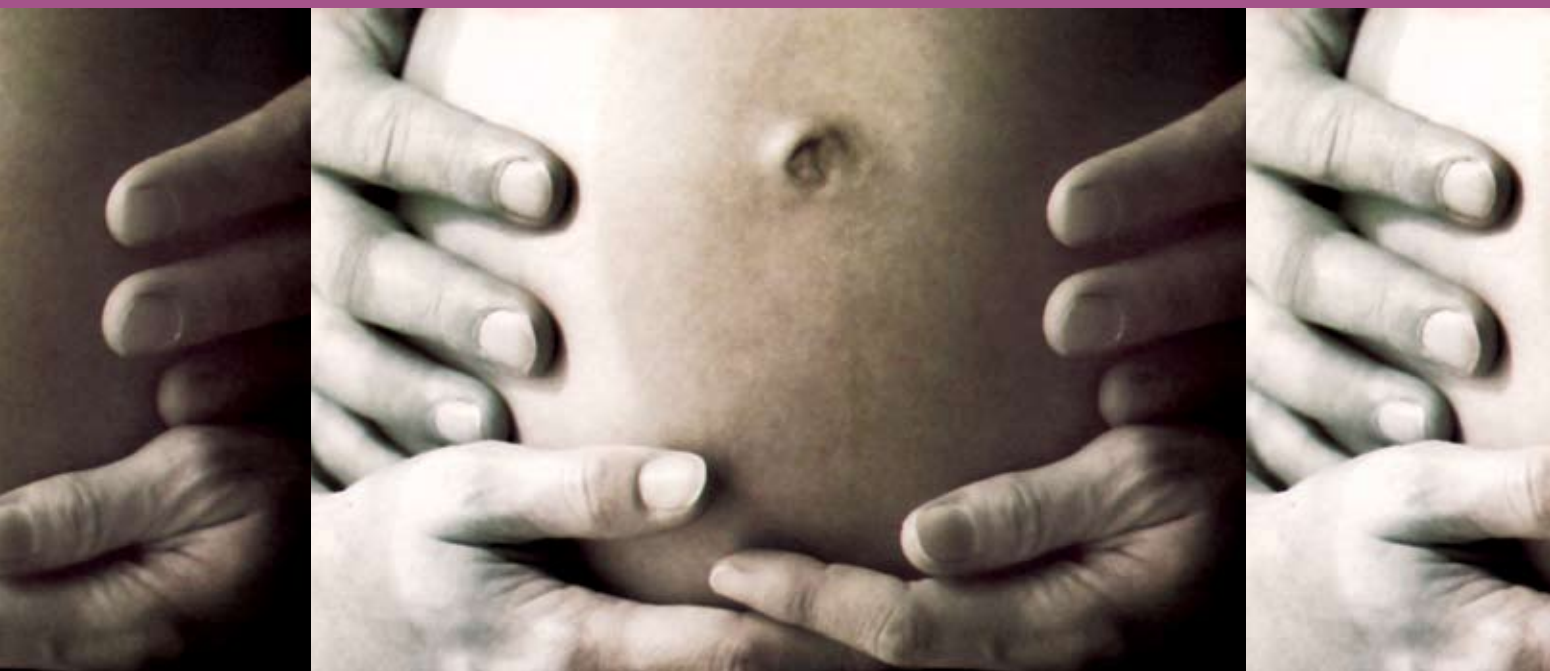


# EMBARAZO PARTO PUERPERIO



**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

## EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

### Acceder a información y consejería

### para ejercer la maternidad y la paternidad de forma responsable

así como contar con atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, es un derecho reproductivo.

El concepto de salud sexual y reproductiva ha llegado para quedarse a partir de los nuevos paradigmas acordados a nivel internacional por los organismos referentes en salud como la Organización Mundial (OMS) y la Organización Panamericana (OPS) y por los Estados que han adoptado las recomendaciones emanadas de Convenciones y Conferencias de las Naciones Unidas, particularmente en las últimas décadas del siglo XX.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se reconoce, como nunca antes, el derecho de la mujer a decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. Este acuerdo asumido por 179 países marcó un pronunciado giro en el vínculo entre el desarrollo y la población, ubicando a las personas como centro de preocupación de las políticas de desarrollo, cuestionando cualquier interés demográfico que ponga en riesgo los derechos humanos.

En ese sentido, el histórico modelo de atención materno-infantil ha sido superado por una concepción más integral de atención enfocada en el acceso a servicios seguros, asequibles y eficaces de salud sexual y reproductiva que garanticen a mujeres y varones todos los requerimientos para ejercer su sexualidad y capacidad reproductiva, sin inconvenientes innecesarios.

Traer un nuevo ser al mundo es, entonces, una decisión libre que toman las mujeres, en acuerdo con su entorno, su historia de vida, sus parejas, sus convicciones y sus necesidades, y debe ser un derecho reconocido, garantizado y respetado por las sociedades y los Estados.

Esto incluye contar con condiciones que efectivamente permitan a la mujer y a su pareja, cuando deciden tener hijos, vivir esa experiencia sin temores, sin prejuicios, sin complicacio-

nes y con el placer y la responsabilidad de ser madre y padre.

El embarazo, parto y puerperio constituye un proceso por el que atraviesan las mujeres que deciden tener hijos a lo largo de su vida reproductiva. Se trata de un proceso que en la mayoría de las situaciones, no debe abordarse como problema o enfermedad, salvo que se presenten algunas complicaciones.

### Embarazo

La atención durante el embarazo consiste en una serie de intervenciones sanitarias que tienen por finalidad informar sobre las condiciones normales del embarazo, brindar información sobre prácticas beneficiosas para la salud, prevenir, detectar precozmente y tratar adecuadamente dificultades que pudieran surgir durante el transcurso del mismo e informar sobre los derechos de la mujer durante el embarazo.

Se recomienda que las consultas durante el embarazo sean programadas cada mes durante las primeras 32 semanas de gestación, cada quince días entre las semanas 32 y 35 y de manera semanal desde la semana 36 hasta el momento del parto. La consulta puede ser realizada por un médico o una partera y se lleva a cabo, generalmente, en instituciones de primer nivel de atención.

### Una adecuada atención durante el embarazo incluye:

- Asesoramiento sobre buenos hábitos nutricionales y alimenticios antes y durante el embarazo.
- Exámenes prenatales para detectar problemas precozmente.
- Ecografías para evaluar el desarrollo del feto, la placenta y el líquido amniótico.

**Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)** es una organización no gubernamental feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones. Mediante la producción y difusión de conocimientos. A través de la sensibilización, información, capacitación y asesoramiento. Trabajando articuladamente con diversos actores del ámbito académico, social, gremial, comunitario, gubernamental y político. Actuando en lo nacional y en estrecho vínculo con lo regional e internacional. MYSU busca incidir en el desarrollo de la igualdad de oportunidades para que mujeres y varones, sin sufrir discriminaciones de ningún tipo, puedan ejercer todos sus derechos humanos, incluidos el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

**Derechos sexuales:** contar con las condiciones para poder vivir la sexualidad de forma libre y placentera sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Acceder a servicios de calidad que brinden orientación, información, educación, prevención y asesoramiento para que las personas puedan ejercer su sexualidad, de acuerdo al género, la identidad, orientación u opción sexual que adopten. Reconocer la diversidad de expresiones y formas de ejercer la sexualidad y gozar de las condiciones para tener una vida sexual basada en el respeto mutuo y la responsabilidad compartida. Acceder a una amplia gama de métodos anticonceptivos. Contar con acceso universal para el diagnóstico, prevención, asistencia y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo medicación de calidad cuando se vive con VIH.

**Derechos reproductivos:** tener las condiciones para poder decidir de forma libre, sin coacción ni violencia, si tener hijos o no, cuántos, cuándo, con quién y con qué frecuencia. Contar con acceso universal a servicios de calidad que respondan de forma integral a los requerimientos de mujeres y varones, en las distintas etapas de la vida reproductiva. Tener fácil acceso a información clara, oportuna, no discriminatoria y basada en evidencia científica. Contar con una atención en salud que ofrezca privacidad, confidencialidad y respuesta profesional y segura ante situaciones de embarazo, parto, puerperio y aborto. Acceder a las nuevas tecnologías para la prevención y tratamiento de la infertilidad. Contar con métodos confiables de diagnóstico y tratamiento de cánceres del sistema reproductivo. Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos. Contar con servicios de acceso universal para la información, prevención, atención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo medicación y atención de calidad cuando se vive con VIH.

MYSU cuenta con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Global Fund for Women e Internacional Women Health Coalition.

© MYSU MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Salto 1267 CP 11200 Montevideo – Uruguay

Telfax (5982) 410-3981 / 410-4619

Email institucional: mysu@mysu.org.uy / secretaria@mysu.org.uy

Sitio Web: www.mysu.org.uy

**Realización:** Lilián Abracinskas – Alejandra López Gómez

**Asistencia de edición:** Daniela Tellechea - María Mutilva

**Diseño:** Rodrigo López

**Impresión:** Rosgal

### Para la elaboración de este material se contó con los aportes de:

Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo (**UNICEM**)

Tel: 486-4175 Email: unicem@unicem-web.org

Sitio web: www.unicem-web.org

Red de Latinoamericana y Caribeña de Humanización del Parto y el Nacimiento (**RELACAHUPAN – Uruguay**)

Tel. 601-1462 / 901-1213. Email: reurhupa01@hotmail.com - relacahupan@gmail.com

CUADERNO DE DIVULGACIÓN SOBRE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se distribuye con **la diaria**

- Exámenes de rutina para detectar: infecciones de transmisión sexual, problemas de incompatibilidad sanguínea, diabetes, trastornos genéticos si hay antecedentes familiares y/o la edad de la mujer indica la necesidad, anomalías en la presión arterial, anemia, toxoplasmosis, hepatitis B, Chagas y colonización vaginal por Streptococo del grupo B.

Generalmente, en cada consulta se registra el aumento de peso, la presión arterial, la altura uterina y los ruidos cardíacos fetales (de la manera adecuada) y se llevan a cabo exámenes de tamizaje urinario de rutina.

La atención durante el embarazo es fundamental para diagnosticar riesgos y poder tratarlos de manera oportuna. Los embarazos se pueden clasificar: de alto o bajo riesgo. La mayoría de los embarazos son de bajo riesgo y requieren los cuidados de rutina. En cambio, cuando por alguna razón se le dice a la mujer que su embarazo es de alto riesgo, esto significa que se detectaron algunos factores que ameritan que se vigile más de cerca ese embarazo.

## Trabajo de parto y Parto

El trabajo de parto se define como el período en que se instalan las contracciones dolorosas del útero (entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos) que duran aproximadamente 50 segundos cada una. Estas contracciones provocan que el cuello del útero se dilate.

El trabajo de parto empieza cuando el cuello alcanza los 3 cm de dilatación y termina con la salida del bebé, la placenta y las membranas hacia el exterior del cuerpo materno. Esto se produce cuando se llega a la dilatación completa (10 cm de dilatación). Una vez que se ha producido la salida del bebé debe esperarse la salida de la placenta (lo que se denomina alumbramiento) y que habitualmente se produce en los 30 minutos que siguen al parto.

El parto, también llamado nacimiento o dar a luz, es la culminación del embarazo mediante la salida de un bebé del útero materno. Es un proceso natural que sólo requiere un poco de atención al niño/a en el momento de nacer y una ayuda a la mujer durante el parto y después.

### Pueden ocurrir distintos tipos de parto:

- Parto vaginal espontáneo: el bebé nace a través de la vagina, habitualmente sólo con las indicaciones y ayuda del personal de salud.
- Parto vaginal asistido o instrumental: se

aplica un dispositivo (fórceps o ventosa) sobre la cabeza del bebé, lo que acelera la salida. Se usa cuando es necesario que el bebé nazca rápido ya sea porque su salud o la de la madre están en peligro. El fórceps se aplica cuando el bebé está tan dentro de la pelvis materna que no se puede hacer una cesárea. Es un instrumento muy útil y no es dañino.

- Parto quirúrgico o cesárea (parto abdominal): se realiza una operación quirúrgica que requiere anestesia para la extracción del bebé a través del abdomen materno. Se puede utilizar anestesia epidural (recomendada) o anestesia general (la cual sólo suele utilizarse para las cesáreas de urgencia o cuando los problemas médicos no permiten la aplicación de un catéter espinal o epidural).

Dado que el trabajo de parto y el parto originan un dolor significativo, es importante que la mujer conozca las opciones que tiene para aliviarlo. Las técnicas de relajación y los métodos de respiración son medios útiles para mitigar el dolor del trabajo de parto. Otros medios para aliviarlo son la administración de analgésicos a través de un catéter intravenoso, los bloqueos nerviosos y la administración de fármacos.

## Puerperio

Es el período que sigue al parto y se extiende hasta 40 días después del mismo. En este lapso el cuerpo de la mujer recupera paulatinamente las características previas al embarazo. El reinicio de las menstruaciones puede demorar más de 40 días, especialmente en las mujeres que dan de mamar, en quienes la menstruación puede reinstalarse varios meses después del parto. Ello no significa que la mujer esté protegida de un nuevo embarazo, excepto que utilice un método anticonceptivo adecuado. Existe la falsa creencia que la lactancia previene de nuevos embarazos. Por eso, es importante contar con información y orientación sobre anticoncepción para poder elegir adecuadamente cómo prevenir futuros embarazos no deseados.

### Prácticas beneficiosas y prácticas inefectivas o dañinas, durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

A través de los años se han instalado en la atención del embarazo una serie de prácticas que carecen de base científica y que muchas veces son perjudiciales para la salud y afectan la satisfacción de las mujeres. Asimismo, existen prácticas beneficiosas para la salud de las mu-

eres, las cuales no son utilizadas de manera extensiva por los profesionales de la salud. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado

una serie de prácticas que han demostrado ser beneficiosas, así como aquellas consideradas inefectivas o dañinas tanto para la salud de la mujer como del proceso perinatal.

## Prácticas beneficiosas

Suplemento de ácido fólico antes de y durante el embarazo.	El consumo de esta vitamina en cantidad suficiente puede reducir en un 50 % la aparición de malformaciones neurológicas en el feto.
Consejería para dejar de fumar en mujeres embarazadas.	El tabaquismo durante el embarazo aumenta el bajo peso al nacer de los bebés y el parto pretérmino.
Indicación de corticoides en mujeres con amenaza de parto pretérmino.	El parto pretérmino ocurre en 15% de los nacimientos. La administración de este medicamento ayuda a la maduración de los pulmones del feto, aumentando su viabilidad extrauterina cuando el parto se produce antes de tiempo.
Evitar realizar episiotomía en forma rutinaria (corte en la vagina y el periné de la mujer durante el parto).	Se realizaba usualmente con la intención de facilitar la expulsión del recién nacido y prevenir posibles desgarros en la mujer. Existe fuerte evidencia científica que ha demostrado que hacer episiotomía a todas las mujeres no previene desgarros ni abrevia la expulsión fetal.
Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.	Ha demostrado reducir la necesidad de indicar calmantes para el dolor y la de realizar cesárea. En Uruguay existe la Ley 17.386 que garantiza el derecho de toda mujer a elegir a una persona de su confianza para que la acompañe durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento de su hijo/a.
Manejo activo del alumbramiento.	Colocación de 10 unidades intramusculares de oxitocina a la mujer luego de la salida del hombro del bebé del canal del parto, para prevenir hemorragias severas en la mujer, el riesgo de anemia severa en el post parto y la necesidad de transfusión de sangre.
Posición supina (boca arriba) del recién nacido.	Acostar a los bebés boca arriba para dormir previene el síndrome de muerte súbita.

## Prácticas ineficientes o dañinas

Realización de enemas evacuantes al momento del parto.	Se utiliza bajo la creencia de que previene infecciones en la madre y en el recién nacido, pero es una práctica que produce disconformidad en la mujer y no tiene beneficio demostrado.
Desestimular la actividad sexual durante el embarazo.	Se basa en la creencia de que la penetración vaginal produciría daños en el feto. Genera insatisfacción en la mujer y en la pareja.
Rasurado del vello púbico antes del parto.	Se utiliza bajo la creencia que previene las infecciones en la mujer y el recién nacido, sin producir ningún beneficio demostrado.
Realización de cesárea programada sin una indicación médica que la justifique.	

- Cada año mueren unos cuatro millones de recién nacidos antes de alcanzar las cuatro semanas de vida: el 98% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo. Las muertes neonatales representan actualmente alrededor del 40% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en el mundo entero y más de la mitad de la mortalidad de lactantes. Las tasas más elevadas corresponden a África subsahariana y Asia.
- La diferencia entre países ricos y pobres es cada vez mayor: la mortalidad neonatal es actualmente 6,5 veces inferior en los países de ingresos altos que en los demás. El riesgo de una mujer a lo largo de la vida de perder a un bebé recién nacido es ahora de 1 entre 5 en África, lo que contrasta con la proporción de 1 entre 125 correspondiente a los países más desarrollados.
- El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, más que ningún otro problema de salud (mortalidad materna, MM). Más de 300 millones de mujeres del mundo en desarrollo padecen enfermedades, de corta o larga duración, derivadas del embarazo o el parto. Cada año mueren 529.000 mujeres (68.000 de ellas como resultado de un aborto practicado en condiciones de riesgo), dejando atrás a unos hijos que corren un mayor riesgo de fallecer por ser huérfanos de madre.
- La mayoría de las muertes maternas (MM) se producen en los países más pobres. Es en África y Asia donde esas defunciones son más numerosas. Las tasas de MM más elevadas, con diferencias, se dan en el África subsahariana, donde el riesgo de MM durante toda la vida es de 1 entre 16, mientras que en los países ricos la proporción es de 1 entre 2800.
- Hay indicadores que señalan un importante incremento en el uso de servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, a lo largo de los años noventa. La proporción de partos asistidos por personal calificado aumentó en un 24% en esa década, las cesáreas se triplicaron y el uso de servicios de asistencia prenatal aumentó en un 21%.

### ATENCIÓN SANITARIA DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

- El 99 % de los partos tienen lugar en instituciones de asistencia médica. Existe una tendencia en aumento a que éstos sean atendidos por médicos-obstetras.
- Parto por cesárea: en el año 2004 representaron el 29 % del total de partos. En el caso de las instituciones de asistencia mutual, este porcentaje se ubicó en el 36% de los partos.
- Control prenatal: en el año 2004 un 3.5 % del total de embarazos no fue controlado en el sistema de salud. Para ese mismo año, un 35.8 % de los embarazos comenzaron sus controles en el primer trimestre, un 47.9 % lo hizo en el segundo trimestre y un 15.7 % en el tercer trimestre.
- La mortalidad materna (mujeres que mueren por causas vinculadas al proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto) se ubicó en 2,3 cada 100.000 nacidos vivos para el año 2005.
- Sífilis connatal: en el año 2005 se registraron 29 casos (tasa 0.89/100.000), indicador que refleja un inadecuado control del embarazo.

Según un estudio realizado en el año 2002<sup>1</sup> en maternidades públicas de 10 departamentos del país:

- La tasa de episiotomía en mujeres primigestas fue mayor del 80%.
- La tasa de cesáreas en sanatorios privados fue de 50% o más, mientras que en los hospitales públicos fue de 20%.
- El uso de corticoides antenatales varió entre el 55 y 75%.
- La administración de ácido fólico en embarazos planificados fue de 0%.
- La indicación de colocar en posición supina a los bebés para dormir fue menor al 10%.
- El 70% de las mujeres estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto.
- El 50% de las mujeres fumadoras recibieron consejo para dejar de fumar durante el embarazo.
- Una de cada 6 mujeres continuó fumando durante el embarazo.

### FECUNDIDAD

Entre los años 2001 y 2005 se observó una tendencia a la concentración de nacimientos en mujeres de 20 a 29 años de edad.

La proporción de nacimientos en el tramo de 20 a 24 años es mayor en el 2001 que en el 2004 y lo inverso sucede en el tramo de 25 a 29 años. También aumentan los nacimientos en el tramo de edad 30 a 34 años de las mujeres.

### EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Del total de nacimientos producidos en el 2005, un 14.8 % pertenecieron a mujeres entre 15 y 19 años de edad. El embarazo adolescente es significativamente más frecuente en los departamentos del interior que en Montevideo. Mientras que en Montevideo el 13.3% de las mujeres que dan a luz son menores de 19 años de edad, en Artigas éstas representan el 20.9%. Rivera, Río Negro y Treinta y Tres se ubican también entre los departamentos con mayores niveles de embarazo adolescente. Maldonado es el departamento del interior con menos ocurrencia de mujeres embarazadas menores de 19 años presentando un 13.9%.

### LEYES Y NORMATIVAS SANITARIAS VIGENTES

#### LACTANCIA

Toda mujer tiene derecho a disponer en su trabajo de dos períodos de 30 minutos cada día, durante los seis primeros meses de su hijo/a para amamantarlo. Las funcionarias públicas madres, en los casos en que ellas mismas amamenten a sus hijos, podrán solicitar se les reduzca a la mitad el horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera, luego de haber hecho uso del descanso post parto. **(Ley 16104 Dec. 1/6/54).**

#### LICENCIA POR MATERNIDAD Y PATERNIDAD PARA FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Toda funcionaria pública embarazada tiene derecho a licencia por maternidad de trece sema-

nas. Deberá cesar todo trabajo una semana antes del parto. Podrá adelantar el inicio de su licencia hasta seis semanas antes de la fecha de parto. Podrán variar los períodos de licencia anteriores manteniendo el total de las doce semanas con la autorización de la Dirección de las Asignaciones Familiares. Tiene derecho a licencia suplementaria por enfermedad de máximo 6 meses **(Ley 15084 / Dec. 227/81)** Los funcionarios públicos padres, tendrán derecho a una licencia por paternidad de tres días. **(Ley 16104).**

#### TEST DE VIH

En el año 1997 se estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva está indicado iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la posibilidad de transmisión perinatal. **(Decreto N° 295/97, MSP, 1997).**

#### GRATUIDAD EN EL CONTROL PRENATAL


A partir del 1° de enero de 2006 se exonera a todas las mujeres embarazadas que se asisten en el sub-sistema privado de salud, del pago de tickets de los estudios paraclínicos que se recomiendan en un adecuado control de embarazo de bajo riesgo. **(Decreto N° 195/05 Poder Ejecutivo, 2005).**

#### ACOMPANAMIENTO EN EL PARTO

Toda institución de salud pública y privada debe informar a la mujer sobre su derecho a ser acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. Asimismo, todas las instituciones deben instrumentar los mecanismos y efectivizar las condiciones para que las mujeres ejerzan este derecho. **(Ley N° 17.386, 2001. Dec. N° 52/06, MSP, 2006).**

<sup>1</sup> Colomar, M.; Belizan, M.; Cafferata, ML.; Labandera, A.; Tomasso, G.; Althabe, F.; Belizan, JM.; (2004): "Prácticas en la atención maternal y perinatal en hospitales públicos de Uruguay". *Ginecología y Obstetricia de México*.

**FUENTES:** La información contenida en este cuaderno se elaboró en base a información disponible en el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (MYSU), estudios realizados por la Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo (Unicem), Ministerio de Salud Pública (Programa de Salud de la Mujer y Género: Informe Diagnóstico sobre Género y Salud en Uruguay, 2006); Organización Mundial de la Salud (Biblioteca de Salud Reproductiva [www.who.int-reproductive-health/rhl](http://www.who.int-reproductive-health/rhl) (Isbn 978- 1- 901866- 25- 8) e Informe sobre la salud en el mundo 2005).



## Derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

1. A ser informada sobre la sexualidad durante el proceso de gestación.
2. A disfrutar de las relaciones sexuales. El embarazo no es una enfermedad.
3. A recibir información sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos o la aplicación de determinadas tecnologías actuando directamente sobre el feto. No se ha probado la inocuidad de ninguna droga para el feto antes de nacer.
4. A un parto natural y a negarse a intervenciones innecesarias como el rasurado, el enema, la rotura de membranas, la episiotomía rutinaria, prácticas que alteran su normal desarrollo.
5. A saber con anticipación si va a requerir una cesárea, los motivos de su indicación y los riesgos que puedan existir para ella y su bebé.
6. A ser informada sobre el nombre y marca de la medicación que va a recibir a efectos de informar al profesional si es alérgica a la misma.
7. A determinar por sí misma si acepta o rechaza cualquier tratamiento asumiendo los riesgos.
8. “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”. Ley 17.386
9. A escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento de nacimiento que le resulte más apropiada y menos tensionante.
10. Al contacto inmediato con su bebé (si el mismo está en buen estado de salud) en su cama y amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales.
11. A ser informada, después del parto, sobre su estado de salud y el de su hijo/a recibiendo información clara en caso de cuidados especiales que pudiera requerir antes de retirarse de la maternidad.
12. A disponer de su historia clínica.
13. A recibir información sobre su salud sexual y reproductiva que favorezca el ejercicio de una sexualidad plena, incluyendo información sobre anticoncepción y los servicios privados y públicos que la brindan.
14. A recibir un trato digno y respetuoso por parte del personal de salud.
15. A ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándose su intimidad y privacidad.

*Red de Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN – Uruguay)*