



## Perfil de mujeres sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson: investigación de campo

Elaine Gomes de Oliveira<sup>1</sup>, Larissa Maria Ferreira<sup>2</sup>, Julianne de Lima Sales<sup>2</sup>, Marcilene Andrade Ribeiro Marins<sup>3</sup>, Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp<sup>1</sup>, Jane Baptista Quitete<sup>1</sup>

*1 Hospital Municipal de Mujeres*

*2 Universidad Federal Fluminense*

*3 Secretaria Municipal de Salud (SEMUSA)*

### RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar el perfil de las mujeres que se someten a una cesárea de acuerdo con la clasificación de la escala Robson en un hospital público en las tierras bajas en las zonas costeras del estado de Río de Janeiro. **Método:** Investigación de campo, descriptiva, de naturaleza cuantitativa, utilizando la técnica documental retrospectiva, realizada en 2016.

**Resultados:** se analizaron 267 registros médicos de mujeres sometidas a cesárea, que representan el 53.4% del total de nacimientos, con una mayor incidencia en las mujeres que pertenecen al Grupo 02 (31.46%); Grupo 01 (9,36%); y el Grupo 05 (29.96%) de la Escala Robson. **Conclusión:** La escala de Robson puede ser una herramienta útil para identificar los grupos que necesitan intervención de manera efectiva para reducir las cesáreas innecesarias. El estudio señala la necesidad inmediata de medidas que puedan calificar la atención del parto en la institución investigada.

**Palabras llave:** Parto; Cesárea; Salud de la mujer.

## INTRODUCCIÓN

Este estudio es un extracto de la investigación titulada "Parir e Nascer em Rio das Ostras / RJ", que demostró que la institución investigada no cumplió con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomiendan la realización de un máximo del 15% de cesáreas del total de nacimientos en un período determinado, sin embargo, el parto quirúrgico promedio de esta unidad de salud en los primeros 9 años de operación (2005 a 2013) fue del 53.5%, excediendo aproximadamente el 35% del número de procedimientos recomendados<sup>(1)</sup>

Ante tal discrepancia, se identificó la necesidad de realizar un estudio que proporcionaría una evaluación cuidadosa de las características de las mujeres embarazadas sometidas al procedimiento quirúrgico, con el fin de identificar y analizar las características de los diferentes grupos.

La asistencia brindada a mujeres y bebés tiene como objetivo principal mantener la integridad y seguridad de ambos con un uso mínimo de intervenciones médicas, y se recomienda solo cuando el trabajo de parto expone a la mujer y / o al bebé al riesgo de muerte o morbilidad<sup>(2)</sup>. Sin embargo, la cesárea se ha utilizado con bastante frecuencia debido a factores sociales, culturales, económicos y según la preferencia médica.

En 2011, la OMS realizó un análisis ordenado para identificar y evaluar los sistemas de clasificación existentes y descubrió que la Clasificación Robson es la más adecuada para satisfacer las necesidades universales en la evaluación de las características de las mujeres embarazadas, a fin de permitir la comparación de tasas procedimiento en dife-

rentes hospitales y recomienda que se utilice como base para el desarrollo de un sistema de clasificación utilizado internacionalmente<sup>(3)</sup>.

La escala de Robson clasifica a las mujeres embarazadas en 10 grupos, que son inclusivos y exclusivos para la indicación de cesárea. Los grupos están formados por cinco características obstétricas, como: paridad (nulíparas o multíparas con y sin cesárea previa), inicio del parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del inicio del parto), edad gestacional (prematuro o término), presentación / situación fetal (cefálica, pélvica o transversal ) y número de fetos (solos o múltiples)<sup>(3)</sup>.

Según las consideraciones anteriores, el objetivo de este estudio fue caracterizar a las mujeres sometidas a cesárea en un hospital público en las zonas costeras del estado de Río de Janeiro, de acuerdo con la clasificación de la Escala Robson.

El presente estudio tiene como objetivo contribuir a mejorar el uso de la intervención quirúrgica al nacer, proporcionando indicadores importantes a través de datos epidemiológicos recopilados, para la elaboración de medidas que ayuden a reducir la alta incidencia de cesáreas en esta unidad. Además de ser un instrumento que, después de hacerse público, contribuirá a los cambios en la comprensión de las mujeres sobre la alta tasa de cesáreas en grupos de parturientas que no tienen ciertas características que justifiquen la realización de este procedimiento quirúrgico.

Igualmente, tiene como objetivo ofrecer subsidios estadísticos que fomenten en el Hospital, la configuración del estudio, el interés en desarrollar protocolos sobre indicaciones de cesáreas, basados en evidencia científica,

así como desarrollar estrategias que apunten a la capacitación continua de los equipos que trabajan directamente en el proceso de parto y en consecuencia, minimizar los obstáculos que favorecen el procedimiento quirúrgico en la unidad, de modo que desde esta perspectiva sea posible colaborar en la construcción de la red de atención, basada en la atención humanizada, para mejorar la experiencia de las mujeres y la familia en el proceso: embarazo, parto y pós-parto. Esta producción académica forma parte de la línea de investigación titulada: "Derechos sexuales y reproductivos en la atención del parto y nacimiento", del grupo de investigación llamado Laboratorio de Estudios sobre Mujeres y Enfermería / LEME / REN / Campus Rio das Ostras.

## **MÉTODO**

Este estudio consistió en una investigación de campo, de tipo descriptivo y de naturaleza cuantitativa, en la cual se utilizó la técnica documental retrospectiva. La investigación de campo busca profundizar una cierta realidad, desarrollada a través de la observación directa de las actividades de los grupos estudiados y/o mediante entrevistas con informantes para recopilar explicaciones e interpretaciones sobre la realidad experimentada.

Este manuscrito es un extracto de la investigación "Parir e Nascer em Rio das Ostras / RJ", con fondos de CNPQ / PIBIC, cuyo entorno era un hospital público en las zonas costeras, ubicado en el estado de Río de Janeiro<sup>(1)</sup>.

La recopilación de datos se realizó en 2016, teniendo como fuente principal de datos, los registros médicos de las parturientas que se

sometieron a parto quirúrgico en esa institución. Como instrumento de recopilación de datos, se utilizó una hoja de cálculo de lista de verificación, completado por el investigador, que contiene numerosas variables. Sin embargo, este estudio consideró solo las variables: paridad (nulíparas o multíparas con y sin cesárea previa), inicio del parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del inicio del trabajo de parto), edad gestacional (prematureo o término), presentación / situación fetal (cefálica, pélvica o transversal) y número de fetos (solos o múltiples).

La investigación consistió en determinar una muestra relacionada con el número total de nacimientos que tuvieron lugar en la sala de maternidad a través de una vía abdominal (cesárea), de enero a abril, noviembre y diciembre del año 2015. Los factores de exclusión de este grupo de muestra fueron aquellos que tuvieron parturientas. patologías asociadas al embarazo al momento del ingreso hospitalario.

Este estudio fue presentado al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Antônio Pedro (HUAP) con una opinión favorable CAAE nº 52649615.2.0000.5243. Los investigadores siguieron todos los principios y reglas preestablecidos por la Resolución N ° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, que regula la investigación en seres humanos. Antes de la aprobación de esta investigación por parte del CEP, se presentó la carta de consentimiento a la Junta de la institución de salud y se autorizó la recopilación de datos.

## **RESULTADOS**

Se evaluaron los registros médicos de 267 mujeres que se sometieron a cesárea de

enero a abril, noviembre y diciembre de 2015. La tasa promedio de cesárea en 2015 fue del 53,4%. Se observó que esta tasa es muy superior a la recomendada por la OMS, según la cual debe alcanzar un máximo del 15% de los nacimientos <sup>(4)</sup>.

De acuerdo con la Escala Robson<sup>(3,5)</sup>, encontramos una mayor incidencia de cesárea en mujeres que pertenecen al Grupo 02 (31.46%) - (Todas las mujeres nulíparas con un solo feto cefálico,  $\geq$  37 semanas, cuyo parto es inducido o sometido a cesárea antes del inicio del trabajo de parto), al Grupo 01 (9.36%) - (Todas las mujeres nulíparas con un solo feto, cefálicas,  $\geq$  37 semanas, en trabajo de parto espontáneo); y el Grupo 05 (29.96%) - (Todas multíparas con al menos una cesárea previa, con un solo feto, cefálico,  $\geq$  37 semanas).

Al comparar los grupos 02 y 05 con mujeres multíparas sin cicatrices uterinas previas o cesárea previa, en el caso de las que encajan en el Grupo 03 (2,99%) (Mujeres multíparas sin cesárea previa, con feto único, cefálico,  $\geq$  37 semanas, en trabajo de parto espontáneo) y Grupo 04 (10.48%) (Mujeres multíparas sin cesárea previa, con feto único, cefálico,  $\geq$  37 semanas, cuyo parto es inducido o sometidas a cesárea antes del inicio del trabajo de parto), fue evidente que la incidencia de cesárea en estos dos últimos grupos fue menor. Circunstancia que puede justificarse por el hecho de que el historial de cesáreas previas aumenta la indicación de parto quirúrgico en futuros embarazos y que la experiencia del parto vaginal anterior disminuye las posibilidades de parto por cesárea en embarazos posteriores. Con respecto a los datos del Grupo 06 (1.49%) (Todas las mujeres nulíparas con un

solo feto en presentación pélvica), Grupo 07 (2.24%) (Todas las mujeres multíparas con un solo feto en presentación pélvica, incluidas aquellas con cesárea(s) anterior(es) y Grupo 09 (1.12%) (Todas las mujeres embarazadas con fetos en una situación transversal u oblicua, incluidas aquellas con cesárea previa), fue posible demostrar que los embarazos de fetos con presentaciones no cefálicas no son considerados por los obstetras de la unidad, como una indicación absoluta para llevar a cabo procedimiento quirúrgico, con menor representación en la incidencia total de cesárea. También fue posible observar que el grupo 08 (2.62%) (Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas aquellas con cesárea previa) tenían un índice representativo bajo en el número de partos abdominales realizados en la unidad, alcanzando solo el 2.62% del número total de cesáreas, este resultado puede justificarse por la baja tasa de embarazos gemelares.

El grupo 10 (8,23%) (todas las mujeres embarazadas con feto único y cefálico,  $<$ 37 semanas, incluidas aquellas con cesárea previa), aparece en los resultados como el quinto grupo con la mayor incidencia, lo que contribuye significativamente a aumento en la tasa general de cesárea de la institución de salud estudiada, lo que también puede justificarse por el hecho de que el historial de cesárea previa influye directamente en la elección del parto quirúrgico en futuros embarazos.

## DISCUSION

La Clasificación Robson es un instrumento que ayuda en la identificación y análisis de las características de las parturientas asistidas

en una unidad determinada, que se utiliza en varios países del mundo con el objetivo de promover un análisis comparativo de nacimientos por grupos y tasas de cesáreas entre diferentes servicios. dentro de una institución a lo largo del tiempo<sup>(5,6)</sup>.

### **Grupo 01: mujeres nulíparas con un solo feto, cefálico, $\geq$ 37 semanas, en trabajo de parto espontáneo**

De acuerdo con la Resolución CFM No. 2.144/2016<sup>(7)</sup>, las mujeres embarazadas tienen derecho a elegir una cesárea electiva, siempre que hayan recibido toda la orientación detallada sobre los riesgos y beneficios, sobre parto normal y cesárea. Su decisión debe registrarse en un término de consentimiento libre e informado, redactado en un lenguaje fácil de entender. Sin embargo, para garantizar la seguridad del feto, el parto por cesárea a pedido de la mujer embarazada, en situaciones de riesgo habitual, solo se puede realizar después de la semana 39 del embarazo. La cesárea realizada electivamente resulta en prematuridad iatrogénica, lo que en consecuencia prolongará la estancia hospitalaria y perjudicará la lactancia materna. Las mujeres que se someten a este procedimiento están expuestas a riesgos quirúrgicos y a anestésicos que pueden causar consecuencias tardías en embarazos posteriores, como una enfermedad con gran potencial hemorrágico (inserción placentaria baja y acreción placentaria) cuyas complicaciones a menudo causan la muerte de la mujer<sup>(8)</sup>.

De acuerdo con el Informe de Recomendaciones y Pautas para la Atención a Mujeres Embarazadas: la cesárea/MS<sup>(8)</sup>, realizada entre 37 y 42 semanas proporciona un mayor

riesgo de cambios respiratorios para el recién nacido, el riesgo varía según la edad gestacional, siendo baja con un aumento de la misma. Los recién nacidos de cesárea programada sin que la mujer embarazada haya comenzado el trabajo de parto, tienden a tener dificultad respiratoria neonatal, taquipnea transitoria del recién nacido, lo que resulta en la necesidad de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) neonatal.

### **Grupo 02: mujeres nulíparas con un solo feto, cefálico, $\geq$ 37 semanas, cuyo parto es inducido o que se someten a una cesárea antes del inicio del parto.**

La inducción del trabajo de parto consiste en estimular artificialmente contracciones uterinas coordinadas y efectivas antes de su inicio espontáneo, lo que lleva al inicio del trabajo de parto en las mujeres a partir de la semana 22 del embarazo<sup>(9)</sup>.

Las indicaciones para la inducción del trabajo de parto van desde indicaciones electivas, como las mujeres embarazadas en la 41ª semana de embarazo sin enfermedad obstétrica, hasta que la interrupción del embarazo sea necesaria debido a enfermedades maternas o fetales que les brindan riesgo de vida, si el embarazo es prolongado. Está fuertemente indicado en casos de embarazos post término y ruptura prematura de membranas a término<sup>(10)</sup>.

La inducción del parto está indicada cuando la continuidad del embarazo representa un riesgo para la madre y / o el feto. La preparación cervical previa interfiere directamente con las posibilidades de éxito de la intervención, porque en la mayoría de las situaciones el cuello uterino no presenta dilatación ni

desvanecimiento, factores que dificultan el proceso de inducción<sup>(6,10)</sup>.

**Grupo 03: mujeres multíparas sin cesárea previa, con un solo feto, cefálicos,  $\geq$  37 semanas, en trabajo de parto espontáneo**

La cesárea influye directamente en la aparición de predisposición materna a complicaciones como hemorragias, infecciones y la posibilidad de laceración accidental de algunos órganos internos, lo que resulta en un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna, Además de las repercusiones negativas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. También causa cambios a mediano y largo plazo para los recién nacidos, como destete temprano, condiciones atópicas y desviaciones en el crecimiento infantil<sup>(11)</sup>.

Un estudio danés, realizado en 2015, analizó dos millones de nacimientos y descubrió que el parto por vía abdominal es un factor de riesgo aislado para enfermedades crónicas, en comparación con el parto vaginal, que presenta una mayor probabilidad de desarrollar asma (riesgo 20% mayor), artritis juvenil (riesgo 10% más alto), deficiencias inmunológicas (riesgo 40% más alto), leucemia (riesgo 17% más alto), además de enfermedades sistémicas del tejido conectivo y enfermedad inflamatoria intestinal. Este estudio observó que las justificaciones causales del mayor riesgo de estas afecciones relacionadas con el sistema inmune están asociadas con el microbioma, es decir, la composición de bacterias y otros microorganismos que componen la flora humana, los marcadores inmunológicos y los niveles hormonales, especialmente cortisol,

que está relacionado con la maduración del sistema inmune y que mostró diferencias en los recién nacidos de cesáreas y parto vaginal. Además, la administración de antibióticos profilácticos durante la cesárea también puede alterar el microbioma del bebé<sup>(14)</sup>.

**Grupo 04: Mujeres multíparas sin cesárea previa, con un solo feto, cefálico,  $\geq$  37 semanas, cuyo parto es inducido o que se someten a cesárea antes del inicio del trabajo de parto.**

La inducción del trabajo de parto en mujeres embarazadas con alta paridad puede estar asociada con una mayor incidencia de trabajo de parto precipitado, contractilidad uterina anormal, ruptura uterina, infección intracavitaria, prolapso del cordón umbilical, prematuridad iatrogénica, sufrimiento o muerte fetal, falla del feto. inducción y hemorragia posparto<sup>(9)</sup>

En el caso de una anomalía de la contractilidad uterina, con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal, el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden prevenir el daño al feto debido a la hipoxia. Recomienda la eliminación de parte de la prostaglandina introducida en el canal vaginal que no se absorbió para reducir el tono y la cantidad de contracciones.

**Grupo 05: todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un solo feto, cefálico,  $\geq$  37 semanas**

La cesárea previa a menudo se usa como una indicación para un nuevo procedimiento quirúrgico, ya que parte de los obstetras temen que la cicatriz uterina se rompa en relación

con el procedimiento anterior. Sin embargo, varios estudios describen la seguridad del parto vaginal después de una cesárea previa<sup>(8)</sup>. La revisión sistemática que analizó los estudios observacionales entre 2000 y 2007 describe una tasa global de ruptura uterina de 1.3%, siendo considerablemente menor en mujeres embarazadas que dieron a luz por vía vaginal sin interurrencias, en relación con aquellas que habían fallado en la prueba de parto<sup>(11)</sup>.

El mayor riesgo de ruptura uterina se ve contrarrestado por una reducción de la morbilidad materna, las lesiones uterinas y la histerectomía cuando el parto vaginal se produce satisfactoriamente. La tasa de partos vaginales satisfactorios después de una cesárea varía del 60 al 80%, sobre todo una reducción ocurre cuando estos partos se realizan después de la inducción, en este caso la tasa es del 50% de posibilidades de tener un parto sin incidentes<sup>(8,11)</sup>.

En Brasil, la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa sigue siendo baja en comparación con la de otros países. En un estudio realizado en Campinas, São Paulo, la tasa de parto vaginal fue del 57%. En otro estudio realizado en Recife, Pernambuco, se observó que uno de los principales factores asociados con el éxito del parto vaginal después de la cesárea era la historia de parto vaginal previo. En este estudio, que incluyó solo a mujeres embarazadas con cesárea previa, el parto vaginal se produjo en 68.4%, con las principales indicaciones de parto por cesárea como distocia, complicaciones del embarazo y desproporción cefalopélvica<sup>(8)</sup>.

### **Grupo 06: Todas las mujeres nulíparas con un solo feto en presentación pélvica.**

No hay una forma preestablecida de parto para embarazos con un feto en presentación pélvica, en algunos países, la cesárea por reproducción pélvica es de alrededor del 80%, este alto porcentaje se justifica por la asociación del parto pélvico con una mayor morbilidad y mortalidad neonatal. La decisión de elegir el modo de parto en esta situación debe basarse en el deseo de la parturienta y la experiencia del obstetra, muchos obstetras de hoy en día no tienen el entrenamiento y la habilidad adecuados para realizar un parto pélvico, por lo tanto, eligen la cesárea como la ruta más segura en su juicio, con el objetivo de reducir los riesgos neonatales<sup>(12)</sup>.

El Informe de Recomendaciones y Pautas para la Atención a Mujeres Embarazadas: Cesárea/EM<sup>(8)</sup>, establece que en situaciones donde el feto está en presentación de nalgas, se recomienda realizar la versión cefálica externa (maniobra realizada en el abdomen de la madre para cambiar el posición fetal) a las 36 semanas completas de edad gestacional, en ausencia de trabajo de parto, insuficiencia fetal, sangrado vaginal, bolsa rota o complicaciones maternas. Este procedimiento no está indicado para mujeres embarazadas con un feto a término.

El parto vaginal con un feto en presentación de nalgas tiene dificultades crecientes, ya que es necesario contar con un obstetra, anestesista y neonatólogo con experiencia y tener una selección cuidadosa de las parturientas que se someterán a este proceso, debe considerarse la paridad (la nuliparidad no es un factor que contraindica pero la multiparidad es un factor facilitador), la

pelvis ósea materna (que no debe ofrecer resistencia, es decir, no debe tener estrechamiento), actividad uterina (que debe ser adecuada, preferiblemente espontánea), la prensa abdominal (adecuada), la evaluación del feto (con respecto a la edad gestacional, peso, grado de flexión y rotación de la cabeza y variedad de presentación), estado de las membranas ovulares, presencia o ausencia de cicatrices uterinas y presencia de circulares del cordón<sup>(8, 12)</sup>.

**Grupo 07: Todas las mujeres multíparas con un solo feto en presentación pélvica, incluidas aquellas con cesárea previa.**

Las mujeres en trabajo de parto con el feto en presentación de nalgas son propensas a un mayor riesgo de muerte fetal anteparto, prolapso del cordón umbilical, traumatismos, tasas bajas de APGAR al nacer y una mayor incidencia de muerte neonatal cuando son vaginales. Los cambios son el resultado de la anoxia fetal intraparto debido a la compresión del cordón, un marcado retraso en el período expulsivo, traumatismo obstétrico y malformaciones fetales. Por lo tanto, estos factores están relacionados con la incidencia de la indicación de cesárea como la mejor forma de nacimiento en casos de embarazos con el feto en presentación de nalgas, aunque no hay conclusiones definitivas sobre la mejor forma de parto para esta situación<sup>(13)</sup>

**Grupo 08: Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas aquellas con cesárea previa.**

La cesárea programada no se recomienda en situaciones de embarazo gemelar sin com-

plicaciones en el que el primer feto está en presentación cefálica, estando indicado en casos de embarazos gemelares en los que el primer feto está en una presentación que no sea cefálica<sup>(11)</sup>.

El modo de parto en embarazos gemelares varía según la corionicidad del embarazo, el número de fetos, las complicaciones maternas y fetales y la presentación de los fetos. En los embarazos gemelares a término sin complicaciones con el primer gemelo en presentación cefálica, debe indicarse el parto vaginal<sup>(6,8)</sup>.

Teniendo en cuenta que la morbilidad y mortalidad perinatal del segundo gemelo es alta, el rendimiento de la cesárea electiva no minimiza estas complicaciones, por lo tanto, no debe indicarse de forma rutinaria. Cuando el primer gemelo no está en presentación cefálica, el efecto de la cesárea en este caso aún no se considera positivo, pero este procedimiento está comúnmente indicado, sin embargo, no debe realizarse antes de la semana 38 de embarazo, excepto en mujeres embarazadas que ya han comenzado parto espontáneo debido al alto riesgo de dificultad respiratoria que puede afectar a los recién nacidos<sup>(12)</sup>.

**Grupo 09: Todas las mujeres embarazadas con fetos en una situación transversal u oblicua, incluidas aquellas con cesárea previa.**

Los fetos a término en una situación transversal persistente, en ocasiones cuando los profesionales involucrados en el proceso de parto no dominan la técnica de la versión externa, las mujeres embarazadas deben someterse a una cesárea fuera del trabajo



de parto, ya que se evidencian altas tasas de morbilidad fetal cuando la gestación de un feto transversal evoluciona al parto<sup>(8,13)</sup>.

**Grupo 10: Todas las mujeres embarazadas con un solo feto y cefálico, <37 semanas, incluidas aquellas con cesárea previa.**

La prematuridad por sí sola no es una indicación absoluta del parto abdominal, esta indicación ocurre cuando la prematuridad se asocia con otras situaciones en las que estaba involucrado el riesgo de compromiso para la madre y el bebé. El parto vaginal es favorable para el parto prematuro, ya que el paso a través del canal vaginal y el proceso de trabajo de parto mejoran el rendimiento neonatal. Sin embargo, puede indicarse cuando el parto prematuro es el resultado de una decisión de interrumpir un embarazo prematuro justificado por una afección de la insuficiencia fetal<sup>(12,14,15)</sup>.

La prematuridad iatrogénica y el nacimiento electivo de los bebés antes de las 39 semanas causan un aumento en las hospitalizaciones en la UTI neonatal, el número de muertes, prematuros y bajo peso al nacer<sup>(16)</sup>.

El desempeño de las cesáreas electivas como rutina en los embarazos con fetos prematuros se asocia directamente con una mayor morbilidad materna y partos prevenibles, es decir, partos prematuros que podrían inhibirse mediante algunas intervenciones durante el trabajo de parto. Este procedimiento utilizado en situaciones que realmente indican que su rendimiento puede estar asociado con efectos beneficiosos para el recién nacido, pero estos beneficios aún no están bien definidos en vista del aumento de los riesgos maternos<sup>(13)</sup>.

Los recién nacidos que nacieron por vía abdominal tienen más probabilidades de tener problemas respiratorios como taquipnea, síndrome de insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar persistente; Se observó la necesidad de oxígeno y ventilación mecánica en comparación con los recién nacidos por parto vaginal<sup>(11,16)</sup>.

También se observaron infecciones y un aumento en el número de ingresos a la UCI neonatal. Además del impacto en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la cesárea puede afectar otros aspectos como la formación del vínculo materno-infantil, el sector económico, debido a los gastos hospitalarios y el futuro reproductivo de la mujer<sup>(17)</sup>.

**CONCLUSION**

Los resultados mostraron que la Clasificación Robson es una herramienta muy útil en la identificación de grupos prioritarios que necesitan intervenciones, con la finalidad de reducir las tasas de cesáreas innecesarias y apunta a la necesidad inmediata de desarrollar medidas que, cuando se implementen, puedan modificar el escenario actual de la unidad investigada, ya que la tasa de cesáreas es superior a la recomendada por la OMS, un hecho que influye directamente en la calidad al nacer y la recuperación materna. A través de los datos recopilados, fue posible identificar que las parturientas de esta unidad en la gran mayoría se clasificaron en dos grupos en los que indican que la mayoría de las cesáreas realizadas ocurren en mujeres con condiciones previas para la evolución de un parto normal, lo que lleva a la conclusión de que buena parte de los nacimientos que se realizaron abdominalmente fueron por razones

no reconhecidas como uma indicação absoluta para dicho procedimento.

De esta maneira, el presente trabalho tuvo como objetivo promover datos que sensibilicen a todos los profesionales involucrados en el proceso de parto para que puedan actuar de manera más eficiente y consciente frente a la realidad de la unidad, favoreciendo la implementación de una asistencia efectiva y adecuada a la realidad de las mujeres embarazadas y sus respectivos recién nacidos.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes DNC, Quitete JB, Monteiro JAMB, Maia SG, Silva TPN, Oliveira DM. Perfil de atenção ao parto em um hospital público: Contribuições da enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 15];10(2):407-12. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10970/12301>
2. World Health Organization (WHO). Recommendations for Augmentation of Labour. Global Recommendations. WHO [internet]. 2014 [cited 2019 Apr 14]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1)
3. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson tem group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 14]; 129(3):236-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>
4. Betran AP. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. *PLOS One* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14];11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/pdf/pone.0148343.pdf>
5. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLOS One* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 14]; 9(6): e97769. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>
6. Almeida D, Cardoso AS, Rodrigues RM, Cunha A. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Nascer e Crescer - Birth Growth Med J* [Internet]. 2014 Set [citado 2019 Apr 14]; 23(3): 134-139. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542014000500003&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000500003&lng=pt)
7. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. [Internet]. 2016. [cited 2016 Dec 12]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Dec 15]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf)
9. Scapin SQ, Gregório VRP, Collaço VS, Knobel R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Apr 14]; 27(1):e0710016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=en)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Apr 14]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)

11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2014.
12. Pascucci C. Huge Study: Cesarean Birth Major Risk Factors for Chronic Disorders in Children. [Internet]. 2015. [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://www.improvingbirth.org/.2015/01/huge-study-cesarean-birth-is-major-risk-factor-for-chronic-disorders-in-children/>
13. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Apr]; 19(1): 75-88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000100075&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100075&lng=en)
14. esser C, Knobel R, Andrezza H, Diniz S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015 Jun 24; [cited 2019 Apr 14]; 10(35): 1-12. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
15. Humanização do Parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco [Internet]. Recife: Procuradoria Geral de Justiça; 2015.[cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://repositorio.asc.es.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2318/1/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>
16. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Apr 14]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)
18. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14];50 (5):733-740. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>

Recibido: 17/05/2019

Revisado: 04/06/2020

Aprobado: 04/06/2020

Copyright © 2020 Online  
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.