dos artículos queda claro que solo el nivel de conocimiento no es suficiente para su práctica completa.¹⁴ También es necesaria la concientización de la atención con respecto y con dignidad en niveles tempranos de formación, una estructura adecuada y un plan de cómo ejecutarlo y el compromiso individual de cada especialista.¹⁶

El estudio tiene limitaciones. El muestreo fue por conveniencia debido a la dificultad de llegar a las diferentes ciudades y partes del país, además de las pocas publicaciones acerca del conocimiento de residentes y especialistas que facilitaran la metodología, creación e implementación del instrumento. No obstante, a pesar de que la muestra no fue representativa respecto al total de residentes y ginecólogos de todo el país, se obtuvieron respuestas de la mayoría de las ciudades de Colombia y de especialistas y residentes que pudieron generar un conocimiento global respecto al tema estudiado.

En Colombia existe, a partir del 11 de julio del 2022, la ley 2244 “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”. Esta ley establece, por primera vez en Colombia, el derecho de toda mujer a tener un parto con respeto y digno, previa exposición de su plan.⁷ Se encontró que el 69.4% de la muestra conocía e implementa el plan; sin embargo, con el establecimiento de esta ley se hizo obligatoria la aplicación de este instrumento como parte de la atención digna, respetuosa y humanizada del parto por parte de todo el personal de salud implicado en el proceso.

CONCLUSIONES

Este estudio expone la situación actual del conocimiento de las ventajas para la madre y su

hijo del parto respetuoso y digno por parte de un grupo de actores principales en este proceso. Es importante fomentar su práctica para mejorar el conocimiento y, de esta forma, aumentar la implementación del parto digno y respetuoso.

Se sugiere la actualización de protocolos institucionales, la aplicación del plan de parto personalizado, incluir educación del mismo en el pregrado, posgrado, especialistas y personal de la salud debido a la importancia y obligatoriedad del tema. También se requiere el compromiso de los profesionales de la salud y las instituciones para construir escenarios equitativos que contribuyan a la salud integral de la mujer.

Existen otras limitaciones para la implementación del parto humanizado, como la infraestructura y las condiciones institucionales. Por lo anterior se hace necesario el diseño de protocolos estandarizados y ajustados a cada nivel de atención que faciliten su práctica en los ámbitos regional y nacional.

Se sugiere, con base en la información aportada, emprender estudios de mayor evidencia: controlados y con asignación al azar, que permitan comparar y cuantificar los distintos desenlaces de la implementación del parto digno y respetuoso en Colombia, según los diferentes niveles de atención en salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de La Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: OMS, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
2. Fundación Juan Vives Suriá, Defensoría del Pueblo. El parto y nacimiento humanizado como un derecho humano un desafío para la transformación social, 2012. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37546.pdf>
3. Jiménez-Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev Univ

- Ind Santander Salud 2018; 50 (4): 320-27. <http://dx.doi.org/10.18273/reval.v50n4-2018005>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Materno y recién nacido Unidad de Salud / Maternidad Segura. Cuidados en el parto normal: una práctica Guía. Ginebra, Suiza: OMS, 1996. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
5. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, et al. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health* 2011; 53-11. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/53>
6. Proyecto de Ley 063 del 2017 Congreso de la República de Colombia. 2017. <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/903-proyecto-de-ley-063-de-2017>
7. Ley No. 2244 "Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de "parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado". 2022. Congreso de la República de Colombia. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202244%20DE%2011%20DE%20JULIO%20DE%202022.pdf> 24 de Julio 2022
8. Hidalgo-Lopezosa, P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2017; 25: e2953. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>
9. Hidalgo-Lopezosa, P, Cubero-Luna, A. M, Jiménez-Ruz, A, et al. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in southern spain: A case-control study. *Int J Environ Research Public Health* 2021; 18 (2): 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>
10. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013; 38 (3):150-6. <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0b013e31827ea97f>
11. Hadar E, Odded R, Gal Bracha, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *Informa Health Care* 2012; 25 (10): 2055-57. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.678438>
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Fortaleza, Brazil. Lancet, 1985. <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
13. Organización Mundial de La Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS. 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spap.pdf
14. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del Hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016. URL:<https://hdl.handle.net/20.500.12672/4741>
15. Silva RC, Soares MC, Muniz RM, Andrade FP, Torres AAP, Gomes V. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. *Enferm Glob* 2011; 10 (24): 331-41. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400025>
16. Cáceres-Manrique F de M, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2017; 68 (2): 128-34. <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>

NUEVO

BOLT 36®

Tadalafil

Tx DISFUCIÓN ERÉCTIL¹

PRESENTACIÓN GEL ORAL



Presentaciones:¹
Caja con 2 y 8 sobres

Efectivo desde los
16 minutos y hasta por
+36 horas^{1,2}



Referencias: 1. Información para prescribir Bolt 36®. 2. Correa M. Los inhibidores de la fosfodiesterasa en el tratamiento de la disfunción sexual eréctil. Rev Cub Med Mil 2010;39(3-4)

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx

Reg. Núm: 208M2020 SSA IV

Aviso de publicidad No. 213300202C1691

IPP Bolt 36®



LIOMONT