

**ASPECTOS QUE LAS MUJERES CONSIDERAN IMPORTANTES EN
LA ATENCIÓN DEL PARTO EN DIVERSAS REGIONES DEL MUNDO**

**Daniela Valbuena Ospina
Silvia Valentina Monsalve Rico
Laura Tatiana Páez Robles
María Paula Berbesi Ramírez
María José Chaparro Guayara
Jair Eduardo Trujillo Miranda**

**Universidad el Bosque
Facultad de Medicina
Medicina
Bogotá, Colombia
2021**

Aspectos importantes para las mujeres en la atención
del parto en diversas regiones del mundo

Valbuena O.D., Monsalve R.S.V., Páez R.L.T.,
Berbesi R.M.P, Chaparro.G.M.J, Trujillo M.J.E

ASPECTOS IMPORTANTES PARA LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN DIVERSAS REGIONES DEL MUNDO

**Daniela Valbuena Ospina
Silvia Valentina Monsalve Rico
Laura Tatiana Páez Robles
María Paula Berbesi Ramírez
María José Chaparro Guayara
Jair Eduardo Trujillo Miranda**

Director: Dr. Andrés Felipe Cañón Crespo

Trabajo de grado para optar por el título de médico cirujano

**Universidad el Bosque
Facultad de Medicina
Medicina
Bogotá, Colombia
2021**



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos:

A todos los integrantes de este equipo, junto con los que hemos logrado con esfuerzo y dedicación este trabajo, a la Universidad el Bosque quienes dispusieron este espacio de crecimiento académico, nos brindaron su apoyo en todo el proceso y brindaron los recursos para búsqueda de información, a nuestro tutor quien pacientemente nos acompañó, aconsejó y corrigió en este proceso, a nuestros padres que nos han acompañado en cada paso de este camino y a nuestras mascotas que nos acompañaron en cada traspasada, nos brindaron calor y alegría, por último a cada una de las personas que nos apoyaron e hicieron posible que este proyecto se realizara con éxito.

Dedicatoria:

Este trabajo está dedicado a nuestros padres y abuelos quienes con esfuerzo y dedicación nos han llevado al lugar al que hemos llegado y nos dieron las bases para ser quienes somos hoy en día, a quienes nos han acompañado y apoyado en el desarrollo de la carrera, con amor y paciencia, empujándonos a cumplir este sueño con valentía y esfuerzo. Gracias por formarnos como las personas que somos, la parte fundamental de los médicos que seremos.

Tabla de contenido

Descripción del problema.....	10
Pregunta problema.....	133
Justificación.....	144
Objetivos.....	166
General	166
Específicos	166
Marco teórico.....	177
Estrategias para mejorar la atención del parto	188
Recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva.....	211
Metodología.....	255
Resultados.....	29
Resultados cualitativos.....	387
Necesidades relacionadas con la infraestructura o los recursos de los centros de atención.....	444
Necesidades relacionadas con el talento humano en salud.....	444
Necesidades relacionadas con la cultura y prácticas sociales de las mujeres.....	465
Necesidades relacionadas con el soporte social y económico.....	465
Necesidades para mantener y promover una adecuada salud mental y emocional durante el parto.....	466
Resultados cuantitativos	477
Necesidades relacionadas con la infraestructura o los recursos de los centros de atención.....	521
Necesidades relacionadas con el talento humano en salud.....	521
Necesidades relacionadas con la cultura y prácticas sociales de las mujeres.....	522

Necesidades relacionadas con el soporte social y económico.....	533
Necesidades para mantener y promover una adecuada salud mental y emocional durante el parto.....	544
Discusión.....	555
Bibliografía.....	¡Error! Marcador no definido.68

Listado de tablas

Tabla 1. Estrategia PICO, términos MeSH y palabras clave usadas en la búsqueda.....	pág. 26
Tabla 2. Palabras clave.....	pág. 27
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.....	pág. 28
Tabla 4. Características generales de los estudios incluidos.....	pág. 33
Tabla 5. Aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto de los estudios incluidos por categorías – resultados cualitativos.....	pág. 39
Tabla 6. Aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto de los estudios incluidos por categorías – resultados cuantitativos.....	pág. 48

Listado de Gráficos

Gráfico 1. Flujoograma búsqueda y recuperación de artículos.....	pág. 30
--	---------

Resumen

La experiencia positiva de parto es una estrategia que nace en respuesta a los hechos de Violencia Obstétrica que se han descrito en las practicas medicas hacia las mujeres sobre todo en el trabajo de parto, parto y puerperio, sin embargo, esta estrategia aún no tiene definidos los factores que llevan a la misma en las mujeres alrededor del mundo. En este trabajo, se analizan los aspectos que las mujeres de diferentes regiones del mundo consideran importantes en la atención del parto para hacer de este una experiencia positiva, se realizan comparaciones para identificar similitudes y diferencias y se consolidan los hallazgos más importantes, teniendo en cuenta sus necesidades específicas a partir de sus particularidades socioeconómicas y culturales. Se definieron como métodos de búsqueda 2 algoritmos a base de términos MeSH los cuales se utilizan en las bases de datos PubMed y Lilacs, dando como resultado 15 artículos seleccionados para esta revisión de la literatura, publicados entre 2009 y 2021. Estos textos abarcan 11 países de América, Europa y Asia. La información obtenida se clasificó según estudios cualitativos y cuantitativos identificando necesidades según distintas categorías como infraestructura y recursos en centros de atención, talento humano en salud, soporte social y económico y promoción de salud mental y emocional. Se identificó que las necesidades de las mujeres deben ser abordadas como algo particular y variable de mujer a mujer y también entre las diferentes regiones según sus creencias y nivel socioeconómico. Las similitudes más importantes encontradas son la necesidad de un rol activo de las mujeres que les otorgue propiedad en su proceso de parto, el personal empático y comunicador y el respeto de las prácticas socioculturales a nivel individual. Sin embargo, esto no es un patrón absoluto ya que pueden surgir

necesidades nuevas en cada mujer. Se recomienda la profundización en este tema en regiones como África y Oceanía para reunir recomendaciones aplicables a la población general.

Palabras clave: Experiencia de parto positiva, Necesidades, Continentes Similitudes, Diferencias.

Abstract

The positive childbirth experience is a strategy that was born in response to the facts of Obstetric Violence that have been described in medical practices against women, especially in labor, delivery, and the puerperium. However, this strategy has not yet been defined the factors that lead to it in women around the world. In this study, the aspects that women from different regions of the world consider important in childbirth care to make this a positive experience are analyzed, comparisons are made to identify similarities and differences and the most relevant findings are consolidated, considering their specific needs based on their socioeconomic and cultural particularities. Two algorithms based on MeSH terms were defined as search methods, which are used in PubMed and Lilacs databases, resulting in 15 articles selected for this literature review, published between 2009 and 2021. These texts cover 11 countries from America, Europe, and Asia. The information obtained was classified according to qualitative and quantitative studies, identifying needs according to different categories such as infrastructure and resources in care centers, human talent in health, social and economic support, and promotion of mental and emotional health. It was recognized that the needs of women must be addressed as something particular and variable from woman to woman and also between the different regions according to their beliefs and socioeconomic level. The most important similarities found are the need for an active role for women that gives them ownership in their birth process, empathic and communicative staff, and respect for sociocultural practices at the individual level. However, this is not an absolute pattern because new needs may arise in each

Aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto en diversas regiones del mundo

Valbuena O.D., Monsalve R.S.V., Páez R.L.T., Berbesi R.M.P, Chaparro.G.M.J, Trujillo M.J.E

woman. It is recommended to delve into this topic in regions such as Africa and Oceania to gather recommendations applicable to the general population.

Keywords: Positive childbirth experience, Needs, Continents Similarities, Differences.

Descripción del problema

La experiencia positiva de parto es una estrategia que nace en respuesta a los hechos de Violencia Obstétrica que se han descrito desde el siglo pasado dentro de las prácticas clínicas rutinarias, sobre todo con las mujeres en el trabajo de parto, parto y puerperio.¹⁻³ Para esta problemática que involucra a muchas mujeres alrededor del mundo, se han planteado distintas estrategias que aborden la situación y estén dirigidas a la disminución de la incidencia de estas acciones, y su reemplazo por aquellas intervenciones que lleven a una experiencia positiva de parto.

La falta de estandarización de la VO es en parte debida a las distintas formas de presentación dependientes del contexto de cada mujer, y eso se refleja en la inexistencia de puntos de referencia mundialmente aceptados para la medición de este flagelo.^{4,5} Comparando Latinoamérica, Norteamérica, África, Asia y Europa se hacen evidentes las diferencias. Mientras que para Norteamérica y Europa el principal problema es la medicalización del proceso (Cesáreas, episiotomías y oxitocina), para África, Latinoamérica y Asia la principal problemática es la falta de comunicación y la imposibilidad de ser autónomas y tomar decisiones⁶⁻¹⁶. La presentación de la VO genera múltiples consecuencias tanto físicas como psicológicas. Entre ellas se encuentran ruptura uterina, laceración perineal, muerte perinatal,⁸ dispareunia, incontinencia urinaria,⁴ trauma emocional, trastorno de estrés postraumático,^{8,17} ansiedad,¹⁸ depresión post parto,⁵ insomnio y la desconfianza a los entes médicos.⁸

Debido a lo anterior y como respuesta a la problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con su oficina para América, la Organización Panamericana de Salud (OPS), ha propuesto la experiencia de parto positiva, definida como “Aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer.”, en la que se propone contar con un entorno seguro, apoyo físico y emocional, trato amable y empático, cuidados

profesionales (en cuanto a experiencia y conocimientos), bienestar de la mujer y del bebé.¹⁹

Los autores de este escrito consideran que el concepto de experiencia positiva en el parto debe ser individualizado al contexto y necesidades propias de cada mujer, de manera que no se puede tomar esta descripción como una verdad absoluta, que satisface a todas las mujeres en todos sus embarazos.

Con esta definición en mente la OMS publicó un documento con recomendaciones y estrategias para intentar disminuir la VO e impulsar las experiencias positivas de parto. El documento plantea 56 recomendaciones encaminadas a brindar una base para una experiencia de parto positiva aplicable a gran escala alrededor el mundo que se pueden agrupar en aquellas dirigidas a mejorar el acompañamiento de las mujeres por parte del personal de salud, la entrada de familiares o de la partera al momento del parto y la posibilidad de que ella escoja la posición del parto.¹⁹ La finalidad de este conocimiento de esas recomendaciones va encaminada a mejorar su percepción del parto, de manera que se obtengan experiencias positivas y no solo una práctica estándar libre de maltrato.²⁰

Sin embargo, en diversos contextos ha sido difícil la implementación de estas recomendaciones, ya que esto depende no solo de los recursos propios de las regiones, sino también de sus políticas, la educación del personal y otras características culturales de cada una. Esto es aún más relevante en países de ingresos medios bajos debido a las barreras socioculturales (inequidad de género, violencia, inseguridad, etc.) y económicas (salarios bajos e irregulares, ausencia de soporte, etc.) que dificultan la atención de calidad.²¹ Además del contexto sociocultural y económico, las características propias de las instituciones también representan barreras.²²⁻²⁴

Por tanto, el documento de la OMS plantea una guía general que debe ser adaptada a cada lugar y tipo de paciente, lo que implica que cada intervención guiada por estas

recomendaciones debe adaptarse y reflejar el contexto y metas de cada nación y debe tener en cuenta las capacidades, limitaciones y necesidades propias de cada territorio y cada mujer.²⁰

Si se comparan varios continentes como África, Latinoamérica y Asia, se pueden encontrar necesidades comunes para obtener una experiencia positiva de parto, como la confianza en el personal, suficiente información acerca del parto, trato respetuoso por parte del personal médico y apoyo por parte del personal de salud. Sin embargo, presentan también ciertas diferencias, en África hacen énfasis en el contacto piel a piel con el recién nacido, en Latinoamérica y Asia hacen énfasis en el acompañamiento familiar durante el parto.^{8,25,26}

Esto último representa el problema central de este texto, puesto que, aunque se reconozca la heterogeneidad entre las necesidades de las mujeres para tener una experiencia positiva de los mismos, se desconocen las diferencias o similitudes sobre los aspectos que ellas consideran más importantes durante una atención adecuada del trabajo de parto, parto y puerperio en diversas regiones del mundo, que permitan aplicar y ajustar las recomendaciones de la OMS de manera más adecuada e individualizada a cada contexto (hablando de cada territorio y mujer).

Pregunta problema

¿Cuáles son las diferencias o similitudes sobre los aspectos que las mujeres consideran más importantes en la atención adecuada del trabajo de parto y parto que llevan a una experiencia de parto positiva en diversas regiones del mundo?

Justificación

La presente investigación se enfocará en identificar las necesidades de las mujeres en diferentes contextos socioculturales en referencia a la atención adecuada del trabajo de parto y parto. Esto debido a que existe una amplia incidencia de VO en el contexto de las prácticas institucionales en el sistema de salud y aun no se tiene como objetivo el fomentar la experiencia positiva de parto y la satisfacción de las necesidades individuales de cada mujer. De manera específica en Colombia la norma técnica para la atención del parto aun no las contempla.^{27,28}

Sumado a lo anterior, las recomendaciones dadas para lograr una experiencia de parto positiva no son específicas para ninguna región, aunque reconocen las diferencias a nivel mundial en cuanto a los sistemas de salud y el acceso a ellos.¹⁹ Por tanto, se considera importante conocer y recopilar información acerca de los aspectos que las mujeres consideran más importantes en la atención en diversas regiones del mundo de tal manera que resulten en la mejora de la atención del proceso gineco obstétrico y por ende una experiencia positiva e individualizada del parto.

El reconocimiento de esa información por parte de todos los agentes implicados (estudiantes, personal en salud, mujeres y familias) se hace vital para su educación, esto con el fin de despatologizar el embarazo, sin desconocer las necesidades individuales de las mujeres.²⁸ La divulgación de los resultados de esta investigación sobre aspectos importantes para la experiencia de parto positivo en las diferentes poblaciones podría contribuir, no solo a que los trabajadores de la salud brinden prácticas más humanizadas, sino que también podría ser utilizado en la elaboración de guías propias de cada una de las regiones o instituciones, e incluso en el planteamiento de políticas de experiencia de parto positivo en nuestro país.²⁹

A nivel personal los autores de este escrito consideran que la realización de esta investigación aportará de manera significativa en su formación y contribuirá para que al

momento de realizar sus prácticas en salas de parto y luego al ejercer su profesión, puedan brindar la mejor atención posible a las mujeres que se encuentren en trabajo de parto y parto, y de esta manera disminuir la prevalencia de VO. Además, les permitirá fomentar las experiencias positivas de parto en cualquier institución en la que ejerzan su profesión. Asimismo, desarrollar capacidad y disposición a escuchar las necesidades individuales de sus pacientes, de tal forma que sean abanderados del ejercicio del parto humanizado y lo transmitan a las futuras generaciones de médicos y pacientes.

Objetivos

General

- Identificar las similitudes y diferencias de los aspectos que las mujeres consideran más importantes durante una atención adecuada del parto que llevan a una percepción positiva de este en diferentes regiones del mundo, a partir de estudios publicados en revistas científicas del área de la salud.

Específicos

- Consolidar los elementos que constituyen una experiencia positiva durante una atención adecuada del parto, para las mujeres en diversas regiones del mundo.
- Consolidar los componentes de la atención adecuada del parto que llevan a una percepción positiva de este en América latina.

Marco teórico

La experiencia positiva de parto es una estrategia que nace en respuesta a los hechos de Violencia Obstétrica, en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016 - 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015 - 2030 que buscan la disminución de la mortalidad materno fetal a partir de intervenciones en todas las etapas del embarazo.^{1,2}

A partir de la primera mitad del siglo XX con el traslado del parto de los hogares a los centros médicos y la patologización progresiva de este proceso natural se crearon nuevas estrategias de cuidado del parto con múltiples ventajas en cuanto a manejo de complicaciones, pero también se fomentaron distintas formas de maltrato a la mujer.³⁰ En respuesta a estos hechos de maltrato, desde la década de 1950, distintas organizaciones comenzaron a reconocer la VO como un problema y a preocuparse por las necesidades individuales y grupales de las gestantes según su entorno.³¹

Como se dijo anteriormente el término de VO posee múltiples definiciones y clasificaciones que son tan variadas como el problema en sí mismo y eso se manifiesta en la inexistencia de puntos de referencia reconocidos para la medición de este problema. En general, el concepto comprende todas aquellas prácticas crueles, inhumanas y deshumanizadas durante la asistencia del embarazo, parto, puerperio y abortos, que además posee un trasfondo de violencia de género¹ y que pueden provocar múltiples consecuencias tanto físicas como psicológicas en la mujer entre las que se encuentran ruptura uterina, laceración perineal, muerte perinatal,¹¹ dispareunia, incontinencia urinaria,⁴ trauma emocional, trastorno de estrés postraumático,^{11,17} ansiedad,¹⁸ depresión post parto,⁵ insomnio y la desconfianza a los entes médicos.¹¹

Estrategias para mejorar la atención del parto

Con el fin de contrarrestar el fenómeno de maltrato y malas atenciones, surgieron dos estrategias importantes para la mejora del cuidado de las mujeres durante el trabajo de parto y para fomentar experiencias positivas del mismo, que hicieran a los servicios de salud no solo aceptables y de calidad, sino que respondieran a características propias de las usuarias y lograran que estas se sientan satisfechas y seguras, el parto humanizado y la experiencia positiva del parto.

El parto humanizado es un modelo de atención del parto en el que se fomenta que el proceso sea para la mujer, un momento especial, placentero, que se dé en condiciones de libertad y dignidad humana, en el que además pueda tomar decisiones sobre cómo, en qué condiciones y en donde desea parir. Este abarca el cuidado de la mujer a partir de la observación de sus características y necesidades específicas, de tal manera que se permita y se promueva la vivencia satisfactoria del trabajo de parto, parto y puerperio y se impida que se generen en ella sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad, incomprensión o percepción de peligro durante este proceso fisiológico. Además, se ha demostrado que tener en cuenta lo anterior reduce las tasas de cesárea y mortalidad materno-infantil en distintos países del mundo.³²⁻³⁴

En la aplicación de esta estrategia se tiene en cuenta el conocimiento técnico-científico de los profesionales de la salud de manera que estos ayuden a propiciar el respeto y la comunicación adecuada entre los entes involucrados. También se debe permitir la libre elección de la mujer sobre aspectos como la posición en que quiere tener su parto, las maniobras terapéuticas o la utilización de música. Es importante tener en cuenta que, al hablar de la autonomía de la mujer no se trata de permitir que ella tome decisiones sobre los procedimientos, sino que se le dé información clara y de manera oportuna que le permita su participación activa en el proceso y se propicien las condiciones deseadas por ella.^{34,35}

Dentro del parto humanizado se reconocen varios componentes y estrategias que deben tenerse en cuenta para cumplir con el objetivo antes mencionado.

- Parto respetado: Esta implica recuperar o respetar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto, permitiendo la subjetividad y libertad de estas y sus familias durante el mismo.³⁴
- Parto sin dolor: Donde es necesario crear reflejos positivos hacia el dolor, que se logran a partir de la implementación de técnicas de relajación, respiración y pujo en las maternas, disminuyendo el dolor sin la utilización de anestesia.³⁴
- Parto sin temor: Es aquel en el que la madre tiene toda la información acerca del parto y ha tenido entrenamiento previo en ejercicios de relajación y respiración que le permiten liberarse del temor y la tensión que produce la desinformación.^{36 37}
- Parto psicoprofiláctico: Hace referencia a un tipo de parto vaginal sin ninguna clase de anestésico, fármaco o intervención quirúrgica, que se logra a través de la educación y capacitación tanto de la madre como de su pareja en los aspectos anatómicos y fisiológicos del proceso de parto.³⁶
- Parto sin violencia: Consiste en adecuar salas de parto con luces tenues, música suave, que garanticen privacidad sin interrupciones, que se dé en un ambiente profesional y respetuoso, donde la madre debe poder moverse, estar acompañada por la persona que ella elija y no ser sometida a la fuerza, además de darle un baño de agua tibia al bebé apenas nazca. También que al nacer el bebé sea puesto sobre la madre sin cortar el cordón umbilical y sin limpiarlo siquiera, todo con el fin de fortalecer la unión madre-hijo con esos primeros minutos.^{5,36}

Por ejemplo, en Colombia, se estableció la ley 2244 del 2022, donde se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, además de la aplicación y garantía de los mismos en un contexto de pluralismo cultural de las mujeres del país. Así

como establece las obligaciones del estado y el personal de salud en la atención integral que lleva al parto respetado y humanizado.

Otra estrategia implementada para satisfacer las necesidades de las mujeres y lograr una experiencia positiva son los planes de parto, que son herramientas en las que tanto ellas como el personal de la salud crean colectivamente un plan para el proceso, teniendo en cuenta las preferencias de la mujer en cuanto a la formulación de medicamentos, la implementación de analgesia, la realización de procedimientos invasivos, el acompañante y la postura del parto entre otros. Todo esto con el fin de aumentar la satisfacción del proceso de parto a través de la participación activa de la mujer en la toma de decisiones frente a su cuerpo y el momento del parto.³⁸

Los planes de parto, al igual que las demás estrategias mencionadas en párrafos anteriores, hacen parte de lo que constituye una Experiencia de Parto Positiva, la cual es, según la OMS, aquella que cumple y/o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer con un desenlace positivamente significativo para todas. Esta experiencia incluye que la mujer logre dar a luz a un bebé sano, en un ambiente clínica y psicológicamente seguro, con un acompañamiento constante en el trabajo de parto y en el nacimiento del hijo por parte del personal de salud que, además, debe ser amable, empático y contar con las competencias técnicas adecuadas.¹⁹

En conjunto, el parto humanizado y la Experiencia Positiva de Parto se continúan y complementan entre sí, y uno de los elementos que comparten es la necesidad de tener en cuenta lo que necesitan las mujeres durante la atención del parto.³⁵ Sin embargo, las estrategias de atención durante el parto allí planteadas son generales y no responden a las necesidades específicas de las mujeres en diversas regiones del mundo.¹

Si bien el término experiencia positiva de parto es usado desde hace poco, desde hace varias décadas existen recomendaciones para el cuidado en el parto que dejan entrever las amplias necesidades que poseen las mujeres durante el parto y lo importante que es enfocar la atención según sus creencias y contextos.³⁵ Por ejemplo, en la guía de cuidados en el parto normal que la OMS publicó en 1996, ya se señala que el lugar donde sucede el parto debe ser elegido libremente y no debe ser un impedimento para que aquel que desempeñe el papel de matrona acompañe el proceso de la forma más natural y amena posible. También resalta que el uso de inductores como la oxitocina o la realización de episiotomías sin una indicación y consentimiento claros, al igual que la realización de enemas o rasurados que se consideran de rutina, poseen riesgos, son incómodos y no son necesarios para la culminación del proceso con éxito y seguridad.³¹

Recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva

En el documento Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una Experiencia de Parto Positiva, publicado en 2018, se plantean 56 recomendaciones que abarcan acciones que van desde abordar los problemas estructurales de los centros de salud hasta el entrenamiento integral del personal de salud y los elementos fundamentales para que se produzca una experiencia positiva en todas las mujeres.¹⁹ Estas recomendaciones se agrupan en distintas categorías según la fase del trabajo de parto, parto y puerperio en la que se dé la intervención, de la siguiente manera:

- Atención durante el trabajo de parto y el nacimiento: En esta categoría se invita al personal médico a brindar una atención respetuosa de la maternidad, tener una comunicación efectiva y clara con la mujer y también permitirle la compañía de la persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto. Además, asegurarle continuidad en la atención, un monitoreo constante y asegurarse de suplir todas sus necesidades.

- Atención en el periodo de dilatación: Principalmente se recomienda a los centros médicos y escuelas de medicina asegurarse de formar profesionales con los conocimientos suficientes para dar una buena atención. En este caso conocer muy bien las definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación, la duración y la progresión de este, además de tener un protocolo bien definido de atención del parto. Busca también fomentar el respeto hacia la mujer, por ejemplo, la administración de anestésicos para disminuir el dolor si ella lo solicita.
- Atención durante el periodo expulsivo: El personal de salud debe conocer la definición y duración del periodo expulsivo y tener claras las acciones que se deben llevar a cabo. En esta categoría es especialmente importante la comodidad de la mujer; a menos que tenga anestesia epidural se le debe permitir adoptar la posición de su preferencia para dar a luz, incluso si son posiciones erguidas. Es necesario resaltar que no se debe presionar a las mujeres para acelerar el proceso instándole a pujar, lo recomendado es que cada una siga sus propias sensaciones y su propia necesidad de pujar. Además de esto, es indispensable saber y aplicar que no se recomienda el uso rutinario de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
- Atención en el alumbramiento: Esta categoría menciona que se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos (el de uso más común es la Oxitocina) para prevenir la hemorragia posparto durante el alumbramiento (más no para acelerar el proceso) y tampoco se recomienda un pinzamiento temprano del cordón umbilical después de la expulsión e idealmente no se debe hacer antes de 1 minuto. Esto busca mejores resultados de salud y nutrición tanto para la mujer como para el bebé, además de promover el vínculo afectivo entre ellos desde el primer momento.
- Atención del recién nacido: Es de vital importancia priorizar el contacto piel con piel entre la mujer y el bebé durante la primera hora después del parto. Esto con el fin de prevenir la

hipotermia y promover la lactancia además de fortalecer el vínculo madre-hijo. Este contacto sólo puede ser retrasado un momento mientras el médico examina la estabilidad clínica. La madre y el bebé deben estar juntos todo el tiempo y el primer baño debe retrasarse al menos 24 horas.

- Atención de la mujer después del parto: Esta categoría resalta la evaluación del estado de salud de la mujer con acciones como evaluar la recuperación del tono uterino, la hemorragia vaginal, la altura del fondo uterino, la temperatura y la frecuencia cardíaca. Con esto se puede identificar de manera temprana la aparición de complicaciones después del parto. Y, por último, la mujer debe estar en observación clínica durante al menos 24 horas antes de darle de alta.¹⁹

Aunque estos documentos y recomendaciones mencionados en los párrafos anteriores nos dan una idea general sobre las necesidades de las mujeres durante el parto, no se enfocan de manera particular en los aspectos más importantes para la experiencia positiva de parto, ni en lo que compone la misma. Se ha evidenciado que las mujeres requieren de distintas condiciones para conseguir una experiencia positiva en sus partos, y aunque éstas difieran según sus contextos,³⁵ se han encontrado algunos puntos en común como la confianza en el personal, suficiente información acerca del parto, trato respetuoso por parte del personal médico, apoyo por parte del personal de salud, tener contacto piel con piel con el hijo después del parto, elaborar planes de parto, recibir indicaciones para el manejo de la ansiedad y el miedo, manifestar sus expectativas o lo que espera la mujer del parto en general, y la percepción que ella y su familia tengan hacia el neonato.^{25,39}

Como se ha mencionado anteriormente, las condiciones más importantes para lograr una experiencia de parto positiva son dependientes del contexto y la región donde se estudie, aun así, entre regiones se pueden observar similitudes y diferencias acerca de estas condiciones. Por ejemplo, comparando África, Latinoamérica y Asia, se encuentran en común las siguientes

necesidades: confianza en el personal, suficiente información acerca del parto, trato respetuoso por parte del personal médico y apoyo por parte del personal de salud. Por otra parte, presentan ciertas diferencias: en África hacen énfasis en el contacto piel a piel con el recién nacido, en Latinoamérica y Asia hacen énfasis en el acompañamiento familiar durante el parto. Finalmente, en Latinoamérica se menciona la importancia de la calidad de atención para la gestante y el recién nacido, y la abstención de acelerar cualquier fase del trabajo de parto.^{10,25,26}

Se ha encontrado en estudios realizados en instituciones y organizaciones internacionales de salud materna que la atención del parto debe ser digna y humana y se debe brindar respetando los derechos fundamentales de la mujer, como los recientemente reconocidos por la ley colombiana.³⁵ Por tanto, con la evidencia nombrada en el párrafo anterior, sobre las necesidades de las gestantes, se hace relevante la aplicación respetuosa de las guías basadas en la evidencia y la investigación a profundidad del tema. Esto es particularmente importante en Latinoamérica donde hay pocos estudios que tengan como énfasis la atención de las necesidades individuales, culturales, personales y médicas de las mujeres, considerándolos como aspectos esenciales para poder brindar una atención materna de calidad.^{35,40,41}

Metodología

El tipo de metodología que se empleó en este trabajo corresponde a una revisión de estudios mixtos. Esta consistió en realizar una revisión de la literatura, a partir de la recopilación y el análisis de estudios cualitativos y cuantitativos que permitieron entender a mayor profundidad y desde diversos puntos de vista el fenómeno estudiado. Además, permitió correlacionar, identificar, comparar y analizar los aspectos que están en algunas literaturas, pero están ausentes en otras.^{41,42} Por tal razón es que el no reducir la búsqueda de información a estudios meramente cualitativos o cuantitativos represento una ventaja para intentar describir cómo y bajo qué circunstancias se puede llegar a una experiencia positiva de parto.^{1,2}

En general la revisión de la literatura consiste en describir y evaluar información de la literatura actual, que permita resumir el conocimiento existente, además de reconocer los vacíos de este y plantear estudios futuros. Sin embargo, no permite comprobar o desmentir ninguna hipótesis ni responder completamente preguntas de investigación, debido a que puede potencialmente omitirse literatura y a que pueden incluir un rango amplio de temas o aspectos a tratar. En este caso, además se incluyeron algunos elementos de la revisión sistemática de la literatura que permitieron analizar y sintetizar la literatura disponible en respuesta a una pregunta específica, como lo fueron plantear una pregunta clara de investigación, uso de términos estandarizados y de algoritmos de búsqueda definidos y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos.⁴²

Para esta investigación se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y Lilacs, con los descriptores MeSH y DeCS respectivamente. Estas bases de datos están especializadas en literatura biomédica y de la salud, y contienen sobre todo artículos científicos publicados en diversas revistas del área. Los artículos que se incluyeron en la revisión tienen acceso gratuito o mediante los servicios de la biblioteca Juan Roa Vásquez de la Universidad El Bosque.

Además, están escritos en español y/o inglés y se incluyeron artículos publicados en cualquier fecha.

Para la construcción de los algoritmos de búsqueda, se utilizó la estrategia PICO la cual incluye las siguientes categorías: población que se quiere buscar, intervención o exposición de interés, si existe algún comparador y la ocurrencia del fenómeno a estudiar (Tabla 1). A partir de estas preguntas y de búsqueda de artículos sobre el tema se escogieron palabras claves y términos MeSH, que fueron utilizados en la construcción de los algoritmos de búsqueda (Tabla 1)

Tabla 1. Estrategia PICO, términos MeSH y palabras clave usadas en la búsqueda

POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	OCURRENCIA
Mujeres que hayan tenido partos	Aspectos que ellas consideran importantes	Regiones del mundo	Experiencia positiva de parto
Términos o palabras clave por tema			
<ul style="list-style-type: none"> ● Parturition ● Pregnant women ● Mujeres embarazadas ● Parto 	<ul style="list-style-type: none"> ● Want ● Like ● Desire ● Expect* ● Anticipate* ● View* ● Experience* ● Belief ● Need ● Require ● Necesidades ● Preferencias ● Deseos ● Expectativas ● Experiencias ● Creencias ● Requerimientos 		<ul style="list-style-type: none"> ● Health services needs ● Standards of care ● Quality indicators ● Quality of healthcare ● Necesidades en servicios de salud ● Estándar de cuidado ● Indicadores de calidad ● Calidad de cuidado en salud

Fuente: Elaboración propia

Como la búsqueda se realizó también en Lilacs los términos de búsqueda se buscaron en español (Tabla 2)

Tabla 2. Palabras clave

Palabras Clave en inglés	Palabras Clave en español
• Parturition	• Mujeres embarazadas
• Pregnant women	• Parto
• Health Services	• Necesidades
• Want	• Preferencias
• Like	• Deseos
• Desire	• Expectativas
• Expect*	• Experiencias
• Anticipate*	• Creencias
• View*	• Requerimientos
• Experience*	• Necesidades en servicios de salud
• Belief	• Estándar de cuidado
• Need*	• Indicadores de calidad
• Require*	• Calidad de cuidado en salud
• Health services needs	
• Standard of Care	
• Quality Indicators	
• Quality of Healthcare	

Fuente: Elaboración propia

Para la búsqueda en PubMed se utilizó el siguiente algoritmo: ((want OR like OR desire OR expect* OR anticipate* OR view* OR experience* OR belief OR need* OR require*) AND "Parturition"[Mesh]) AND pregnant women AND (Health Services Needs OR Standard of Care OR Quality Indicators OR Quality of Health Care))

Para la búsqueda en LILACS se utilizó la misma estrategia adaptada: ((necesidades OR preferencias OR deseos OR expectativas* OR experiencias* OR creencias OR requerimientos) AND "Parto"[Mesh]) AND mujeres embarazadas AND (necesidades en servicios de salud OR estándar de cuidado OR indicadores de calidad OR calidad de cuidado en salud))

Los criterios de elegibilidad, inclusión y exclusión, que debieron cumplir los artículos fueron diseñados acorde a los objetivos y el problema de investigación, que implican comparar

las necesidades de las gestantes y los aspectos importantes para que las mujeres consigan una experiencia positiva de parto, estos se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">● Estudios cualitativos● Estudios cuantitativos (observacionales y experimentales).● Estudios o partes de estudios realizados con mujeres que hayan tenido parto vaginal● Estudios que contengan una descripción sobre los aspectos que las mujeres consideren importantes durante sus partos para tener una experiencia positiva de parto	<ul style="list-style-type: none">● Estudios o partes de estudios realizados en mujeres nulíparas● Estudios o partes de estudios realizados en mujeres que hayan parido por cesárea o que hayan tenido inducción de parto● Estudios o partes de estudios que incluyan mujeres que hayan tenido partos con complicaciones de cualquier tipo● Estudios o partes de estudios que incluyan mujeres o neonatos que presenten patologías importantes en el parto● Revisiones sistemáticas de la literatura o metaanálisis

Fuente: Elaboración propia

El proceso de búsqueda y selección de los documentos a incluir en la revisión se inició con la búsqueda en las bases de datos Medline y LILACS de acuerdo con los términos y algoritmos descritos. Después de realizar la búsqueda se elaboró un documento de Excel con los títulos y datos generales de los artículos y se eliminaron los documentos duplicados. (Anexo 1) Luego se realizó una lectura de títulos de los documentos para eliminar los que evidentemente no están relacionados con el tema de investigación o no son artículos de investigaciones primarias.

Esta primera revisión la realizó dos investigadores de manera independiente y luego se consolidaron y discutieron los resultados. Las diferencias en la selección de los documentos se resolvieron en conjunto con los demás integrantes del grupo de investigación.

A los artículos seleccionados se les hizo una segunda lectura de los títulos y los resúmenes para seleccionar los que parecían cumplir con los criterios de inclusión. Esta también fue realizada por dos investigadores de manera separada para luego fijar los textos que serán elegidos.

Los artículos seleccionados fueron descargados en texto completo y se les dio una lectura general para identificar y verificar que cumplieran los criterios de elegibilidad, cuya información se recogió en una tabla de Excel diseñada para tal fin (Anexo 1), esta buscaba recopilar información sobre el sitio de elaboración, el tipo de estudio realizado, población de estudio y resultados.

Para el análisis de la información relacionada con las necesidades de las mujeres durante su parto, se plantearon 5 categorías que fueron construidas a partir de lo que plantean los estudios revisados en el marco conceptual. Estas son:

- Necesidades relacionadas con la infraestructura o los recursos de los centros de atención
- Necesidades relacionadas con el talento humano en salud (preparación técnica, respeto, empatía, comportamiento)
- Necesidades relacionadas con la cultura y prácticas sociales de las mujeres
- Necesidades relacionadas con el soporte social y económico
- Necesidades para mantener y promover una adecuada salud mental y emocional durante el parto

Las anteriores categorías fueron a su vez consolidadas por regiones del mundo y posteriormente se realizó un análisis de similitudes y diferencias entre estas.

Resultados

En nuestra revisión de la literatura la búsqueda y recuperación de artículos en las bases de datos encontramos 704 documentos. De estos, 28 fueron leídos para ver si cumplían con los criterios de elegibilidad y finalmente 15 documentos fueron incluidos en esta revisión (Gráfico 1).

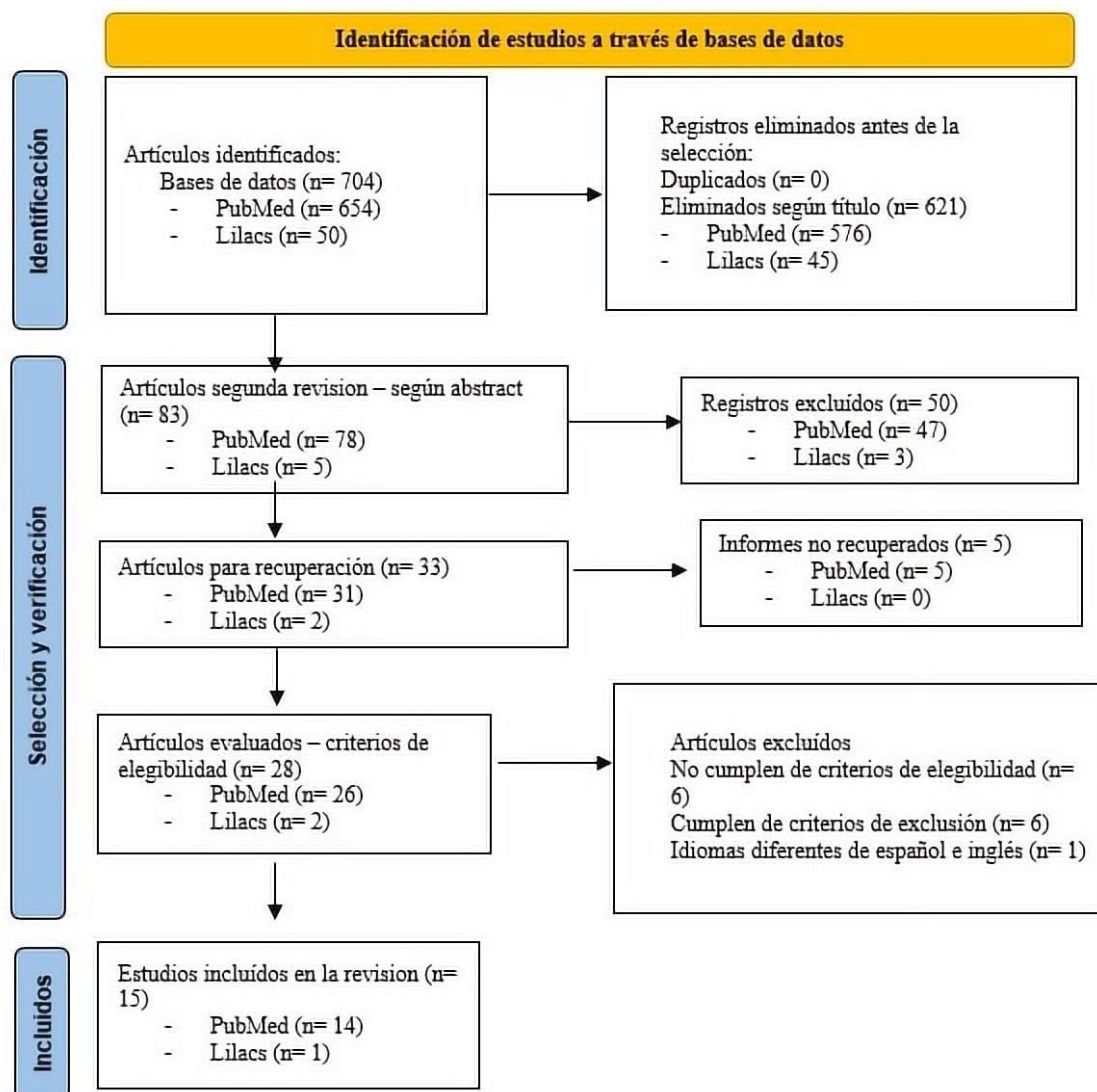


Gráfico 1. Flujograma búsqueda y selección de artículos

Las características generales de los estudios incluidos en la revisión pueden observarse en la tabla 4. Estos incluyen publicaciones entre los años de 2009 y 2021, realizados en 11 países de tres continentes: Europa (n=6), Asia (n=6) y América (n=3), no se encontraron

estudios en África ni Oceanía. De acuerdo con el nivel de ingresos reportados por el Banco Mundial, la mayoría de los estudios fueron realizados en países de altos ingresos (n=6), aunque también se incluyen estudios en países de medio-altos ingresos (n=1) y países de medio-bajos ingresos (n=4).⁴³ En cuanto al tipo de estudio, se incluyeron de tipo cualitativo (n=6), de tipo cuantitativo (n=1) y de métodos mixtos (n=8). Con respecto al tamaño de la muestra, está varió entre las 18 y las 1367 participantes, la mayoría de las mujeres reclutadas de centros de salud, hospitales y lugares de atención de los diversos sistemas de salud de estos países, con edades entre los 14 y los 47 años, primigestantes o multíparas, en su mayoría sin complicaciones durante el parto y con partos vaginales.

Se encontró que las características poblacionales variaban dependiendo de cada país en el que se desarrollaron los estudios. En cuanto a las características obstétricas, en Europa (Países Bajos, Islandia, Noruega) se encontraron estudios con mujeres multíparas y primíparas, la mayoría con partos vaginales atendidos en instituciones hospitalarias o en sus hogares,⁴⁴⁻⁴⁹ en Asia (Taiwán, Bangladesh, LAOS, Irán Arabia Saudita, Nepal) se encontraron estudios con mujeres en su mayoría multíparas, que estaban en embarazo o en post parto tardío, con embarazos o partos sin complicaciones y que fueron atendidas la mayoría en instituciones hospitalarias y muy pocas en sus hogares.⁵⁰⁻⁵⁵ En América (EE. UU y Brasil) se encontraron estudios con mujeres multíparas y primíparas, con partos vaginales y sin antecedentes obstétricos de importancia que tuvieron su parto en instituciones hospitalarias.⁵⁶⁻⁵⁸

Por otro lado, en cuanto a las características demográficas de las mujeres de estas mismas regiones se encontró que en Europa las mujeres eran en su mayoría caucásicas, con educación media e ingresos económicos medios-altos, con acceso a servicios de salud y residencia urbana. En Asia se encontró mayor variabilidad, los ingresos variaron entre bajos y medianos-altos, al igual que la educación que varió entre educación no formal, educación media y educación secundaria, y en el acceso a servicios de salud, aunque no se mencionó a

profundidad, algunos estudios informaron que las mujeres se encontraban muy apartadas de los centros de salud más cercanos. En América se encontró que la mayoría de las mujeres se identificaban como latinas o negras, tenían ingresos medios-bajos, nivel de escolaridad secundaria y en cuanto al acceso a servicios de salud no se mencionaba en ninguno de los estudios.

Por último, en cuanto a la forma en que fueron reclutadas, en Europa las mujeres fueron seleccionadas por instituciones a las que iban a consulta prenatal, por sus parteras u otro personal de salud que atendió su embarazo o parto y por compañías de seguros. En Asia, fueron reclutadas al azar por las instituciones de salud en las que fueron atendidas o a través de voluntarias en salud comunitaria del sistema de salud de cada país. En América fueron reclutadas en instituciones de salud y a través de anuncios clasificados.

Con respecto a los aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto, los hallazgos de los estudios fueron agrupados de acuerdo con el tipo de metodología utilizada en el estudio, cualitativa y cuantitativa. Los estudios fueron a su vez divididos por regiones o continentes en Europa, Asia y América y los resultados se clasificaron de acuerdo con las cinco categorías de análisis propuestas en el marco conceptual: Infraestructura o los recursos de los centros de atención; Talento humano en salud; Cultura y prácticas sociales; Soporte social y económico; y Mantenimiento y promoción de la salud mental.

Tabla 4. Características generales de los estudios incluidos

Autores, año	País	Metodología	Muestra	Características de la población
Truijens, 2014 ⁴⁴	Países Bajos	Estudio cualitativo transversal	978	Mujeres con edades entre 21 y 40 años con edad media de 30 años. La mayoría de las mujeres eran multíparas, con partos espontáneos sin complicaciones en casa predominantemente sobre hospitales. Teniendo en cuenta los factores sociodemográficos: mujeres en su mayoría caucásicas, con diferentes niveles educativos, en su mayoría con educación media. Las mujeres reclutadas en consulta prenatal con las parteras o en los centros escogidos durante su primer trimestre de gestación.
Wieggers, 2009 ⁴⁵	Países Bajos	Estudio prospectivo de cohortes	1248	Mujeres con un rango de edad entre 18 y 38 años. La mayoría eran primíparas, un pequeño porcentaje había sufrido pérdidas gestacionales y las demás tenían al menos 1 parto a término anteriormente. En general, todas contaban con buen acceso a salud y educación media, la mayoría estaban casadas, un tercio vivían en unión libre y las restantes eran solteras. Las pacientes eran clientes de 4 compañías de seguros en el país, pero no hay especificaciones sobre estos sitios.
Gärtner, 2014 ⁴⁶	Países Bajos	Estudio de métodos mixtos secuencial con tres pasos. (Revisión de la literatura "Scoping" + estudio cuantitativo de grupos focales + discusión para determinar lista de dominios)	Paso 1: 170 artículos Paso 2: 29 mujeres Paso 3: 96 mujeres	Mujeres de 32.7 +/- 3.9 años. Mujeres en su mayoría primíparas, con partos vaginales, en hospitales u hogar guiados por obstetras y/o parteras en diferentes niveles de atención. En su mayoría mujeres con educación media o superior, empleadas, consideradas caucásicas, no reportan información acerca del acceso a los servicios, pero todas las mujeres tuvieron atención por personal calificado en los lugares de parto. Las participantes fueron reclutadas en consulta prenatal en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico de la Universidad de Leiden, Holanda.

Van Stenus, 2017 ⁴⁷	Países Bajos	Estudio de cohorte prospectivo observacional de tipo narrativo	44	<p>No aportan información acerca de la edad, ni de las características obstétricas o socioeconómicas de las participantes en el estudio.</p> <p>Las participantes fueron reclutadas en el área de cobertura de una de las tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales holandesas en la parte oriental de los Países Bajos, incluyendo Mujeres que dieron a luz recientemente y que tuvieron experiencias de transferencias entre profesionales de la salud durante el embarazo, parto y periodo neonatal entre abril y agosto de 2016 y se les realizó seguimiento desde que se confirmó el embarazo hasta el primer mes después del parto.</p>
Karlsdottir, 2017 ⁴⁸	Islandia	Estudio transversal de cohortes	726	<p>Mujeres con edades entre 18 y 35 años con una media de 29.8 años</p> <p>La mayoría de las mujeres eran multíparas, con partos vaginales atendidos en su mayoría por parteras, estas prefirieron evitar el uso de medicamentos contra el dolor durante el trabajo de parto.</p> <p>Con respecto a las características sociodemográficas se tuvo en cuenta mujeres que sean fluidas en islandés, la mayoría con educación universitaria y con residencia urbana.</p> <p>Se introdujo el estudio a las participantes en su primera visita en el control prenatal en diversos centros de salud que ofrecen controles prenatales en el país.</p>
Dahlberg 2013 ⁴⁹	Noruega	Estudio de métodos mixtos	58	<p>Las mujeres en este estudio tenían entre 23 y 44 años, con una media de edad de 25 años.</p> <p>Las mujeres eran en su mayoría primíparas, todas con embarazos de bajo riesgo a su ingreso al estudio. No aportaba otra información sobre características obstétricas.</p> <p>En cuanto a los factores socio demográficos, se menciona que eran mujeres con habilidad en el noruego, la mayoría vivían con su pareja.</p> <p>Las mujeres fueron reclutadas en los servicios de urgencias de varios hospitales en Trondheim, Noruega, a partir de la asociación con la alcaldía, se incluyeron mujeres entre las 16 y 18 semanas de gestación y se siguieron a lo largo del embarazo y el posparto.</p>
Su-Chen, 2010 ⁵⁰	Taiwán	Ensayo clínico controlado,	296	<p>Mujeres mayores de 18 años, con edades medias de 29.01+/-3.4 en el grupo experimental y de 28.69+/-4.2 en el grupo control.</p>

		aleatorizado, ciego		Las mujeres del estudio eran primíparas con gestaciones de al menos 32 semanas sin complicaciones durante el embarazo o el parto Mujeres con diferentes niveles educativos, predominantemente educación media y superior, en su mayoría empleadas con acceso a salud e ingresos medios, que hablaban fluidamente chino.
Rahman, 2020 ⁵¹	Bangladesh	Estudio de corte transversal	1367	Las mujeres fueron reclutadas de los 7 centros médicos escogidos de forma aleatoria Mujeres entre los 15 y 35 años, con edad media de 25.3 años. Mujeres en su mayoría multíparas, en su mayoría que habían dado a luz en los últimos 12 meses. Mujeres en su mayoría musulmanas con más de 6 años escolares cursados, con diferentes rangos socioeconómicos predominantemente medio y bajo, que vivían con sus esposos, además eran residentes permanentes de los sub-districtos de estudio. Las participantes fueron reclutadas en los sub-districtos de Brahmanbaria, en Bangladesh.
Takayama, 2019 ⁵²	LAOS	Estudio de corte transversal, métodos mixtos	226	Mujeres entre los 20 y los 34 años con una media de 25 años. Mujeres en su mayoría multíparas, y que habían dado a luz en los servicios de salud o en los hospitales de distrito, con partos atendidos por personas calificadas y entrenadas. Las mujeres de este estudio, en su mayoría no contaban con educación formal, se dedicaban a la agricultura y pertenecían a minorías étnicas como la Makong/Tri. Estas mujeres estaban entre 5 a 9 km apartadas de los centros de salud, pero la mayoría contaba con vehículos para transporte. Las mujeres fueron reclutadas al azar del sistema de salud de LAOS, en 21 aldeas de una provincia de un distrito rural, que acudían a los centros de salud en vías principales o periféricas de las aldeas.
Zamani, 2019 ⁵³	Irán	Encuesta transversal analítica.	185	Las mujeres en este artículo en su mayoría eran mayores de 25 años De acuerdo con las características obstétricas la mayoría de ellas eran multíparas, sin embargo, incluía nulíparas.

Mahmoud, 2013 ⁵⁴	Arabia Saudita	Estudio prospectivo de cohortes	402	<p>En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de las mujeres vivían en zona urbana, se dedicaban a las labores del hogar, eran de clase media y tenían un nivel educativo debajo del diplomado.</p> <p>Las mujeres introducidas en este estudio se encontraban en fase latente de parto y previo a la realización del estudio respondieron una encuesta para determinar si podían ser o no parte de este, se llevó a cabo en el Hospital de maternidad Al-Zahra. Mujeres con edad de 17-47 años con media de 29.7 años</p> <p>La mayoría de las mujeres eran multíparas, con 7 o más controles prenatales, con prevalencia de parto espontáneo vaginal, además la mayoría de las mujeres no deseaba compañía durante el parto.</p> <p>Mujeres con prevalencia en escolaridad secundaria, la mayoría residía en área urbana y eran casadas.</p> <p>Mujeres reclutadas de un hospital universitario, que tuvieron parto vaginal entre el 1 de abril de 2010 y el 30 de junio de 2010 y que aceptaron participar. Se inscribieron en la encuesta.</p>
Kaphle, 2013 ⁵⁵	Nepal	Estudio cualitativo basado en entrevistas y testimonios	25	<p>Mujeres en un rango entre 17 y 43 años.</p> <p>Se incluyeron mujeres multíparas embarazadas (de más de 24 semanas) o en posparto tardío.</p> <p>Las mujeres eran provenientes de dos remotos pueblos de Nepal, estas mujeres fueron casadas entre los 13 y los 25 años, no se mencionan otras características.</p> <p>Las participantes fueron invitadas personalmente por una voluntaria en salud comunitaria femenina del sistema de salud nepalense.</p>
Altshuler A., 2021 ⁵⁶	EE. UU.	Cualitativo, teoría fundamentada	31	<p>Mujeres entre los 18 y 49 años con edad media de 32 años.</p> <p>Mujeres multíparas, con partos vaginales y por cesárea, todas habían dado a luz en hospitales con personal calificado.</p> <p>En su mayoría estas mujeres contaban con educación vocacional completa, y se identificaban a sí mismas como latinas o negras, no aportaba información acerca del acceso y facilidades a servicios de salud, pero sí reportaron que cerca de dos cuartos de estas mujeres tenían ingresos anuales inferiores a 25.000 dólares.</p>

Locatelli A., 2009 ⁵⁷	Brasil	Cualitativo, métodos mixtos, Metodología del “Discurso del Sujeto Colectivo”	16 grupos de 6 a 11 participantes	<p>Estas mujeres fueron reclutadas en el Norte de California, de una muestra más grande que se usó en un estudio sobre experiencias de aborto, a partir de una página de anuncios clasificados.</p> <p>No aporta información sobre edad o características obstétricas o socioeconómicas específicas de las mujeres.</p> <p>Mujeres reclutadas en servicios de salud seleccionados con base en su ubicación geográfica y productividad dentro del Programa de Humanización de la Atención Prenatal y el Parto en los municipios de Cascavel y Morada Nova (Noreste de Brasil), Goiânia y Abadiânia (Centro-Oeste), Porto Velho (Norte), Paissandu (Sur) y Monte Azul (Sureste).</p>
Da Silva, 2021 ⁵⁸	Brasil	Investigación cualitativa longitudinal	18	<p>Mujeres en edades en el rango de 21 a 38 años.</p> <p>En cuanto a las características obstétricas, se escogieron solamente mujeres primigestantes, sin antecedentes de abortos y sin enfermedades conocidas.</p> <p>La mayoría contaba con escolaridad secundaria completa, dedicadas al hogar donde su ingreso mensual dependía del trabajo de su pareja o de su familia. La mitad de las mujeres estaban casadas y la otra mitad se dividía entre unión libre y soltera.</p> <p>Fueron reclutadas en el Hospital universitario Amigo da Criança en la Región Nordeste de Brasil en el control prenatal.</p>

LAOS: República democrática popular LAOS, EE. UU.: Estados Unidos de América

Cabe aclarar que, aunque uno de los objetivos de este trabajo de investigación es describir las necesidades de las mujeres en Latinoamérica, la literatura solo reporta artículos relacionas en Brasil, lo que impide hacer una descripción de las necesidades en esta región.

Resultados cualitativos

A continuación, se presentan los resultados de los artículos que realizaron investigaciones cualitativas (Tabla 5). La categoría estudiada con más frecuencia fue la de mantenimiento y promoción de la salud mental (n= 13) y la menos frecuente fue la relacionada con cultura y prácticas sociales (n=4). En los estudios realizados en Europa la categoría estudiada con mayor frecuencia fue talento humano (n=6) y la menos frecuente fue infraestructura y recursos de los centros de atención (n=1). En Asia la categoría estudiada de manera más frecuente fue mantenimiento y promoción de la salud mental (n=5) y las menos frecuentes fueron infraestructura o los recursos de los centros de atención (n=1) y cultura y prácticas sociales (n=1). Por último, en América las categorías con más estudios fueron las relacionadas a infraestructura y recursos de los centros de atención (n=2), el talento humano en salud (n=2) y el mantenimiento y promoción de la salud mental (n=2), mientras que la que menos resultados reporta es la categoría de cultura y práctica sociales (n=1).

En cuanto a los resultados cualitativos por categorías los resultados son los siguientes.

Tabla 5. Aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto de los estudios incluidos por categorías – resultados cualitativos.

Estudio: autores, año	Infraestructura o los recursos de los centros de atención	Talento humano en salud	Cultura y prácticas sociales	Soporte social y económico	Mantenimiento y promoción de la salud mental
EUROPA					
Truijens, 2014 ⁴⁴	NR	Personal de salud que sea: <ul style="list-style-type: none"> • Empático • Que brinde apoyo durante todo el proceso • Que cuente con habilidades interpersonales de comunicación • Que respete la autonomía y brinde información oportuna 	Se haga uso de la partería y del parto en casa en embarazos de bajo riesgo.	NR	Que su desempeño durante el trabajo de parto las haga sentir orgullosas y complacidas.
Karlsdottir, 2017 ⁴⁸	NR	Tener apoyo por parte del personal de salud (parteras) Tener disponible y usar la analgesia epidural	NR	La presencia de la pareja y apoyo familiar durante todo el proceso.	Tener una actitud positiva frente al parto. Que exista un sentimiento de seguridad en cuanto al desarrollo de los eventos, el trato del personal de salud y el manejo del dolor. Experimentar bajos niveles de dolor durante el trabajo de parto.
Dahlberg 2013 ⁴⁹	NR	Contar con personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Que fomente una relación médico paciente positiva 	Se comprenda y se use a las parteras como personal de salud.	NR	El adecuado manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

Wiegers, 2009 ⁴⁵	NR	<ul style="list-style-type: none"> ● Que cuente con habilidades interpersonales de comunicación ● Que sea cualificado y entrenado <p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que sea cualificado y entrenado ● Que sea empático ● Que de apoyo durante todo el proceso ● Que cuente con habilidades interpersonales de comunicación ● Que respete la autonomía y brinde información oportuna. 	NR	NR	NR
Gärtner, 2014 ⁴⁶	NR	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que esté cualificado y entrenado ● Que esté disponible. ● Que sea empático. ● Que de apoyo durante todo el proceso. ● Que brinde información oportuna. 	NR	<p>La participación de las parejas en la toma de decisiones y que estas actúen como fuente de apoyo respecto al parto.</p>	<p>Que el primer contacto con el bebé suceda en el menor tiempo posible.</p> <p>Que exista un sentimiento de seguridad en cuanto al desarrollo de los eventos.</p> <p>Tener una actitud positiva y manejar las emociones y el estrés frente al parto con el apoyo del personal de salud.</p> <p>Se formen expectativas positivas y realistas a partir de experiencias previas</p> <p>Manejo y reducción del estrés durante parto.</p>

van Stenus, 2017 ⁴⁷	Los Sitios de atención cuentan con ambientes acogedores, donde se promueva la conexión con el personal de salud.	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sea cualificado y entrenado. • Que sea empático • Que de apoyo durante todo el proceso. • Que respete la autonomía • Que brinde información oportuna. • Que fomente una relación médico paciente positiva. • Que sean organizados y posean buena colaboración entre sí, de modo que favorezcan la confianza de la mujer sobre ellos. 	NR	El soporte social y económico por parte de la familia.	Se formen expectativas positivas y realistas a partir de experiencias previas.
ASIA					
Su-Chen, 2010 ⁵⁰	NR	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que tenga habilidades interpersonales de comunicación. • Que permita y fomente la creación de planes de parto. 	NR	NR	Participar en la creación de los planes de parto.
Rahman, 2020 ⁵¹	NR	NR	NR	La presencia de la pareja durante el proceso de parto.	La presencia de la pareja durante el proceso de parto.
Zamani, 2019 ⁵³	NR	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sea empático. 	NR	El apoyo familiar durante el proceso de parto.	El apoyo emocional por parte del personal de salud y los familiares.

Mahmoud, 2013 ⁵⁴	NR	<ul style="list-style-type: none"> • Que de apoyo durante todo el proceso. • Que respete la autonomía • Que brinde información oportuna. 	NR	NR	NR	Se formen expectativas positivas y realistas a partir de experiencias previas.
Kaphle, 2013 ⁵⁵	La atención de parto en el "Goth" o establo por seguridad cultural. La atención de parto en los hospitales en caso de complicaciones y que estos cuenten con disponibilidad de tecnologías y conocimientos. El acceso a los servicios de salud, la cercanía de estos a sus viviendas, la disponibilidad de estos sin barreras de accesibilidad.	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sea empático • Que sea comprensivo hacia las costumbres y creencias. • Que permita la ayuda espiritual. • Que fomente la confianza en la medicina occidental. • Que medie entre las prácticas culturales y los servicios de salud. 	Que exista Seguridad cultural/religiosa y autonomía en el nacimiento en el establo y el "chau" o aislamiento en el puerperio.	NR	NR	La autonomía en las decisiones y seguridad cultural/religiosa.
AMÉRICA						
Altshuler, 2021 ⁵⁶	Los sitios de atención cuenten con ambientes que fomenten la privacidad, intimidad y el recato. Los sitios de atención permitan la elección de personas que ingresan a la habitación.	<p>Contar con personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sea empático. • Que de apoyo durante todo el proceso. • Que cuente con habilidades interpersonales de comunicación. 	NR	El apoyo familiar y por parte de la pareja en el proceso de trabajo de parto y parto.	NR	Que exista un sentimiento de seguridad en cuanto al desarrollo de los eventos. El acompañamiento familiar.
				La disponibilidad de traductores para aquellas que no hablan inglés.		

		<ul style="list-style-type: none"> • Que respete la autonomía • Que brinde información oportuna. 			
Locatelli, 2009 ⁵⁷	Los sitios de atención sean cercanos, y que cuenten con disponibilidad de camas de maternidad, tecnologías y conocimientos en caso de complicaciones. Los sitios de atención cuenten con ambientes que fomenten la privacidad, intimidad y la modestia o el recato	Contar con personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Que medie para elegir el lugar (hospital) para atender los partos. • Que cuente con habilidades interpersonales de comunicación. • Que sea empático. • Que de apoyo durante todo el proceso. 	Se formen expectativas positivas y realistas a partir de experiencias de otras mujeres	NR	Mantener la autonomía en las decisiones. La comunicación efectiva con el personal de salud.
da Silva, 2021 ⁵⁸	Los sitios de atención sean cercanos a sus sitios de vivienda. Los sitios de atención tengan buena percepción de atención.	Contar con personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Que sea empático. • Que de apoyo durante todo el proceso. 	NR	El apoyo familiar y por parte de la pareja en el proceso de trabajo de parto y parto.	Sentimiento de seguridad durante el parto. Que el primer contacto con el bebé suceda en el menor tiempo posible.

NR: No Reportado

- *Necesidades relacionadas con la infraestructura o los recursos de los centros de atención*

En la revisión se identificaron 5 artículos que describen información cualitativa referente a esta categoría 3 en América, 1 en Europa y 1 en Asia. Sobre las instituciones donde se prestan servicios de salud (clínicas, hospitales, unidades de atención) la mayoría de los estudios resaltan que las mujeres consideran importante contar con un lugar con un ambiente acogedor y privado, al igual que las tecnologías y el personal capacitado necesarios para la atención del parto.^{47,56,57}

En los estudios realizados en Europa (Países Bajos) las mujeres consideran que la infraestructura de estos ambientes, además de ser acogedoras, deben promover la conexión con el personal de salud.⁴⁴⁻⁴⁷ En el estudio realizado en Asia (Nepal) las mujeres más frecuentemente prefieren los partos en lugares designados por sus creencias religiosas y que les permiten cumplir ciertos rituales.⁵⁵ Estos lugares están generalmente en sus terrenos, pero fuera del hogar, que son pequeñas áreas o establos donde suelen alojarse los animales. Asociado a esto, las mujeres resaltan la creencia de que los partos generan contaminación y por ende no deberían ocurrir en sus hogares, de esta forma mantienen su seguridad cultural. Aun así, estas mujeres no desconocen la importancia de tener acceso a centros de salud cercanos a sus viviendas en caso de complicaciones con los partos.⁵⁹

En América hay dos panoramas diferentes, por un lado, en EE. UU. las mujeres resaltan la importancia de contar con ambientes privados y que faciliten la toma de ciertas decisiones.⁵⁸ Por otro lado, en los 2 estudios realizados en Brasil las mujeres enfatizan la necesidad de contar con disponibilidad de camas y personal de salud en lugares de atención cercanos a sus viviendas, dejando en segundo plano los ambientes privados o íntimos.^{57,58}

- *Necesidades relacionadas con el talento humano en salud*

En 12 artículos de los 15 escogidos para esta revisión se reportó información sobre aspectos importantes en relación con el talento humano en las tres regiones (Europa, Asia y América). Las necesidades que las mujeres resaltan en la mayoría de los estudios son: la empatía del personal de salud y su apoyo durante todo el proceso, las habilidades interpersonales de comunicación, el respeto a la autonomía, el brindar información oportuna, la cualificación y el entrenamiento adecuado, y el fomentar una relación médico paciente efectiva y respetuosa.^{44-50,53,56-58}

En Europa (Países Bajos), se encontró que las mujeres consideran importante el papel de las parteras en la atención de los partos de bajo riesgo y la disponibilidad de estas en los centros de atención, asimismo de personal capacitado en analgesia epidural para el control del dolor.⁴⁴⁻⁴⁷ En Asia (Taiwán) es de gran importancia para las mujeres que el personal fomente e implemente los planes de parto en la atención de los mismos,⁵⁰ mientras que en países asiáticos de menos recursos (Nepal) se hace necesario que el personal de salud sirva de mediador entre la práctica médica occidental y la cultura de manera respetuosa a sus creencias.⁵⁵ En América (Brasil) las mujeres mencionan la importancia de que los profesionales de salud además de ser empáticos y que brinde apoyo en el proceso con una comunicación efectiva, tengan un papel relevante en la obtención y la elección del lugar de atención del parto.⁵⁷

- *Necesidades relacionadas con la cultura y prácticas sociales de las mujeres*

En 4 de los artículos incluidos en esta revisión se reportaba información sobre la cultura y las prácticas sociales, 2 en Europa, 1 en Asia y 1 en América. En general, en Europa (Países Bajos y Noruega) las mujeres consideran a las parteras como las más idóneas para la atención de partos de bajo riesgo, teniendo en cuenta que estas se catalogan como profesionales del área de la salud y se adaptan a las expectativas de las mujeres, por ejemplo, con la atención de partos en casa.^{44,49} En Asia (Nepal) las mujeres resaltan la seguridad cultural como un elemento

importante dentro de las prácticas sociales de las comunidades, y por esta razón el artículo propone la necesidad de permitir estas prácticas culturales junto al acompañamiento de los curanderos espirituales en muchos de los hospitales y centros de salud, de tal forma que se mantenga tanto la seguridad médica como la cultural.⁵⁵ En América (Brasil) se evidencia que las prácticas e interacciones sociales condicionan las expectativas y creencias de parto de las mujeres, esto quiere decir que las mujeres se encontraron predispuestas a tener una experiencia negativa debido a las anécdotas contadas por otras mujeres cercanas a ellas quienes ya habían atravesado por el proceso de parto previamente.⁵⁷

- *Necesidades relacionadas con el soporte social y económico*

De los artículos elegidos para esta revisión 7 presentan información sobre el soporte social y económico, 3 en Europa, 2 en Asia y 2 en América. La mayoría de estos hacen referencia al apoyo por parte de la familia y la pareja en el proceso de trabajo de parto y parto. En Europa (Países Bajos, Islandia) se hace la diferencia entre el apoyo aportado por los familiares y el que brinda la pareja, además se resalta que para las mujeres tiene gran importancia la presencia de un apoyo económico adecuado y suficiente.⁴⁶⁻⁴⁸ En América (EE. UU), no solo se habla del papel de los familiares (incluyendo la pareja) sino de los amigos y conocidos en el caso de mujeres solteras. Además, las mujeres resaltan la importancia de la disponibilidad de traductores para las migrantes, teniendo en cuenta que este país tiene amplia población migrante que no habla el idioma. Estas mujeres refieren a amigos y familiares como los más adecuados para la labor, puesto que estos comprenden mejor los contextos y los sistemas de creencias y podrían expresarlos mejor al personal de salud en el trabajo de parto y durante el parto.⁵⁶

- *Necesidades para mantener y promover una adecuada salud mental y emocional durante el parto*

13 de los 15 artículos de esta revisión presentan información al respecto de la salud mental y emocional. En general, esta es la categoría con mayor cantidad de información. En Europa (Países Bajos y Noruega) las mujeres consideran importante que su desempeño durante el trabajo de parto las haga sentir orgullosas y complacidas, haciendo hincapié que esto lo logran con partos espontáneos, vaginales y sin complicaciones, también consideran importante que el primer contacto con sus bebés sea lo más pronto posible, que haya un adecuado manejo del dolor que les permita hacerse sentir en control de la situación.^{44-47,49} Para las mujeres en Asia (Taiwán, Bangladesh, Irán, Arabia Saudita y Nepal) es importante el sentimiento de autonomía en las decisiones con respecto al parto, sentir apoyo de familiares y respeto por sus emociones por parte del personal de salud.^{50,51,53-55} Por último, para las mujeres de América (EE. UU y Brasil) también es importante el sentimiento de autonomía, acompañamiento familiar y contacto con él bebé en el menor tiempo posible. Además de esto, el sentimiento de seguridad dado por una comunicación efectiva con el personal de salud.

Resultados cuantitativos

Con respecto a los hallazgos cuantitativos recopilados en la Tabla 6, se observó que la categoría que más información reporta es la relacionada con el talento humano en salud (n=5) mientras que en la que menos resultados se observan es la relacionada con infraestructura o recursos de los centros de atención (n=1). En Europa, la categoría más estudiada nuevamente fue la del talento humano en salud (n=4), y en Asia fue la relacionada con el soporte social y económico (n=3), en cambio, las categorías de infraestructura o recursos de los sitios de atención y cultura y prácticas sociales no fueron estudiadas. En América, no se evidenciaron resultados cuantitativos entre los artículos revisados.

Table 6. Aspectos importantes para las mujeres en la atención del parto de los estudios incluidos por categorías – resultados cuantitativos.

Estudio: autores, año	Infraestructura o los recursos de los centros de atención	Talento humano en salud	Cultura y prácticas sociales	Soporte social y económico	Mantenimiento y promoción de la salud mental
EUROPA					
Truijens, 2014 ⁴⁴	NR	NR	Las mujeres multíparas con parto en casa se relacionan con mejor experiencia de parto. (p <.001)	NR	NR
Karlsdottir, 2017 ⁴⁸	NR	<p>Experimentar el apoyo durante el parto por parte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las parteras (88%) (b = 0,30). - los estudiantes de partería u otros profesionales de la salud (12%). <p>El manejo y la percepción del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epidural (38%) - sin epidural (62%). 	Experiencia de apoyo por parte de la partera durante el parto (b = 0,30).	NR	Tener una actitud y pensamientos positivos con respecto al parto (b = 0,30). Experimentar baja intensidad de dolor durante el parto (b = 0,45).
Dahlberg, 2013 ⁴⁹	NR	Se genere un equipo con las parteras sus estudiantes y las gestantes y que este comprenda las necesidades de la mujer (+4 - +5)	Presencia de una partera o estudiante de partería durante el trabajo de parto (+4 - +5)	El apoyo por parte de la pareja y de una partera. (+4 - +5)	Sentirse en confianza (+5 - +2), apoyadas y escuchadas por parte de las parteras y de los miembros de la familia (+3 - +5)

Wiegers, 2009 ⁴⁵	NR	Conocer previamente al personal de salud que atenderá el parto (9.13 en escala de 0 - 10) (p<0.001)	Los partos sean atendidos por las parteras escogidas (9.16 en escala de 0 - 10) Los partos sean atendidos en los lugares elegidos: - Parto en casa (9.33 en escala de 0 - 10) - Parto en centro de salud primario (9.22 en escala de 0 - 10)	NR	NR
Gärtner, 2014 ⁴⁶	NR	La cualificación del personal de salud (75%) El personal de salud provea información clara (47%)	NR	NR	Tener confianza en que el trabajo de parto seguirá un curso adecuado (29%) Sentirse seguras del entorno y de sí mismas durante el trabajo de parto (40%) El saber del estado de salud del recién nacido después del parto (82%) El saber su propio estado de salud después del parto (42%) El tiempo transcurrido hasta el primer contacto con el recién nacido (53%)
ASIA					
Su-Chen, 2010 ⁵⁰	NR	El personal de salud cree en conjunto con las mujeres los planes de parto (t=2.48, p= 0.01)	NR	NR	Los planes de parto tuvieron un mejor cumplimiento de las expectativas de las mujeres en

					el proceso de parto (t=3.74, p <0.001)	
Rahman, 2020 ⁵¹	NR	NR	NR	Tener a su esposo presente durante el parto. (p: 0.000) (85%)	NR	
Takayama T, 2019 ⁵²	Las mujeres que dieron a luz en centros de salud tenían más probabilidad de tener mayor satisfacción en el parto comparadas con las que dieron a luz en el hogar, ajustado a sus características sociodemográficas y obstétricas (odds ratio bruto: 5,44, intervalo de confianza del 95%: 3,03 a 9,75) (odds-ratio ajustado: 6,05, intervalo de confianza del 95%: 2,81 a 13,03).	NR	NR	NR	NR	
Zamani, 2019 ⁵³	NR	NR	NR	El apoyo por parte de la pareja y familiares (p=0.042), que tiene mayor impacto durante el parto vaginal (p=0.04) y la mayor edad gestacional (p=0.003).	NR	
Mahmoud, 2013 ⁵⁴	NR	NR	NR	La presencia de no más de un	NR	

acompañante durante el parto (88%).
Los acompañantes tengan experiencia en dar apoyo (75,9%)
Los acompañantes trabajen en el área de la salud (14%).
Algunas mujeres consideran más beneficioso no tener ninguna compañía durante el parto (35.9%)

NR: No Reportado

Fuente: Elaboración propia

Por categorías los resultados cuantitativos los resultados son los siguientes.

- *Necesidades relacionadas con la infraestructura o los recursos de los centros de atención*

De los artículos revisados solo 1 muestra información cuantitativa relacionada a esta categoría, por lo que no es posible realizar una comparación de necesidades o aspectos importantes para las mujeres entre regiones. El estudio en cuestión se realizó en Asia (LAOS) y hace una comparación entre la experiencia de parto de las mujeres que tuvieron partos en casa versus partos en hospitales o centros de atención en salud, encontrando que las mujeres que tenían partos en instituciones de salud presentaban mayor tasa de satisfacción.⁵²

- *Necesidades relacionadas con el talento humano en salud*

5 de los 10 artículos con información cuantitativa poseen resultados sobre el talento humano en salud. En general las mujeres consideran importante que el personal de atención les provea información clara y comprenda sus necesidades.^{46,49} En Europa un estudio (Islandia) encontró que las mujeres prefieren a las parteras para el acompañamiento durante el parto, aun así, para estas mujeres no solo es necesario que estén disponibles, sino que aparece una nueva necesidad y es el conocer previamente al personal que va a estar y va a apoyar el parto.⁴⁸ En otro estudio (Países Bajos) identificaron que el sistema primario de atención materna facilita que las mujeres con embarazos de bajo riesgo sean vistas durante toda la gestación por un mismo grupo de profesionales que en muchos casos corresponde a una única partera (elegida por las mujeres), con gran frecuencia es la misma que atiende los partos (siempre y cuando no existan factores de riesgo que indiquen complicaciones). Además, por el contexto social de aceptación de la partería, las mujeres con mayor frecuencia asisten a los controles prenatales directamente con las parteras y no con ginecólogos, estas prefieren o planean los partos en casa por lo que para las mujeres las parteras representan una forma segura de llevar estos a cabo.^{45,47}

- *Necesidades relacionadas con la cultura y prácticas sociales de las mujeres*

Los 4 artículos que muestran información al respecto de esta categoría se realizaron en Europa (Noruega y Países Bajos), en países de altos ingresos, donde el uso de la partería se puede considerar una práctica social e incluso culturalmente integrada al servicio de salud y de fácil acceso.^{45,49} Otra práctica que puede considerarse generalizada en estas sociedades es el parto en casa, siempre que sea de bajo riesgo y no se evidencie alguna señal de posible complicación, en cuyo caso las gestantes serán referidas a servicios de ginecología o de atención secundaria. Estos estudios señalan que las mujeres prefieren los partos en los hogares en compañía de una partera, aun así, esto no significa que las experiencias en los centros de salud sean deficientes o no cumplan con las expectativas de las mujeres.^{44,45}

- *Necesidades relacionadas con el soporte social y económico*

4 de los 10 artículos con información cuantitativa hablan de las necesidades de las mujeres de soporte social y económico, 3 en Asia y 1 en Europa. En general, se reporta la importancia de la presencia de la pareja y el apoyo de los familiares durante todo el proceso para las mujeres. En Asia (Irán) este aspecto es identificado como el único con asociación a la experiencia de parto positiva, sobre todo en las mujeres con mayor edad gestacional y que tuvieron partos vaginales. En este mismo artículo se menciona que este apoyo debía ser brindado por alguien significativo para las mujeres puesto que representa una fuente de seguridad y calma.⁵³ En otro estudio asiático (Arabia Saudita), aunque se menciona la importancia del apoyo por alguien significativo, cobra más importancia la elección de esta o estas personas, e incluso la limitación del número de los que pueden ingresar durante el parto. Además, las mujeres consideran importante que quienes estén presentes tengan experiencia en dar apoyo e incluso sean personal de salud de cualquier tipo. También se vio que las mujeres que recibían algún tipo de educación acerca del nacimiento preferían estar apoyadas por alguien durante el parto, aunque casi un tercio de las mujeres preferían no tener compañía porque no lo consideraban de ayuda y por el contrario podían llegar a sentirse expuestas.⁵⁴

- *Necesidades para mantener y promover una adecuada salud mental y emocional durante el parto*

4 de los estudios hablan de aspectos relacionados al mantenimiento y promoción de la salud mental, 3 en Europa y 1 en Asia. En Europa (Países Bajos), se evaluaron aspectos como la actitud de las mujeres con respecto al parto, la sensación de seguridad, apoyo y comprensión relacionándolos de manera directa con la experiencia de parto, como la preocupación en el posparto inmediato por el estado de salud propio y del recién nacido, que puede aumentar el estrés y afectar la experiencia de parto. Se resalta la importancia de que los proveedores de servicios de salud consideren estas preocupaciones para mejorar las experiencias de las mujeres al resolver las dudas y la incertidumbre que genera el parto.⁴⁶ También es mencionada la percepción del dolor por parte de las mujeres proponiendo que el sentir dolor durante el parto puede ser concebido como una experiencia positiva dependiendo de las expectativas del dolor y el control del mismo, llegando a la conclusión de que el personal de salud debe ser partícipe en el entendimiento de estas expectativas y pensamientos acerca del dolor con el fin de usarlo como herramienta que permita el conocimiento, seguridad y control del mismo de manera individualizada al momento del parto.⁴⁸ En Asia (Taiwán), se evaluó la eficacia de los planes de parto para generar experiencias positivas, concluyendo que el conocer de primera mano las expectativas y preferencias de las mujeres con respecto a sus procesos de parto mediante la creación conjunta de estos planes hace que sea más fácil satisfacer las necesidades de las gestantes y por ende llegar a una experiencia de parto más exitosa.⁵⁰

Discusión

En esta revisión se encontraron 15 artículos distribuidos en tres regiones (continentes): Europa, Asia y América que permitieron identificar las necesidades de las mujeres en estos territorios y a partir de esto realizar comparaciones, encontrando similitudes y diferencias entre ellas.

Consideramos que los hallazgos más importantes en cuanto a las similitudes encontradas son: Primero, la relevancia que otorgan las mujeres al respeto de la autonomía de sus decisiones y acciones, como por ejemplo que sea respetado el deseo de la mujer de parir en casa o en una institución de salud sin que intenten convencerlas de lo contrario o no sean escuchadas.⁴⁴ Segundo, la necesidad de que el personal de salud sea empático y brinde información oportuna, ya que esto puede facilitar la reducción del estrés y la toma de decisiones informadas. También mencionan que este personal debe actuar como mediador y fortalecer el rol activo de las mujeres durante todo el proceso, de forma que escuche sus deseos y prioridades, pero sin sobreponerlos a la seguridad de la mujer y del bebé.⁴⁶ Como tercer hallazgo se menciona el respeto por parte del personal de salud hacia las prácticas socioculturales de cada una de las mujeres. Algunos de los artículos mencionan que escucharlas y encontrar la forma de incluir estas prácticas en la atención normal del parto puede favorecer su confianza sobre el personal y mejorar el cuidado médico al encontrar el punto intermedio entre la seguridad cultural y la seguridad médica.⁵⁵ Algunas prácticas por ejemplo son, en Europa el uso de parteras y los partos en casa, en Asia la inclusión de los curanderos y los rituales, o en América los relatos de las experiencias de parto entre mujeres de las comunidades. ^{44,49,55,57}

Sobre las necesidades de las mujeres se encontraron ciertas particularidades por regiones, por ejemplo, en Europa se incluyeron estudios realizados en países de ingresos altos, y se identificó que las mujeres necesitan contar con una adecuada capacidad económica que permita cubrir sus gastos médicos, aunque mencionan que el valor de estos es insignificante para ellas.⁴⁷ Además, necesitan contar con personal de salud que promueva la relación médico paciente, al que conozcan con antelación y que las acompañe desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto.^{46,47,49} Con respecto al parto estas las prefieren en el hogar y atendidos por parteras que hagan un adecuado manejo del dolor y del estrés.^{44,47-49}

En Asia, donde se identificaron estudios realizados en países con ingresos medio-bajos y altos, algunas de las necesidades descritas en los países de altos ingresos implican disponibilidad de más recursos en los sistemas de salud y las instituciones de cada uno de estos países comparadas con las necesidades de los países de ingresos medio-bajos. Las mujeres asiáticas resaltan la necesidad de contar con infraestructura que permita la seguridad cultural, es decir, que los centros de salud estén adaptados a este tipo de prácticas. Por ejemplo, en Nepal las mujeres estudiadas usan los establos como sitios de parto, ya que cultural y religiosamente se dice que el parto puede “contaminar” sus hogares y ofender a sus dioses. Además, el posparto requiere de sitios privados y limpios para poder realizar otra serie de rituales; lo que intrahospitalariamente podría traducirse en salas de parto individuales y un lugar específico para el posparto, así como también la disponibilidad de médicos tradicionales y/o de planes de parto. Adicionalmente, en cuanto al parto las mujeres prefieren los partos en casa porque en sus hogares se puede garantizar mejor el cumplimiento de sus rituales y deseos. Sin embargo, relacionan la conciliación entre sus creencias culturales y la medicina occidental como una necesidad, pero también como una oportunidad para satisfacer tanto su seguridad médica como cultural, en aras de promover

la sensación de autonomía y seguridad buscando así disminuir los niveles de ansiedad y estrés.^{50,54,55}

En América, se identificó un estudio realizado en un país de ingresos altos y otro de ingresos medio altos en los que las mujeres tuvieron discrepancias con respecto a las necesidades. Las mujeres de EE. UU necesitan un ambiente privado que facilite la toma de decisiones, permita los acompañantes y en casos específicos cuenten con traductores.⁵⁶ Las mujeres en Brasil, le dan más relevancia a la disponibilidad y accesibilidad de los recursos en lugares de atención cercanos a su vivienda, también le dan importancia a la socialización de experiencias previas de parto propias o de otras mujeres de su entorno para formar opiniones, ideas y predisposiciones.⁵⁷

A pesar de las particularidades mencionadas, existen algunos aspectos que permiten inferir que ciertas necesidades como la disponibilidad de tecnologías y de personal capacitado y empático, el respeto por las prácticas socioculturales de las mujeres dentro de los centros de atención, y la percepción de autonomía son importantes para la mayoría de las mujeres sin importar su territorio de origen.

Las diferencias entre las necesidades de las mujeres no solo varían entre países de una misma región como el caso de EE. UU y Brasil, sino que también ocurren de región a región. Por ejemplo, en Europa y Asia, se encontró una diferencia en cuanto al lugar de atención del parto. Aunque ambas concuerdan con la preferencia por los partos extrahospitalarios, las mujeres en Europa prefieren los partos en casa, puesto que representan un beneficio en cuanto a privacidad y comodidad, además, las parteras están ampliamente disponibles en los sistemas de salud donde se realizaron los estudios y son ellas quienes manejan los embarazos y partos de bajo riesgo y prestan los servicios tanto en

los hogares como en centros primarios.^{44,46,49} Mientras que, en los estudios de Asia, las creencias culturales hacen ver al parto como algo sucio o contaminado, por lo que prefieren lugares fuera de las casas, como establos, que generalmente están en lugares cercanos a sus viviendas.⁵⁵ Las diferencias que pueden observarse entre los resultados están principalmente ligadas al entorno socioeconómico y cultural-religioso de cada una de estas regiones, pero también a las estructuras de sus servicios de salud y la disponibilidad de recursos de estos.

Otra diferencia importante es acerca de la necesidad de acompañamiento por un familiar o pareja durante el proceso de parto, ya que, aunque la mayoría de las mujeres requerían la presencia de estos, existen algunas mujeres que por razones culturales y religiosas, como es el caso de las mujeres Saudí, prefieren llevar este proceso solas para evitar sentirse expuestas y avergonzadas.⁵⁴

Un estudio realizado en Rwanda, no incluido en la revisión debido a que el algoritmo de búsqueda no arrojó como resultado este documento, que buscaba investigar cómo la percepción de las mujeres sobre el cuidado recibido durante el proceso de parto y parto se relacionaba con su experiencia de parto en general, identificó cinco predictores de experiencia positiva de parto, los cuales fueron: tener confianza en el personal de salud, recibir suficiente información durante el proceso, ser tratadas con respeto, tener apoyo por parte del personal de salud y tener contacto piel con piel inmediatamente después del parto.²⁵ Estos resultados, comparándolos con los obtenidos en esta revisión, son muy similares, en general todos los continentes concordaron con la confianza en el personal, el suministro de información, el trato respetuoso y el apoyo durante el proceso por parte de trabajadores de la salud. Con respecto al contacto piel con piel en la revisión sólo se identificaron 2 artículos que hacían mención de este aspecto uno en Europa (Países bajos) y uno en América (Brasil).^{46,58}

Por otro lado, cuando se comparan los resultados obtenidos en esta revisión con la guía de la OMS sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva en el ámbito hospitalario, pueden encontrarse similitudes y diferencias.¹⁹ En cuanto a las similitudes entre lo propuesto por la OMS y hallazgos en este trabajo pueden resaltarse: la necesidad de ambientes privados, comunicación efectiva y respetuosa con el personal de salud, acompañamiento durante el proceso por un familiar o persona allegada, el uso de parteras, el control del dolor y el contacto piel con piel prontamente después del nacimiento.^{19,46,48,49,56,58} Es importante precisar que la OMS sólo contempla las intervenciones médicas realizadas durante estos períodos, y hace recomendaciones en contra de ciertas prácticas como la episiotomía, el rasurado perineal, los enemas, los tactos vaginales repetitivos o las pelvimetrías de rutina.¹⁹ Lo anterior dificulta el consenso y comparación de las necesidades de las mujeres puesto que no cuenta con las mismas categorías de análisis, y tampoco se contemplan los partos en casa, aspecto que en esta revisión se encontró como una preferencia en ciertos grupos de mujeres.^{44-46,48,49}

Otro estudio realizado en México, no incluido en esta revisión por su énfasis en los aspectos que llevan a una percepción negativa del parto humanizado (incluyendo prácticas de VO), también menciona algunas necesidades relevantes para una experiencia positiva como: el uso adecuado de consentimientos informados para los procedimientos, el trato respetuoso y empático por parte del personal de salud, el acompañamiento por algún ser querido, el apoyo emocional y social por parte del personal de salud, familiares o entorno en general y la posibilidad de elección de posición de parto. Aunque esta última no fue mencionada en ninguno de los 15 artículos incluidos en esta revisión, las demás necesidades si fueron identificadas en los resultados de buena parte de los artículos.⁶⁰

Otro estudio realizado en Mozambique, que no fue incluido en esta revisión dada la baja satisfacción durante los partos de la población estudio, menciona un par de aspectos que facilitan la satisfacción de las mujeres con el parto. El primero, es tener compañía durante todo el proceso de trabajo de parto y parto, que también fue identificado en esta revisión, y el otro es la atención de los partos en instituciones de salud primarias, aspecto que no se menciona en esta revisión.⁶¹

En este trabajo se identificaron múltiples fortalezas y limitaciones que pueden influenciar los resultados presentados. En cuanto a las fortalezas identificadas se resalta la diversidad de la información obtenida, ya que se obtuvieron datos de 11 países divididos en 3 continentes, donde se incluyen países de diversos niveles de ingresos. Además, se incluyeron mujeres de distintas culturas, edades, de sitios rurales y urbanos, con distintos niveles educativos y socioeconómicos. Otra fortaleza es el rango de tiempo en el que se publicaron los artículos incluidos, que van desde el año 2009 al año 2021, lo que permite ver las necesidades de las mujeres en distintos momentos. Otra fortaleza es que se identificaron estudios que utilizaron métodos cualitativos o cuantitativos para el estudio de las necesidades de las mujeres y esto permitió una comprensión más amplia del tema.

En cuanto a las limitaciones se debe mencionar que no se encontró información de África ni Oceanía, y en aquellos continentes donde se identificaron estudios, el número de países no representa a la mayoría teniendo en cuenta la cantidad de países que existen en cada una de las regiones, por ejemplo, en América solo se encontraron 2 países de los 42 que existen según el Banco Mundial.⁴³ En Latinoamérica, un área de interés para los autores de esta revisión, solo se identificó 1 país (Brasil), de modo que no se logró alcanzar uno de los objetivos específicos de este trabajo relacionado con la consolidación de los aspectos importantes para la experiencia positiva de parto en esta región.

Otra limitación encontrada en el desarrollo de este trabajo es la variabilidad de conceptos y percepciones sobre lo que es o puede significar la experiencia de parto positiva. Para la OMS la experiencia positiva de parto se relaciona con la satisfacción de los deseos y expectativas propias de cada mujer, lo que dependiendo de cada contexto sociocultural, económico y religioso puede significar algo completamente diferente. Por ejemplo, mientras que para las europeas la disponibilidad de parteras para la atención de partos en casa representa una experiencia positiva, para las americanas específicamente las brasileras la disponibilidad de las camas de maternidad en un hospital ya representa una experiencia positiva. Lo anterior hace que la comparación de los aspectos importantes para las mujeres en la experiencia de parto sea difícil, no abarque la totalidad de necesidades y deje un área gris en cuanto a las similitudes que puedan encontrarse para establecer patrones comunes de atención en salud.

Una última limitación identificada, fue no haber podido conseguir en texto completo 5 de los artículos que pasaron la selección. Igualmente, el idioma representó una limitación para incluir artículos de otras regiones ya que solo se consideraron artículos en inglés y español.

Para concluir, se puede decir que hay algunos elementos comunes en las regiones de las que se incluyeron artículos sobre las necesidades o aspectos importantes para las mujeres durante la atención del parto, para llevarlas a una experiencia positiva. Por otro lado, estos factores presentan una gran diversidad, que incluso hay que identificar en cada mujer. Esta revisión planteó 5 categorías de análisis que permitieron identificar ciertas necesidades similares que pueden ser aplicadas a la atención del parto. De estas categorías, se encontraron como similitudes más importantes en las regiones estudiadas: la necesidad de un rol activo por parte de las mujeres que les permita tomar decisiones en el proceso de parto, el personal

empático y comunicador y el respeto de las prácticas socioculturales propias de cada mujer. Sin embargo, estas categorías y necesidades propuestas no representan un patrón absoluto en ninguna atención ni en ninguna región, puesto que, aunque se identifiquen ciertos elementos en la población en general no implica que todas las mujeres van a tener una experiencia positiva de parto si estos están presentes, como el caso mencionado de las mujeres saudí.

Otra conclusión identificada, es que los requerimientos de las mujeres van cambiando a medida que estas tienen disponibles los elementos básicos de la atención, razón por la que en países de altos ingresos con mayor disponibilidad de recursos aparecen nuevas necesidades. Por ejemplo, nuevamente se puede mencionar a las europeas que en general cuentan con mayores recursos y para las que es necesario contar con atención más privada e individualizada de preferencia en el hogar, mientras que para las mujeres de Brasil donde cuentan con menos recursos que las anteriores, simplemente es necesario tener acceso a instituciones de salud donde personal capacitado pueda atenderlas.^{44,58}

Consideramos que los resultados conseguidos en este documento pueden ayudar a conocer las necesidades de las mujeres en el momento del parto, teniendo en cuenta que estas varían según las regiones y el contexto político, social, económico y cultural de cada una de estas. Lo anterior puede contribuir con el logro de una mejor atención médica integral, así como una experiencia de parto positiva y la implementación del parto humanizado en las diferentes instituciones de salud de cada región o país del mundo.

Como recomendaciones, planteamos la necesidad de realizar más investigaciones y estudios relacionados con la experiencia positiva de parto, que permitan profundizar en el conocimiento sobre las necesidades de las mujeres en cada región y país, así como plantear recomendaciones sobre la atención del parto más específicas. Se recomienda principalmente realizar más estudios en las áreas donde se obtuvo menos información como África, Oceanía y

América, específicamente en Colombia, considerando que es un país que cuenta con amplia diversidad sociocultural, económica y poblacional.

Adicionalmente, se recomienda al personal de salud, que además de tener en cuenta las necesidades generales y las específicas de cada región, indaguen sobre las preferencias y el contexto de cada mujer, de forma que se puedan adaptar las necesidades acá descritas y adicionar aquellas que cada mujer considere significativas. Es necesario, además de contar con las necesidades comunes identificadas en esta revisión, que el personal de salud se adapte a los entornos, e individualice las ideas y preferencias de las mujeres durante la atención del parto. Se recomienda también implementar y fomentar las recomendaciones de entes internacionales, como la OMS, y ajustarlas al contexto nacional, sin perder de vista la diversidad de cada región del país, además, dar cumplimiento a los lineamientos nacionales ya descritos.

Glosario

- *Alumbramiento*: Expulsión de la placenta y membranas después del parto.⁶²
- *DeCS*: Descriptores en Ciencias de la Salud, fue creado para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica.⁶³
- *Despatologizar*: Acción para quitar la categoría de enfermedad.⁶⁴
- *Dispareunia*: Dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito.⁶⁵
- *Epidural*: Dicho de una anestesia: Que se produce por inyección directa de un anestésico en la zona epidural de la médula y afecta a un área extensa.⁶²
- *Episiotomía*: Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.⁶²
- *Heterogeneidad*: Mezcla de partes de diversa naturaleza en un todo.⁶²
- *Matrona*: Persona especialmente autorizada para asistir a las parturientas.⁶²
- *Medicalización*: conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. Sinónimo de patologización.⁶⁶
- *Medico Tradicional*: Es aquel profesional de la salud que practica la medicina tradicional. Según la OMS la medicina tradicional es la suma de conocimientos, técnicas y practicas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud tanto física como mental.⁶⁷

- *MeSH*: "Encabezados de Temas Médicos" en español, es un vocabulario terminológico controlado para publicaciones de artículos y libros de ciencia, creado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.⁶⁸
- *Múltipara*: Dicho de una mujer: Que ha tenido más de un parto.⁶²
- *Nulípara*: Dicho de una mujer: Que nunca ha parido.⁶²
- *Oxitocina*: es una hormona que se sintetiza en el hipotálamo y estimula la musculatura lisa del miometrio uterino, donde aumenta la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones durante el trabajo de parto.⁶⁹
- *Patologización*: Es el proceso cuyo objetivo es mostrar como problemas de salud a características biológicas o a eventos vitales que en la práctica no lo son. Sinónimo de medicalización.⁷⁰
- *Primigestante*: Mujer embarazada de su primer hijo.
- *Puerperio*: Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.⁶²
- *Scoping review*: El término revisión "scoping" o de alcance, se refiere a un enfoque en el que se realiza una búsqueda rápida para mapear la evidencia en un área de investigación de gran volumen. Con este método, la profundidad y la amplitud de la cobertura de la evidencia varían según el objetivo de la búsqueda.⁴⁶
- *Seguridad cultural*: No existe una definición que sea mundialmente aceptada, pero Donna Kurtz, profesora en British Columbia la define como "un espacio social, emocional, espiritual y físicamente seguro para las personas, en el cual no hay agresiones o rechazo ni hacia su identidad cultural ni hacia quiénes son".⁷¹
- *Seguridad médica*: Hace referencia a la confianza, tranquilidad como resultado de la creencia de que no existe peligro para el individuo al estar en un estado de vulnerabilidad relacionado con un evento de salud.⁷²

- *Uterotónicos*: Son agentes farmacológicos utilizados para inducir la contracción o mayor tonicidad del útero.⁷³

Abreviaturas

DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
EE. UU	Estados Unidos de Norteamérica
LAOS	República Democrática popular Lao
LILACS	Literatura latinoamericana y del caribe en ciencias de la salud
MeSH	Medical Subject Headings
NR	No reporta
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PICO	Población, Intervención, Comparación, Ocurrencia
VO	Violencia obstétrica

Bibliografía

1. Fortuny M, Gallego J. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). *Rev Educ.* 2015;287:108.
2. Parra Cortés R. La Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Rev Derecho Ambient* [Internet]. 2018 Dec 31;(10):99. Available from: <https://revistaderechoambiental.uchile.cl/index.php/RDA/article/view/52077>
3. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, de Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar C de A, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3):377–82.
4. Cobo Gutiérrez C. La violencia obstétrica [Internet]. Universidad de Cantabria; 2016. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/CoboGutierrezC..pdf?sequence=4>
5. Leite TH, Pereira APE, Leal M do C, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord.* 2020 Aug;273:391–401.
6. Martínez Acevedo ID, Riaño Garzón AC. Percepción de la atención del parto visto desde la violencia obstétrica [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2019. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/16354?locale=es>
7. Ribeiro D. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. *Pesqui opinião pública Fundação Perseu Abramo.* 2016;301.
8. Mekonnen ME, Yalew WA, Anteneh ZA. Women’s satisfaction with childbirth care in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city, Northwest Ethiopia, 2014: Cross sectional study *Womens Health. BMC Res Notes.* 2015 Oct;8(1).
9. Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K, Filippi V. An investigation into mistreatment of

- women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: A mixed methods study. *Reprod Health*. 2019 Jan;16(1).
10. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PLoS One*. 2018 Mar;13(3).
 11. Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec;19(1).
 12. Begley C, Sedlicka N, Daly D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. Vol. 15, *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd.; 2018.
 13. Bradley J. *Obstetric Violence in the United States: the Systemic Mistreatment of Women during Childbirth*. DePaul University; 2017.
 14. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 Mar 1;102(3):586–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30448044>
 15. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Okafor LC. Does it happen and why? Lived and shared experiences of mistreatment and respectful care during childbirth among maternal health providers in a tertiary hospital in Nigeria. *Women Birth* [Internet]. 2021 Sep;34(5):477–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33067128>
 16. Sheferaw ED, Kim YM, Van Den Akker T, Stekelenburg J. Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. *Reprod Health*. 2019 Aug;16(1).
 17. Darilek U. A Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment. Vol. 39, *Issues in Mental Health Nursing*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 538–41.

18. Bohren MA, Mehtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019 Nov;394(10210):1750–63.
19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018. 210 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
20. World Health Organization. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. WHO, editor. 2015. 90 p.
21. Filby A, McConville F, Portela A. What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(5):e0153391. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27135248>
22. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010 May 27;10(May):25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20507588>
23. Mselle LT, Kohi TW, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Moland KM. Waiting for attention and care: birthing accounts of women in rural Tanzania who developed obstetric fistula as an outcome of labour. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2011 Oct 21;11(1):75. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/75>
24. Gómez Ángel YP, Ortíz Ferro MA. Parto Humanizado: Percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2020. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78858>

25. Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Jun 9;17(1):181. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28599645>
26. Lafaurie Villamil MM, Angarita de Botero M del P, Chilatra Guzmán CI. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria en salud. *Rev Enfermería Actual*. 2020;18(38):1–16.
27. Ramirez, V. Garcia, M. Limas C. Norma Técnica para la atención del Parto. 2019.
28. Quintana Martínez GP. Significado de las prácticas positivas en la atención del parto para médicos especialistas en ginecología de Colombia [Internet]. El Bosque; 2019. Available from: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2041/Quintana.Martinez_Ginna_Paola_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Castillo Ulloa LM. Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2017. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28269>
30. Lehner MP. Partos en la primera mitad del siglo XX. In: *Salud, sociedad y derechos*. Buenos Aires; 2012.
31. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados del Parto Normal: Una guía práctica*. 1996.
32. Laako H. Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 2016;61(227):167–94. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918\(16\)30025-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918(16)30025-3)
33. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Quishpe-Molina M del C, Triviño-Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio las Ciencias*. 2018;4(3):392.

34. Jacobo Vargas LM. Atención del Parto Humanizado en Instituciones de Salud de algunos países de Latinoamérica [Internet]. Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.a. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A; 2018. Available from: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/926>
35. Congreso de Colombia. Ley 2244 de 2022. Diario Oficial Colombia; 2022 p. 1–5.
36. Secretaría de Salud de Bogotá. Guía 3. Curso de preparacion para la maternidad y paternidad [Internet]. Bogotá; 2008. p. 1–56. Available from: [http://saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA 3. CURSO PREPARACION A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.pdf](http://saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA_3_CURSO_PREPARACION_A_LA_MATERNIDAD_Y_PATERNIDAD.pdf)
37. Felitti K. Parirás sin dolor : poder médico , género y política. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. 2011;18:113–29.
38. Ahmadpour P, Mosavi S, Mohammad-alizadeh-charandabi S, Jahanfar S. Evaluation of the birth plan implementation : a parallel convergent mixed study. 2020;17(138):1–9.
39. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. Women Birth [Internet]. 2021 Sep;34(5):407–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33039281>
40. Balaam M clare, Akerjordet K, Lyberg A, Kaiser B, Schoening E, Fredriksen AM, et al. A qualitative review of migrant women’s perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. J Adv Nurs [Internet]. 2013 Sep;69(9):1919–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23560897>
41. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J [Internet]. 2009 Jun;26(2):91–108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19490148>
42. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. Med Writ. 2015;24(4):230–5.
43. The World Bank Group. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. The

- World Bank. 2021. Available from:
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
44. Truijens SEM, Wijnen HA, Pommer AM, Oei SG, Pop VJM. Development of the Childbirth Perception Scale (CPS): perception of delivery and the first postpartum week. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):411–21.
 45. Wieggers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:1–8.
 46. Gärtner FR, Freeman LM, Rijnders ME, Middeldorp JM, Bloemenkamp KWM, Stiggelbout AM, et al. A comprehensive representation of the birth-experience: Identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–11.
 47. van Stenus CMV, Gotink M, Boere-Boonekamp MM, Sools A, Need A. Through the client’s eyes: Using narratives to explore experiences of care transfers during pregnancy, childbirth, and the neonatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–12.
 48. Karlsdottir SI, Sveinsdottir H, Kristjansdottir H, Aspelund T, Olafsdottir OA. Predictors of women’s positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study. *Women and Birth* [Internet]. 2018;31(3):e178–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.007>
 49. Dahlberg U, Aune I. The woman’s birth experience-The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* [Internet]. 2013;29(4):407–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
 50. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women’s childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet].

- 2010;47(7):806–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>
51. Rahman AE, Perkins J, Salam SS, Mhajabin S, Hossain AT, Mazumder T, et al. What do women want? An analysis of preferences of women, involvement of men, and decision-making in maternal and newborn health care in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–12.
 52. Takayama T, Phongluxa K, Nonaka D, Sato C, Gregorio ER, Inthavong N, et al. Is the place of birth related to the mother’s satisfaction with childbirth? A cross-sectional study in a rural district of the Lao People’s Democratic Republic (Lao PDR). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–13.
 53. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery* [Internet]. 2019;75:146–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>
 54. Al-Mandeel HM, Almufleh AS, Al-Damri AJT, Al-Bassam DA, Hajr EA, Bedaiwi NA, et al. Saudi women’s acceptance and attitudes towards companion support during labor: Should we implement an antenatal awareness program? *Ann Saudi Med*. 2013;33(1):28–33.
 55. Kaphle S, Hancock H, Newman LA. Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages. *Midwifery* [Internet]. 2013;29(10):1173–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.002>
 56. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. “Going through it together”: Being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021;284:114234. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114234>
 57. Almeida CAL de, Tanaka OY. Women’s perspective in the evaluation of the Program

- for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009;43(1):98–104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169581>
58. Da Silva Santos AP, Lamy ZC, Koser ME, De Paula Gomes CMR, Costa BM, Gonçalves LLM. Skin-to-skin contact and breastfeeding at childbirth: Women’s desires, expectations, and experiences | Contato pele a pele e amamentação no momento do parto: desejos, expectativas e experiências de mulheres. *Rev Paul Pediatr.* 2022;40.
 59. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. 646th ed. Publicación Científica y Técnica n°642. Washington D.C: Publicación Científica y Técnica; 2017. 99–102 p. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
 60. Álvarez-Villaseñor A. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2021;58(3):1–9.
 61. Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Valá A, Bergström A, et al. Mothers’ satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 Aug;19(1).
 62. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. 2014. Available from: <https://dle.rae.es/>
 63. BIREME, OPS, OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Biblioteca Virtual en Salud. 2017 [cited 2022 Sep 23]. Available from: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
 64. Ávila F. Trans, disforia, despatologización, alga, vapeo [Internet]. *Ámbito Jurídico.* 2019. Available from: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/etcetera/educacion-y-cultura/trans-disforia-despatologizacion-alga-vapeo>
 65. Litin S. Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic. 5th Ed. Rochester: Mayo Clinic Press;

2018. 1392 p.
66. Pfeiffer M. Medicalización de la vida. *Rev Bras Bioética*. 1969;11(1-4):30-59.
 67. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra; 2013. 1-72 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>
 68. National Library of Medicine. Medical Subject Headings [Internet]. Medical Subject Headings (MeSH). 2021 [cited 2022 Sep 23]. Available from: https://www.nlm.nih.gov/mesh/intro_preface.html#pref_hist
 69. Rodríguez Carranza R. Oxitocina: estimulantes de la contractilidad uterina. In: *Vademécum Académico de Medicamentos* [Internet]. 6ª Ed. Mexico D.F: McGraw Hill; 2015. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552§ionid=903739>
15
 70. Fundéu Argentina. Patologización y patologizar, neologismos válidos [Internet]. Fundación Instituto Internacional de la Lengua Española. 2018. Available from: <https://fundeu.fiile.org.ar/page/recomendaciones/id/153/title/-patologización--y--patologizar-,-neologismos-válidos#:~:text=El neologismo patologizar significa “dar,sustantivo o del adjetivo básicos”>.
 71. Universidad de la Sabana. Aprendizaje transformativo para fomentar la seguridad cultural [Internet]. Portal de noticias. 2022 [cited 2022 Oct 11]. p. 1. Available from: <https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/aprendizaje-transformativo-para-fomentar-la-seguridad-cultural/>
 72. Moreno Guerrero A. Seguridad Médica [Internet]. Scribd. [cited 2022 Oct 11]. p. 1-15. Available from: <https://es.scribd.com/doc/110392205/Seguridad-Medica>
 73. USAID. Usos de medicamentos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia

pos t parto, y con otros fines obstétricos [Internet]. 2019. Available from:
https://www.ghsupplychain.org/sites/default/files/2019-11/Spanish_PPH Info
Summary - Updated - 20191024 FINAL.pdf

Anexos

Anexo 1. Documento de extracción de datos (elementos utilizados para la selección de artículos, extracción de datos y verificación de criterios de elegibilidad)

- *Primera revisión PubMed (titulo):*

Nombre artículo	Evaluador 1	Evaluador 2	Final	Observaciones
-----------------	-------------	-------------	-------	---------------

- *Segunda revisión PubMed (abstract):*

Nombre artículo	Final 1 revisión	Revisión abstract	Comentarios
-----------------	------------------	-------------------	-------------

- *Recuperación PubMed (textos completos):*

Nombre artículo	Final 1 revisión	Revisión abstract	Comentarios	Completos
-----------------	------------------	-------------------	-------------	-----------

- *Primera revisión LILACS (titulo):*

Nombre artículo	Evaluador 1	Evaluador 2	Final	Observaciones
-----------------	-------------	-------------	-------	---------------

- *Segunda revisión LILACS (abstract):*

Nombre artículo	Final 1 revisión	Revisión abstract	Comentarios
-----------------	------------------	-------------------	-------------

- *Recuperación LILACS (textos completos):*

Nombre artículo	Final 1 revisión	Revisión abstract	Observaciones	Completos
-----------------	------------------	-------------------	---------------	-----------

- *Aplicación de criterios de elegibilidad:*

criterios / títulos	Elegibilidad	Exclusión	Decisión
---------------------	--------------	-----------	----------

- *Extracción de datos:*

Título	Autores	Características de los investigadores	Año	País	Cualitativo	Cuantitativo	Tipo de estudio (metodología)
--------	---------	---------------------------------------	-----	------	-------------	--------------	-------------------------------

Población			Resultados	
Numero	Dónde tomaron la muestra	Características sociodemográficas	Qué querían averiguar, qué metodología utilizaron para averiguarlo (descrita de manera detallada)	

Intervención	Comparación	Ocurrencia	Resultados cualitativos/cuantitativos				Observaciones y comentarios
sí aplica	sí aplica. de la experiencia	Experiencia de parto positiva	Infraestructura o los recursos de los centros de atención	Talento humano en salud (preparación técnica, respeto, empatía, comportamiento)	Cultura y practicas sociales de las mujeres	Soporte social y económico	Mantención y promoción de la salud mental