

LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Manual de
Aplicación



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS

LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Manual de
Aplicación



Versión oficial en español de la obra original en inglés
Robson Classification: Implementation Manual
© World Health Organization 2017
ISBN 978-92-4-151319-7

La clasificación de Robson: Manual de aplicación
ISBN 978-92-75-32030-3

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante”.

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. *La clasificación de Robson: Manual de aplicación.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

01	Introducción	3
----	--------------	---

02	Finalidad y público de este manual	7
----	------------------------------------	---

03	La Clasificación de Robson	9
----	----------------------------	---

04	Preguntas frecuentes sobre la forma de clasificar a las mujeres	21
----	---	----

05	Formas de clasificar a las mujeres en los grupos de Robson	28
----	--	----

06	Informe tabular de la clasificación de Robson	32
----	---	----

07	Forma de interpretar el informe tabular de la clasificación de Robson	35
----	---	----

08	Obstáculos y factores facilitadores para aplicar la clasificación	48
----	---	----

09	Bibliografía	50
----	--------------	----

Puede consultarse un ejemplo del informe tabular de Robson en:
www.clap.ops-oms.org/publicaciones/OPS-FPL-CLAP-18-039.pdf

01. Introducción

“EL AUMENTO DE LAS TASAS DE CESÁREA CONSTITUYE UN IMPORTANTE MOTIVO DE PREOCUPACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA **SALUD** PÚBLICA”

A lo largo de los últimos decenios, ha habido un aumento progresivo de la tasa de partos por cesárea en la mayoría de los países pero no se conocen por completo las razones que han impulsado esa tendencia (1, 2). El aumento de las tasas de cesárea constituye un importante motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública y provoca debates a nivel mundial debido a los posibles riesgos maternos y perinatales asociados con este aumento, la inequidad en el acceso y las cuestiones relativas al costo (3-7).

Para poder comprender los motivos de esta tendencia y para proponer y ejecutar medidas eficaces para reducir o aumentar las tasas de cesárea donde sea necesario, es preciso disponer de una herramienta para supervisar y comparar las tasas de cesárea en un mismo entorno a lo largo del tiempo, así como las de entornos diferentes.

Tradicionalmente, a nivel de los establecimientos de salud, hemos realizado un seguimiento de las tasas de cesárea usando el porcentaje global de partos por cesárea.

Las diferencias en esta “tasa global de cesárea” entre diferentes entornos o a lo largo del tiempo son difíciles de interpretar y comparar debido a la existencia de diferencias intrínsecas en los factores hospitalarios y la infraestructura (por ejemplo, nivel de atención primaria frente a terciaria), diferencias en las características de la población obstétrica (“casuística”) atendida (por ejemplo, porcentaje de mujeres con una cesárea previa) y diferencias en los protocolos de manejo clínicos (por ejemplo, condiciones para la inducción o la cesárea programada [previa al trabajo de parto]).

Lo ideal es que haya un sistema de clasificación para el seguimiento y la comparación de las tasas de cesárea a nivel de los establecimientos de salud, de una manera estandarizada, fiable, uniforme y orientada a la acción o (3, 8-10).

Este sistema de clasificación debe ser aplicable internacionalmente y debe ser útil para los médicos clínicos, los administradores de centros de salud, las autoridades de salud pública y las propias mujeres.

Un sistema de este tipo debe ser sencillo, clínicamente pertinente, cuantificable, reproducible y comprobable (10,11).

La falta de un sistema de este tipo reconocido internacionalmente ha alimentado las controversias y ha

facilitado que se mantengan mitos comunes acerca de las causas del aumento de las tasas de cesárea así como de los posibles riesgos y beneficios de dicho.

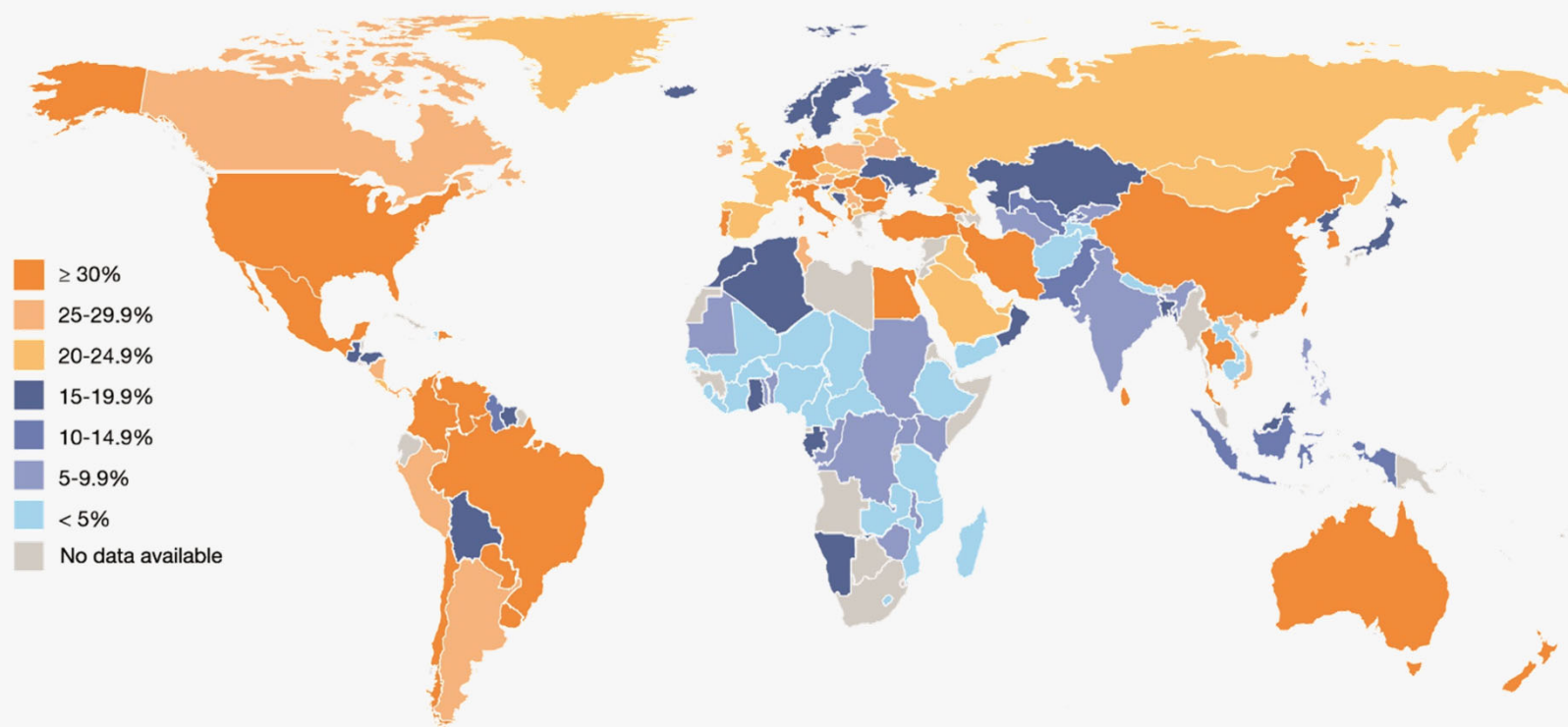


Figura 1: Datos más recientes disponibles sobre la tasa de cesárea, por país (del 2005 en adelante). Tomado de *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014* (1).

Diferentes autores han elaborado y propuesto varios tipos de sistemas de clasificación de las cesáreas para usarlos con diferentes finalidades a nivel de los establecimientos de salud, con el objetivo general de proporcionar un marco de referencia uniforme y estandarizado para el examen de las cesáreas (10). En el 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una revisión sistemática que identificó 27 sistemas diferentes para clasificar las cesáreas. Estas clasificaciones examinaban “quién” (clasificación basada en la mujer), “por qué” (clasificación basada en la indicación), “cuándo” (clasificación basada en el grado de urgencia), así como “dónde”, “cómo” y “por parte de quién” se realizaban las cesáreas (10).

Esta revisión concluyó que las clasificaciones basadas en las mujeres en general, y la clasificación de 10 grupos en particular (9), eran las que estaban en la mejor posición para satisfacer las necesidades actuales tanto internacionales como locales.

La clasificación de 10 grupos (también denominada “sistema de clasificación de diez grupos”, TGCS [por sus siglas en inglés] o “**clasificación de Robson**”) se diseñó para identificar prospectivamente grupos bien definidos y clínicamente pertinentes de mujeres ingresadas para el parto y para investigar las diferencias existentes en las tasas de cesárea en estos grupos de mujeres relativamente homogéneos (9).

A diferencia de las clasificaciones basadas en las indicaciones de la cesárea, **la clasificación de Robson es para “todas las mujeres” que dan a luz en un entorno específico** (por ejemplo, una maternidad o una región) y **no solo para las mujeres que dan a luz por cesárea. Es una clasificación perinatal completa.**

Dado que este sistema puede usarse prospectivamente y sus categorías incluyen la totalidad de los casos y son mutuamente excluyentes, cada mujer ingresada para el parto puede ser clasificada de inmediato, partiendo de unas pocas características básicas que generalmente registran de manera sistemática los profesionales de la asistencia obstétrica de todo el mundo.

La clasificación es sencilla, **sólida, reproducible, clínicamente pertinente y prospectiva**. Permite la comparación y el análisis de las tasas de cesárea entre estos grupos de mujeres y dentro de cada uno de ellos. Incluso antes de recibir el aval oficial de un organismo internacional o de que las directrices formales recomendaran su uso en el 2015, la clasificación de Robson había sido utilizada ya rápidamente y de manera creciente en muchos países de todo el mundo. En el 2014 la OMS llevó a cabo otra revisión sistemática para recoger la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson; evaluar los pros y los contras de su adopción, aplicación e interpretación; e identificar los obstáculos, los factores facilitadores y las posibles adaptaciones (11).

Esta revisión incluyó 73 publicaciones de 31 países que informaron sobre el uso de la clasificación de Robson entre los años 2000 y 2013. Según los usuarios, la mayoría de los cuales fueron prestadores de atención de salud, los principales puntos fuertes de esta clasificación son su sencillez, solidez, fiabilidad y flexibilidad (11).

Sin embargo, los usuarios también señalaron que los datos no disponibles, la clasificación errónea de mujeres y la falta de una definición o un consenso respecto a las variables básicas de la clasificación constituían dificultades para su aplicación y uso.

En octubre del 2014, la OMS creó un grupo de expertos. Después de analizar la evidencia existente, dicho grupo de expertos propuso el uso de la clasificación de Robson a nivel de los establecimientos de salud para establecer un elemento común para comparar los datos maternos y perinatales de distintos establecimientos de salud y los de un mismo centro a lo largo del tiempo (3,8).

El grupo de expertos también decidió adoptar la denominación de “clasificación de Robson” como nombre oficial de esta clasificación.

Declaración de la OMS sobre la clasificación de Robson

“La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos de salud a lo largo del tiempo y entre ellos”



Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea

Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.

Resumen ejecutivo

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil. Asimismo, cada vez más, la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985.

Tasa de cesárea a nivel de población

La OMS realizó dos estudios: una revisión sistemática de los estudios disponibles en los que se pretendía determinar la tasa ideal de cesárea en un país o en una población determinados y un análisis mundial por países con los datos más recientes disponibles. Sobre la base de estos datos con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

Tasa de cesárea a nivel hospitalario y la necesidad de un sistema de clasificación universal

En la actualidad, no existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente que permita hacer comparaciones significativas y pertinentes de las tasas de cesárea entre los distintos establecimientos sanitarios y entre ciudades y regiones. De los sistemas existentes que categorizan las cesáreas, en muchos países se ha utilizado ampliamente en los últimos años la clasificación de diez grupos (también conocida como la «clasificación de Robson»). En 2014, la OMS realizó una revisión sistemática sobre la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones.

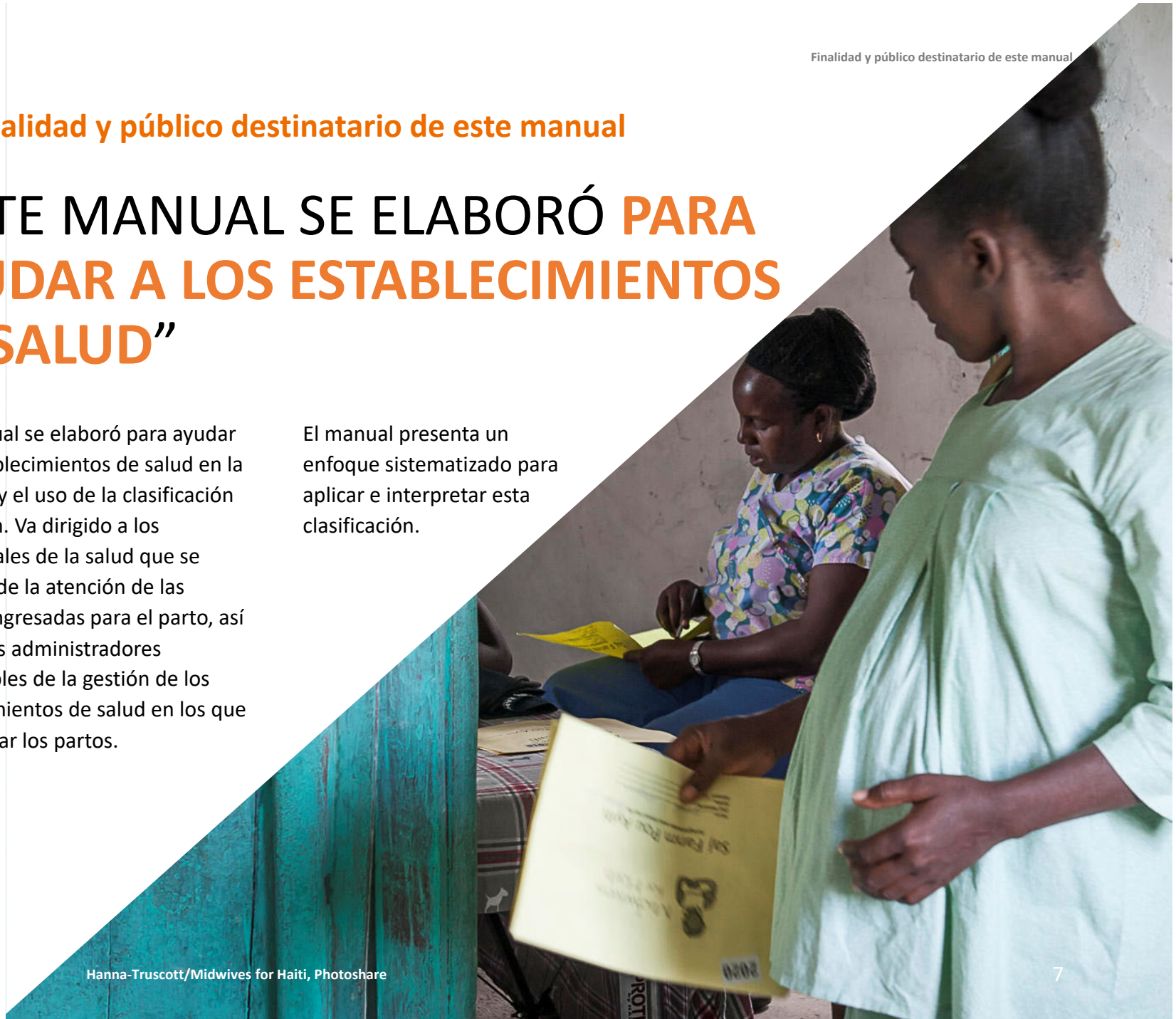
La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.

02. Finalidad y público destinatario de este manual

“ESTE MANUAL SE ELABORÓ PARA AYUDAR A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”

Este manual se elaboró para ayudar a los establecimientos de salud en la adopción y el uso de la clasificación de Robson. Va dirigido a los profesionales de la salud que se encargan de la atención de las mujeres ingresadas para el parto, así como a los administradores responsables de la gestión de los establecimientos de salud en los que tienen lugar los partos.

El manual presenta un enfoque sistematizado para aplicar e interpretar esta clasificación.



¿QUÉ puede aportarle la clasificación de Robson?

La OMS prevé que el uso de la clasificación de Robson ayudará a los establecimientos de salud a:

- Definir y analizar los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las tasas generales de cesárea.
- Comparar la práctica clínica utilizada en estos grupos de mujeres con la de otras unidades que obtengan resultados más favorables y considerar la posible conveniencia de introducir cambios en dicha práctica clínica.
- Evaluar la eficacia de estrategias o intervenciones dirigidas a optimizar el uso de la cesárea.
- Evaluar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados en los distintos grupos de mujeres.
- Evaluar la calidad de los datos obtenidos y concienciar al personal acerca de la importancia de esos datos y de su interpretación y uso.

Este manual:

- Le ayuda a comprender y aplicar la clasificación de Robson y a elaborar el informe tabular con el empleo de sus propios datos.
- Explica las variables y definiciones usadas y cómo elaborar e interpretar el informe tabular.
- Resalta los retos que puede tener que afrontar y presenta experiencias y ejemplos útiles de quienes la han utilizado.
- Presenta las preguntas más frecuentes que se plantean al clasificar a las mujeres, junto con las correspondientes respuestas.

03. La clasificación de Robson

“**CADA MUJER** INGRESADA PARA EL PARTO EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE SALUD PUEDE CLASIFICARSE EN UNO DE LOS 10 GRUPOS”

El sistema clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. Esto significa que, con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas, cada mujer ingresada para el parto en cualquier establecimiento de salud puede clasificarse en uno y solo uno de los 10 grupos y que ninguna mujer queda fuera de la clasificación.

La clasificación de Robson es para “todas las mujeres” que dan a luz en un entorno específico y no solo para las mujeres a las que se practica una cesárea.

3.1 Los 10 grupos de la clasificación de Robson



3.2 Definición de las variables básicas

Los 10 grupos se basan en seis variables obstétricas básicas, que son la única información necesaria para clasificar a cada mujer (cuadro 1)

Cuadro 1: Variables obstétricas para la clasificación de Robson

Variables Obstétricas	
Número de partos	• Nulípara • Multípara
Cesárea previa	• Sí (una o varias) • No
Inicio del trabajo de parto	• Espontáneo • Inducido • No hay trabajo de parto (cesárea programada [previa al trabajo de parto])
Número de fetos	• Embarazo único • Embarazo múltiple
Edad gestación	• Prematuro (menos de 37 semanas) • A término (37 semanas o más)
Situación y presentación del feto	• Presentación cefálica • Presentación podálica • Situación transversa

En principio, ya que estas variables se recopilan sistemáticamente y se usan en el manejo clínico de las mujeres ingresadas para el parto, deberá poder obtener estos datos de la historia clínica de cada mujer.

3.2 Definición de las variables básicas

Cuadro 2: Definición de las variables básicas utilizadas en la clasificación di Robson

Variable obstétrica	Definición	Observación
Número de partos*	Número de partos previos al ingresar para el parto.	Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas**, con o sin malformaciones. No se tiene en cuenta el número de abortos espontáneos o provocados previos.
Nulípara	Ningún parto previo.	Esto no equivale necesariamente a primigrávida. Por ejemplo, una mujer en su 4º embarazo con 3 abortos espontáneos previos (G4 P0 A3) será una mujer nulípara y pertenece a este grupo.
Múltipara	Como mínimo un parto previo.	Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas,** con o sin malformaciones.
Cesárea previa*	Número de cesáreas previas al ingresar para el parto.	Otros tipos de cicatrices uterinas (por ejemplo, miomectomía) no deben tenerse en cuenta y no se consideran una cesárea previa al clasificar a las mujeres.
Ninguna	Todos los partos anteriores fueron vaginales.	
Una o varias	Como mínimo un parto previo por cesárea, pero puede haber habido, además, uno o varios partos vaginales.	

*La definición no tiene en cuenta el parto actual. Debe clasificarse a la mujer antes del parto. Por ejemplo, una mujer que ingresa para dar a luz su primer hijo debe clasificarse como “nulípara”, aun en el caso de que los formularios se rellenen después de que haya dado a luz; no se la debe clasificar como múltipara. De manera análoga, una mujer que ha tenido dos partos vaginales previos y es ingresada para una cesárea programada debe clasificarse como “ninguna cesárea previa”, aunque los formularios se rellenen después del parto de su tercer hijo.

** Esta definición puede variar en diferentes entornos (véase el recuadro más abajo). Quienes utilicen la clasificación deben especificar la definición utilizada para el “nacimiento” (peso al nacer y edad de gestación mínimos) si difiere de la que se propone aquí debe indicarlo mediante una nota a pie de página en el informe tabular (véase más abajo). Aunque no se promueve esta opción, si los usuarios deciden excluir de la clasificación los mortinatos y los fetos con malformaciones, esto también debe indicarse en la nota a pie de página.

Cuadro 2 (continuación): Definición de las variables básicas utilizadas en la clasificación de Robson

Variable obstétrica	Definición	Observación
Inicio del trabajo de parto	Forma en la que se ha iniciado el trabajo de parto en el embarazo actual, independientemente de lo que se hubiera planificado inicialmente.	Esto debe basarse en la historia clínica, la exploración física y la decisión del profesional de la salud al ingreso en la sala de parto/preparto.
Esponáneo	Antes del parto, la mujer se encontraba en trabajo de parto espontáneo.	Las mujeres nulíparas o multíparas con cesárea programada (previa al trabajo de parto) que llegan en trabajo de parto espontáneo forman parte de este grupo. Este grupo también incluye a las mujeres que han entrado en trabajo de parto espontáneamente y a las que se ha administrado oxitocina o se ha practicado una amniotomía para potenciar (acelerar) el trabajo de parto.
Inducido	Al ingresar en la sala de parto, la mujer no estaba en trabajo de parto y el parto se ha inducido luego.	Cualquier método de inducción es válido incluida la amniotomía, el misoprostol, la oxitocina, la sonda de Foley con globo intracervical, el tallo de laminaria u otro. Las mujeres que entran espontáneamente en trabajo de parto y luego son tratadas con oxitocina o se les practica una amniotomía para corregir distocias o potenciar (acelerar) el trabajo de parto no forman parte de este grupo sino que deben clasificarse como de inicio de parto “espontáneo”.
Cesárea programada (previa al trabajo de parto)	La mujer no estaba en trabajo de parto cuando ingresó para el parto, y se tomó la decisión de practicar una cesárea.	Los casos de inducción o trabajo de parto espontáneo que finalmente acaban en un parto por cesárea no forman parte de este grupo.
Número de fetos	Número de fetos al ingresar para el parto	Incluidas las muertes fetales diagnosticadas después de las 22 semanas o de un peso de 500 g**.
Embarazo único	Un solo feto	Los embarazos gemelares con muerte fetal antes de las 22 semanas o de un peso de 500 g deben contabilizarse como embarazos únicos.
Embarazo múltiple	Más de un feto	Incluidos los casos de embarazo múltiple en los que se ha producido la muerte de uno o varios fetos después de las 22 semanas o de un peso de 500 g**.

** Esta definición puede variar en diferentes entornos (véase el recuadro más abajo). Quienes utilicen la clasificación deben especificar la definición utilizada para el “nacimiento” (peso al nacer y edad de gestación mínimos) si difiere de la que se propone aquí e indicarlo mediante una nota a pie de página en el informe tabular (véase más abajo). Aunque no se promueve esta opción, si los usuarios deciden excluir de la clasificación los mortinatos y los fetos con malformaciones, esto debe también indicarse en la nota a pie de página.

Cuadro 2 (continuación): Definición de las variables básicas utilizadas en la clasificación de Robson

Variable obstétrica	Definición	Observación
Edad Gestacional	Edad de gestación al ingresar para el parto actual	Basada en la mejor estimación (falta menstrual o primera ecografía) o en la exploración neonatal o en las definiciones que se utilicen en su entorno
A término	37 semanas o más	
Prematuro	Menos de 37 semanas	
Situación y presentación del feto	La situación /presentación fetal final antes de que se tome una decisión respecto al parto o antes de que se diagnostique un trabajo de parto	Las mujeres ingresadas con un feto en presentación de nalgas en las que se realiza una versión externa seguida de un parto con presentación cefálica deben considerarse casos de presentación cefálica. Las mujeres con un feto muerto en situación transversa en las que se realiza una versión interna antes del parto deben considerarse casos de presentación de nalgas.
Presentación cefálica	La cabeza fetal es la parte del cuerpo que se presenta a través del canal del parto.	Las presentaciones cefálicas de vértice, facial o frontal, o las presentaciones cefálicas compuestas (prolapso de mano) deben clasificarse aquí.
Presentación de nalgas	Los glúteos fetales o bien uno o ambos pies son las partes del cuerpo que se presentan a través del canal del parto.	Todos los tipos de presentaciones de nalgas (simple, completa y podálica).
Situación transversa u oblicua	El eje longitudinal del feto es perpendicular u oblicuo al eje longitudinal de la madre.	Presentación de hombro o de brazo del feto o no hay presentación de ninguna parte del cuerpo fetal.

La clasificación de Robson debe considerarse un punto de partida común para un sistema de clasificación perinatal que puede detallarse aún más. Cada uno de los 10 grupos puede subdividirse o puede ser necesario combinar algunos de los grupos. Además, dentro de los diferentes grupos pueden agregarse y analizarse otros detalles como las indicaciones para la cesárea o la morbilidad neonatal. También pueden analizarse dentro del grupo otros eventos y resultados relacionados con el parto (por ejemplo, uso de oxitocina o variables epidemiológicas como la edad o el índice de masa corporal).

Por otro lado, hay varias definiciones obstétricas, protocolos o intervenciones clave que no se incluyen en la clasificación pero que deben tenerse en cuenta cuando se interpretan los resultados.

Estos aspectos pueden ser específicos de cada establecimiento de salud y a veces están unificados en los países.

Entre ellos se encuentran, por ejemplo, los criterios utilizados para el diagnóstico del trabajo de parto (borramiento y dilatación del cuello de útero), las directrices usadas para el manejo del parto, como la rotura artificial de la bolsa amniótica, la pauta de oxitocina usada para la potenciación (aceleración) y la inducción, el diagnóstico y el tratamiento del cese de las contracciones y la distocia, las técnicas de monitoreo fetal, la analgesia y la atención individualizada en el parto.

COMÓ definir un nacimiento

La definición de “**nacimiento**” puede diferir en distintos países y entornos. Mientras que la mayoría de los países de ingresos altos contabilizan como nacimientos los recién nacidos con un peso de como mínimo **500g** o con una edad de gestación de al menos **20 o 22 semanas**, muchos países usan otros valores de corte. Por ejemplo, en muchos países el umbral de viabilidad es un **peso al nacer $\geq 1000g$ y una edad de gestación ≥ 28 semanas**.

Para comparar los informes tabulares de Robson de distintos países o los de un mismo país a lo largo del tiempo, es importante que los usuarios de la clasificación aporten una definición clara de cuáles han sido los límites de peso y de edad de gestación utilizados en su población. Esta información debe agregarse mediante una nota a pie de página en su informe tabular de Robson.

3.3 Subdivisiones de los 10 grupos

Muchos usuarios de la clasificación de Robson han sugerido subdivisiones dentro de los 10 grupos de Robson (12). Las subdivisiones de ciertos grupos (por ejemplo, los grupos 2, 4 o 5) pueden tener más sentido que otras, pero esto puede variar de un establecimiento de salud a otro. El objetivo de las subdivisiones es aumentar en mayor medida la uniformidad y la homogeneidad de los grupos al estratificar a las mujeres de ese grupo según ciertas características de interés.

Esto puede ser especialmente útil cuando se planifica la aplicación de intervenciones clínicas en subgrupos específicos. La importancia y la posible utilidad de estas subdivisiones dependerán del tamaño de los grupos en el entorno específico en el que se vaya a usar la clasificación. Sin embargo, es importante recordar que los análisis de cualquier subdivisión pueden ser por sí solos engañosos si no se presta atención a lo que ha quedado fuera de ellas.

En el cuadro 3 se presenta la clasificación de Robson con las subdivisiones más comunes.



3.3 Subdivisiones comunes de los 10 grupos

Cuadro 3. Clasificación de Robson con subdivisiones

Grupo	Población obstétrica
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
2	Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
2a	Parto inducido
2b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
3	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
4	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
4a	Parto inducido
4b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
5	Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación
5.1	Con una cesárea previa
5.2	Con dos o más cesáreas previas
6	Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas
7	Todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
8	Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
9	Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
10	Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de < 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

3.3 Subdivisiones comunes de los 10 grupos

Subdivisiones de los grupos 2 y 4:

Estos grupos corresponden a las mujeres nulíparas y multíparas, respectivamente, sin cesáreas previas, con un embarazo único a término, con presentación cefálica, que no entran en parto de forma espontánea (véase el cuadro 3). Estos grupos incluyen dos subcategorías diferenciadas y mutuamente excluyentes, a saber:

2a o 4a

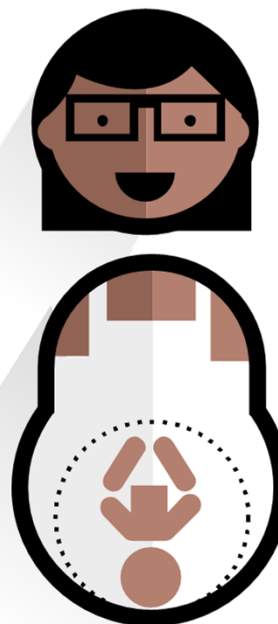
Mujeres nulíparas o multíparas, respectivamente, en las que se ha inducido el parto (con el empleo de cualquier método, como misoprostol, oxitocina, amniotomía, sonda de Foley intracervical u otros) y luego han dado a luz por vía vaginal o por cesárea.

2b o 4b

Mujeres nulíparas o multíparas, respectivamente, que han sido ingresadas y a las que se ha practicado una cesárea programada (previa al trabajo de parto). Dado que a todas las mujeres de esos subgrupos se les practicará una cesárea, las tasas de cesárea en estos subgrupos serán siempre del 100%.

Dado que los grupos 2 y 4 pueden constituir una proporción elevada de la población obstétrica en muchos hospitales, estas subcategorías son importantes para determinar de qué manera las diferencias existentes en la práctica clínica (tasas de parto inducido o de cesárea programada) contribuyen a producir las tasas de cesárea en las mujeres nulíparas y multíparas a las que no se ha practicado anteriormente una cesárea, así como las tasas globales de cesárea en diferentes hospitales.

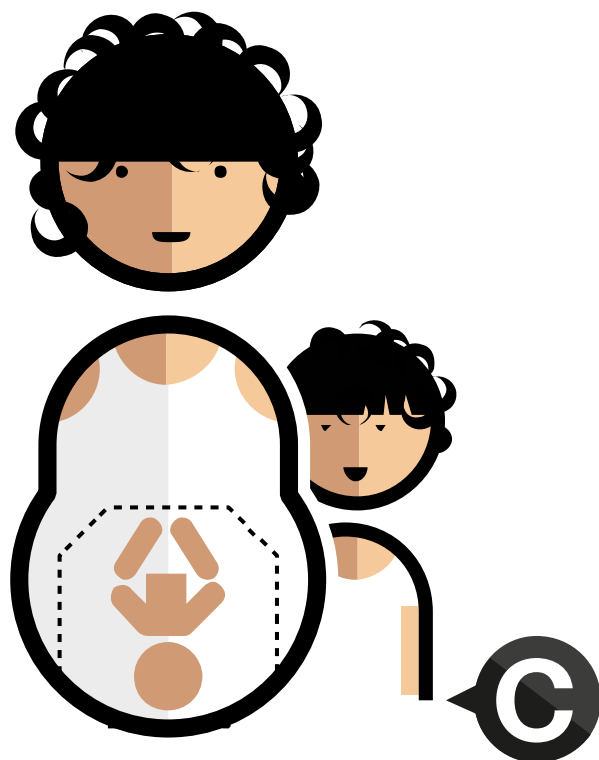
Además, la tasa de cesárea en los subgrupos 2a y 4a (mujeres con parto inducido nulíparas y multíparas, respectivamente) puede usarse también para evaluar y comparar el éxito de las directrices para la inducción del parto existentes en diferentes hospitales o en el mismo hospital a lo largo del tiempo.



3.3 Subdivisiones comunes de los 10 grupos

Subdivisiones del grupo 5:

El grupo 5 incluye a todas las mujeres multíparas con al menos un cesárea anterior que presentan un embarazo único, a término, con el feto en presentación cefálica. En la práctica obstétrica actual, el grupo 5 puede ser muy importante en muchos entornos porque hay un número creciente de mujeres con antecedentes de una cesárea previa y, por consiguiente, el tamaño de este grupo puede ser considerable. Dado que la tasa de cesárea en este grupo es generalmente alta, el grupo 5 puede contribuir de manera importante al número total de cesáreas en estos contextos. Sin embargo, el grupo 5 incluye dos subcategorías diferenciadas y mutuamente excluyentes, a saber:



5.1 Mujeres multíparas con una sola cesárea previa

5.2 Mujeres multíparas con dos o más cesáreas previas

Dadas las diferencias existentes en el manejo clínico de estos dos tipos de mujeres, estas subcategorías comunes deben presentarse por separado en la clasificación, designándolas como 5.1 y 5.2.

La utilidad de estas subcategorías dependerá del tamaño real del grupo 5 en un entorno específico. En muchos países de ingresos altos o medianos, en los que el tamaño del grupo 5 está pasando a ser considerable, las subcategorías propuestas serán más útiles y apreciadas que en los lugares en los que el grupo 5 constituye tan solo una pequeña proporción de la población obstétrica.

3.4 Casos con variables no disponibles (casos no clasificables)

Los 10 grupos se basan en las características obstétricas básicas que se recopilan sistemáticamente en la mayoría de los embarazos al ingreso y en el momento del parto. En los casos en los que la información sobre una o varias de las variables básicas falte o sea ilegible en la historia clínica de la paciente, no será posible clasificar a la mujer en ninguno de los 10 grupos. Este “grupo no clasificable” de mujeres debe indicarse en el informe tabular de la clasificación de Robson, pero presentándolo preferentemente mediante una nota a pie de página en la parte baja de este cuadro.

Es muy importante presentar este grupo y su tamaño (número absoluto y % respecto al total de partos) porque **es un indicador de la calidad de los datos disponibles en cualquier hospital.**

También es importante explorar cuáles son las variables concretas que faltan en este grupo de mujeres, a fin de mejorar la recogida de datos en el futuro.

Utilidad de la cuantificación y el examen de los casos no clasificables

En el 2017, el hospital A tuvo un total de 2500 partos y 250 (10%) no pudieron clasificarse en ninguno de los grupos de Robson. Al examinar las historias clínicas de estos casos concretos, se observó que la información faltante era principalmente la de la presentación fetal (n=200/250 casos). En este hospital, será relativamente sencillo reducir el número de “casos no clasificables” rellorando adecuadamente la información relativa a la presentación fetal, que es de fácil acceso en todas las historias clínicas de las pacientes.

En cambio, en el hospital B, donde se atienden 7500 partos al año, hubo 225 casos que no fueron clasificables (3%) y la variable que faltó con mayor frecuencia fue la del inicio del trabajo de parto (es decir, incluir cuando hay cesárea programada [previa al trabajo de parto]) (n=218/225 casos).

Podría parecer que los gerentes del hospital B probablemente necesitarán dedicar menos esfuerzos a mejorar la recopilación de datos ya que el grupo no clasificable es más pequeño que en el hospital A. Sin embargo, la información que falta en el hospital B (inicio de trabajo de parto) es menos objetiva que la información que falta en el hospital A (presentación fetal). Para reducir el número de casos no clasificables debidos a la falta de información sobre el inicio de trabajo de parto, los médicos clínicos podrían considerar la posibilidad de agregar un campo nuevo en sus formularios de ingreso para obtener esta información específica en todos los casos. Por ejemplo, en un punto concreto del proceso de obtención de datos previa al parto, deberá determinarse en todas las mujeres una de las siguientes tres opciones: trabajo de parto espontáneo, trabajo de parto inducido o cesárea programada (previa al trabajo de parto). El personal obstétrico y de partería tendrían que acordar la definición del hospital de lo que constituye un trabajo de parto espontáneo y conseguir que todos los profesionales de la salud involucrados conozcan y apliquen esta definición al rellenar este campo.

04. Preguntas frecuentes sobre la forma de clasificar a las mujeres

PREGUNTAS ACERCA DE...

En las páginas siguientes encontrará respuestas a preguntas frecuentes sobre la forma de clasificar a las mujeres en los grupos de Robson.



Preguntas acerca del número de partos:

P 1: Acabo de realizar una cesárea a causa de sufrimiento fetal en una mujer nulípara con un embarazo único, con presentación cefálica y a término, que llegó en trabajo de parto (8 cm). ¿Debo clasificar este caso en el grupo 1 o en el grupo 5?

R 1: Esta mujer debe clasificarse en el grupo 1. La clasificación no tiene en cuenta el parto actual. Por consiguiente, esta mujer es una nulípara y no una multípara con una cesárea previa.

P 2: ¿Cómo debo clasificar a una mujer con 5 partos a término previos que da a luz a un mortinato en presentación cefálica a las 26 semanas, con un peso de 620 g? En mi país, registramos a los recién nacidos vivos que pesan como mínimo 500 g pero no registramos a los mortinatos con un peso inferior a 1000 g.

R 2: Esta mujer pertenecería al grupo 10. Sin embargo, puede decidir no incluir este caso en la clasificación de Robson debido a las definiciones que se usan en su entorno. En tal caso, deberá agregar al final del informe tabular de la clasificación de Robson una nota a pie de página en la que se especifiquen los criterios que ha utilizado para definir el “nacimiento”. Por ejemplo, podría indicar en la nota a pie de página: “Incluimos solo a los recién nacidos vivos de un peso ≥ 500 g y a los mortinatos de un peso ≥ 1000 g”.

P 3: ¿Cómo clasifico a una mujer en su cuarto embarazo, con 3 abortos espontáneos anteriores (a las 8, 12 y 14 semanas), que ingresa a las 38 semanas con un embarazo único en presentación cefálica en trabajo de parto espontáneo? ¿Corresponde al grupo 1 o 3?

R 3: Pertenece al grupo 1 porque se trata de una mujer nulípara (es decir, no ha dado luz antes a un recién nacido de un peso ≥ 500 g o de ≥ 22 semanas de gestación).

P 4: Una mujer nulípara con antecedentes de una miomectomía dos años atrás ingresa para una cesárea programada a las 38 semanas, con un embarazo único con presentación cefálica. ¿Debe clasificarse en el grupo 2 o en el grupo 5?

R 4: Esta mujer pertenece al grupo 2 (grupo 2b). Tan solo las mujeres con cicatrices uterinas debidas a una o varias cesáreas previas deben clasificarse en el grupo 5.



P 5: ¿Cómo clasifico a una mujer ingresada para la inducción del parto a las 41 semanas de gestación, que ha tenido un parto vaginal previo? Yo tendería a clasificarla en el grupo 1 porque, en mi país, la llamamos primípara; usamos la palabra múltipara tan solo para las mujeres que han tenido al menos dos partos anteriores.

R 5: En la clasificación de Robson, todas las mujeres con uno o más partos anteriores se clasifican como “mujeres múltiparas”. Por consiguiente, esta mujer pertenece al grupo 4.



Preguntas acerca del inicio del trabajo de parto

P 1: Ingresé a una mujer nulípara con embarazo único, con presentación cefálica, a las 40 semanas, con rotura de aguas 4 horas antes y contracciones regulares durante la última hora. Al ingreso, había una dilatación del cuello uterino de 2 cm, con un borramiento del 80% y contracciones moderadas cada tres minutos, lo cual corresponde a la definición de trabajo de parto espontáneo del hospital. Cuatro horas después del ingreso, la dilatación continúa siendo de 2 cm y le administro oxitocina para potenciar (acelerar) el trabajo de parto. ¿Debo clasificarla en el grupo 1 o en el grupo 2?

R 1: Esta mujer pertenece al grupo 1, ya que es una nulípara con un inicio espontáneo del trabajo de parto (según su definición de trabajo de parto espontáneo). El uso de oxitocina en este caso es para la potenciación (aceleración) del trabajo de parto y no para la inducción. Por consiguiente, no pertenece al grupo 2 en el que se incluye únicamente a las mujeres ingresadas en las que se diagnostica que no están en trabajo de parto espontáneo y se induce el parto usando cualquier método (farmacológico o mecánico).

P 2: Ingreso a una mujer múltipara obesa de 41 años de edad (3 partos vaginales anteriores), a las 40 semanas, con un embarazo único con presentación cefálica, en trabajo de parto espontáneo con una dilatación del cuello uterino de 4 cm. La mujer tiene diabetes gestacional, el feto es macrosómico y se había previsto una cesárea programada para el día siguiente. ¿Debe clasificarse en el grupo 3 o en el grupo 4b?

R 2: Pertenece al grupo 3 porque el inicio del trabajo de parto fue espontáneo y la clasificación tiene en cuenta siempre la forma en la que ha comenzado el trabajo de parto en el embarazo actual, independientemente de lo que se haya planificado para el parto.



Preguntas acerca de los embarazos múltiples

P 1: Si tengo una mujer con un embarazo gemelar y el primer niño está en una situación transversa, ¿debo clasificar el caso en el grupo 8 o en el grupo 9?

R 1: Pertenece al grupo 8, ya que este incluye a “todas las mujeres con embarazos múltiples”. El grupo 9 es tan solo para las mujeres con un embarazo único con un feto en situación transversa u oblicua.

P 2: A una mujer nulípara se le diagnosticó un embarazo de trillizos a las 14 semanas. A las 22 semanas, en la ecografía había un solo feto vivo y los otros dos fetos muertos tenían un peso estimado < 500 g. La mujer acude a las 39 semanas en trabajo de parto espontáneo, con el feto vivo en presentación cefálica. ¿Cómo clasificaría a esta mujer, en el grupo 8 o en el grupo 1?

R 2: Este caso corresponde al grupo 1. La clasificación no se aplica a embarazos/fetos con un peso fetal estimado inferior a 500 g o con una edad de gestación de menos de 22 semanas.



P 3: A una mujer de 42 años, múltipara (2 cesáreas previas) se le diagnosticó mediante ecografía un embarazo gemelar a las 10 semanas. A las 31 semanas, ingresa debido a la presencia de preeclampsia grave y un retraso del crecimiento fetal, con ambos fetos vivos. Al segundo día, muere uno de los fetos. La paciente es trasladada de inmediato a la sala de parto para una cesárea programada (antes del trabajo de parto). El primer feto tiene una presentación de nalgas y está muerto. El feto sobreviviente está en presentación cefálica. ¿Cómo clasificaría a esta mujer, en el grupo 5.2, el grupo 7 o el grupo 8?

R 3: Este caso pertenece al grupo 8. La muerte fetal ocurrió después de las 22 semanas (o después de alcanzar un peso fetal > 500 g); por consiguiente este embarazo se continúa considerando múltiple. No corresponde al grupo 5 porque en ese grupo solamente deben incluirse las mujeres con un embarazo único y a término, con presentación cefálica. No pertenece al grupo 7 porque este grupo es tan solo para los embarazos únicos con presentación de nalgas.

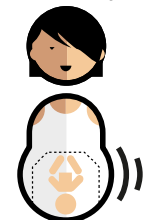
P 4: Tengo un total de 3000 mujeres que dieron a luz en mi hospital en el 2015; 60 de estas mujeres dieron a luz gemelos y 1 mujer dio a luz trillizos. Por consiguiente, el número total de niños nacidos en el 2015 fue 3062. Cuando elabore el informe tabular de Robson de mi hospital correspondiente al 2015, ¿mi número total (última línea de la columna 2) debe ser 3000 o 3062?

R 4: El número total del informe tabular de la clasificación de Robson corresponde al número total de MUJERES que han dado a luz en un determinado contexto y no al número total de niños nacidos. Por consiguiente, el número total correcto es 3000.

La clasificación de Robson se refiere a las **mujeres** que dan a luz en un determinado contexto y no a los niños nacidos

GROUP

1



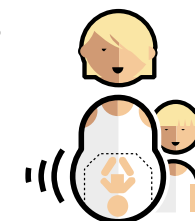
GROUP

2



GROUP

3



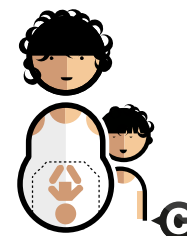
GROUP

4



GROUP

5



Preguntas acerca de la presentación

P 1: ¿Cómo debo clasificar a una mujer nulípara en trabajo de parto espontáneo a las 38 semanas, con una dilatación de 8 cm y una presentación facial?

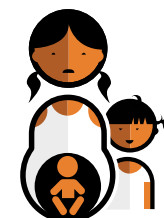
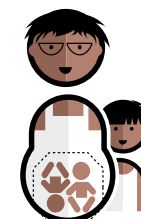
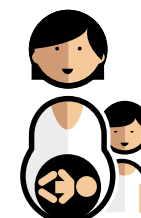
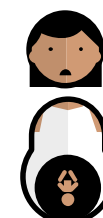
R 1: Esta mujer pertenece al grupo 1. Todas las presentaciones cefálicas faciales, frontales o compuestas deben clasificarse en el grupo 1. Mientras la presentación sea de la cabeza del feto, se considera una presentación cefálica.

P 2: Ingreso a una mujer con 3 partos vaginales anteriores, en trabajo de parto espontáneo, a las 39 semanas, con una dilatación de 5 cm y rotura de aguas, en un embarazo único con presentación cefálica y con una mano al lado de la cabeza. ¿Debo clasificarla en el grupo 3 o en el grupo 9?

R 2: Esta mujer debe clasificarse en el grupo 3. Mientras la presentación sea de la cabeza del feto, se considera una presentación cefálica. El grupo 9 es tan solo para las mujeres en las que hay una situación transversa u oblicua, la cual puede acompañarse de un prolapso del brazo, pero no es este el caso.

P 3: Ingreso a una mujer nulípara con un embarazo único con presentación de nalgas, a las 37 semanas, que no está en trabajo de parto. Se realiza con éxito una versión externa e inmediatamente después se induce el parto. La mujer da a luz en 12 horas un feto en presentación cefálica por vía vaginal. ¿Cómo clasifico a esta mujer, en el grupo 6 o en el grupo 2a?

R 3: Esta mujer debe clasificarse en el grupo 2a. La clasificación de Robson utiliza la presentación/situación final del feto antes de que se tome una decisión respecto al parto o antes de que se diagnostique la presencia de trabajo de parto. En este caso, la presentación al inicio de la inducción fue cefálica, y por consiguiente pertenece en grupo 2a.

GROUP
6GROUP
7GROUP
8GROUP
9GROUP
10

Preguntas acerca de la edad de gestación, la muerte fetal y las malformaciones fetales

P 1: Una mujer nulípara acude a las 32 semanas de un embarazo único, con una dilatación completa; la presentación es cefálica y hay un prolapso del cordón umbilical. ¿Debe clasificarse a esta mujer en el grupo 1, 10 o 9?

R 1: Pertenece al grupo 10 porque este incluye todos los embarazos únicos, con presentación cefálica y nacimiento prematuro. El grupo 1 no es el adecuado porque no se trata de un embarazo a término (37 semanas o más) y el grupo 9 es tan solo para las situaciones transversas u oblicuas, y no es el caso.

P 2: Una mujer multípara con 2 cesáreas previas ingresa a las 30 semanas con una preeclampsia grave, sin estar en trabajo de parto, con un feto muerto en presentación de nalgas. ¿Debe incluirse o no a esta mujer en la clasificación de Robson teniendo en cuenta que el feto está ya muerto? Si la incluimos, ¿se clasificará en el grupo 5, 7 o 10?

R 2: La clasificación de Robson no excluye los mortinatos; por consiguiente, esta mujer debe ser incluida en la clasificación. Pertenece al grupo 7 porque este incluye a “todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas”. No pertenece al grupo 5 ni al grupo 10 porque el feto está en una presentación de nalgas y estos grupos incluyen solamente presentaciones cefálicas.

P 3: Una mujer nulípara con un feto con anencefalia es ingresada a las 24 semanas para la inducción del parto. El feto está muerto y en presentación cefálica. ¿Debemos incluirla o no en la clasificación de Robson? Si la incluimos, ¿debe clasificarse en el grupo 2 o en el grupo 10?

R 3: La clasificación de Robson no excluye los fetos con malformaciones o muertos; por consiguiente, esta mujer debe ser incluida en la clasificación. Pertenece al grupo 10, que incluye a todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, nacimiento prematuro; el hecho de que la cabeza fetal tenga una malformación no modifica el hecho de que la presentación continúe siendo cefálica. El grupo 2 es para la presentación cefálica a término, y no es el caso.

05. Formas de clasificar a las mujeres en los grupos de Robson

“NO NECESITA UN EQUIPO DE ESPECIALISTAS EN INFORMACIÓN”

Para clasificar a cada mujer en uno de los 10 grupos se pueden usar varias alternativas. Puede ser algo tan sencillo como examinar manualmente la historia clínica de cada paciente para buscar las variables básicas y agregar una nota manual con un lápiz en la portada de la historia clínica que indique el número del grupo de Robson. Pero también puede ser muy complejo y puede ser preciso pedir a un equipo de especialistas en información que elaboren un programa informático que tome las variables básicas de la historia clínica electrónica de la paciente y asigne automáticamente el grupo de Robson específico a cada historia clínica basándose en fórmulas preestablecidas.

El diagrama de flujo de la página siguiente proporciona una guía respecto al orden en el que resulta más fácil aplicar la clasificación.

Los casos en los que falten datos (falta de información respecto a una o varias de las seis variables básicas) deben designarse como “no clasificables” y debe registrarse cuál es la variable que falta para facilitar los análisis de esos casos.

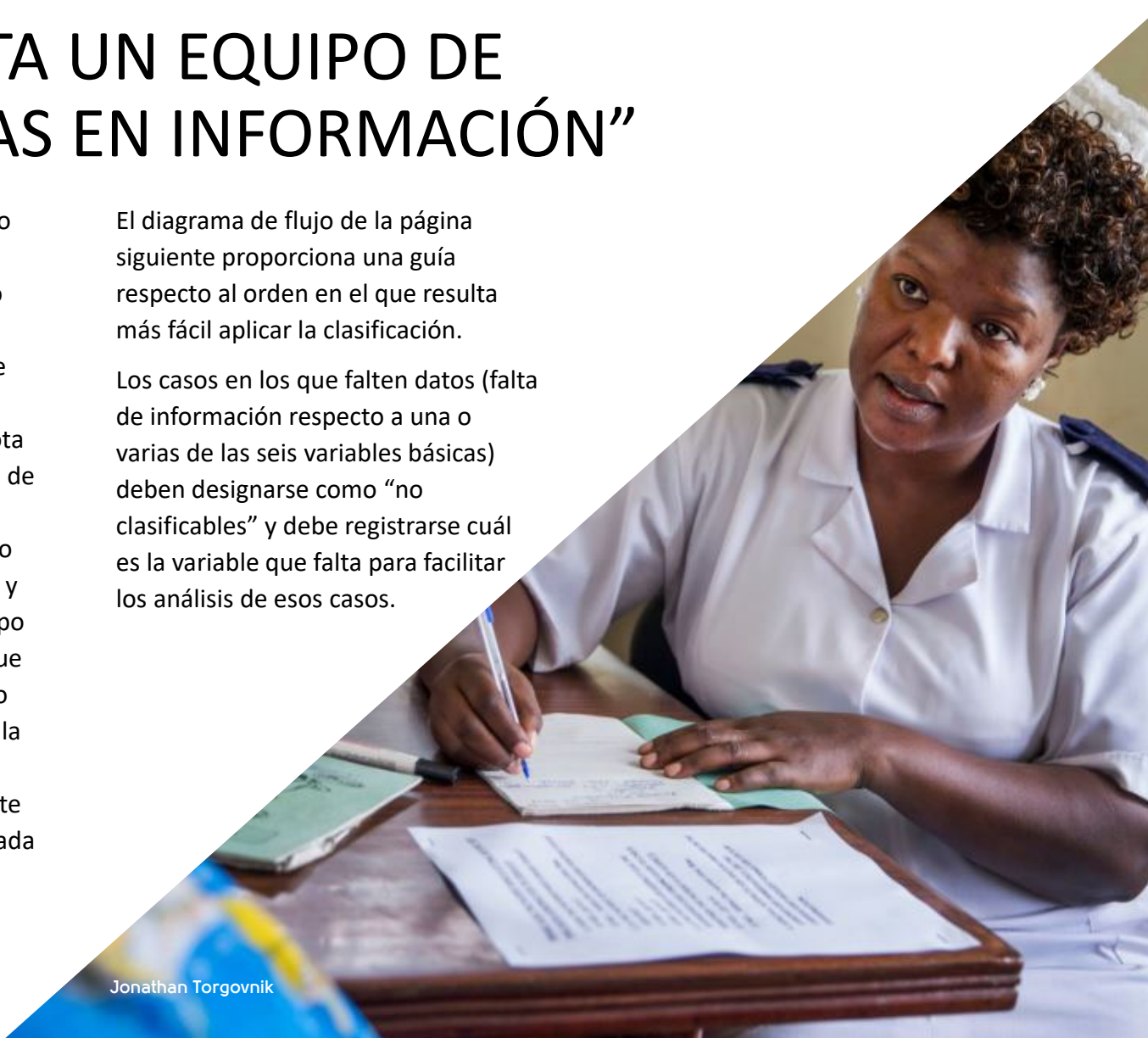
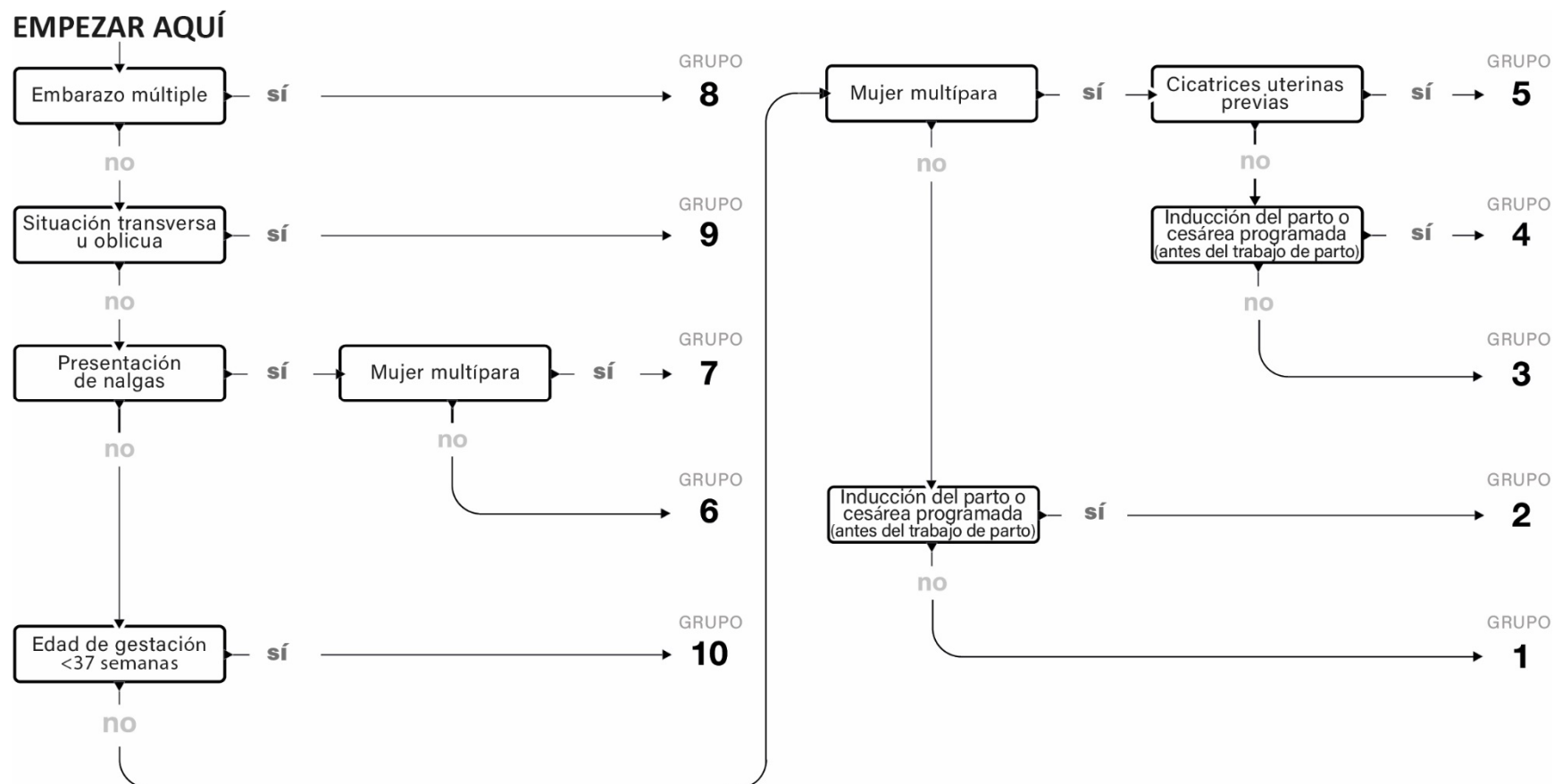


Figura 2: Diagrama de flujo para la clasificación de las mujeres en la clasificación de Robson



Fuente: Adaptado de Nassar LF, Sancho HD. Instrucción de Robson. v.0.1-1. 2015/06/08. Caja Costarricense de Seguro Social

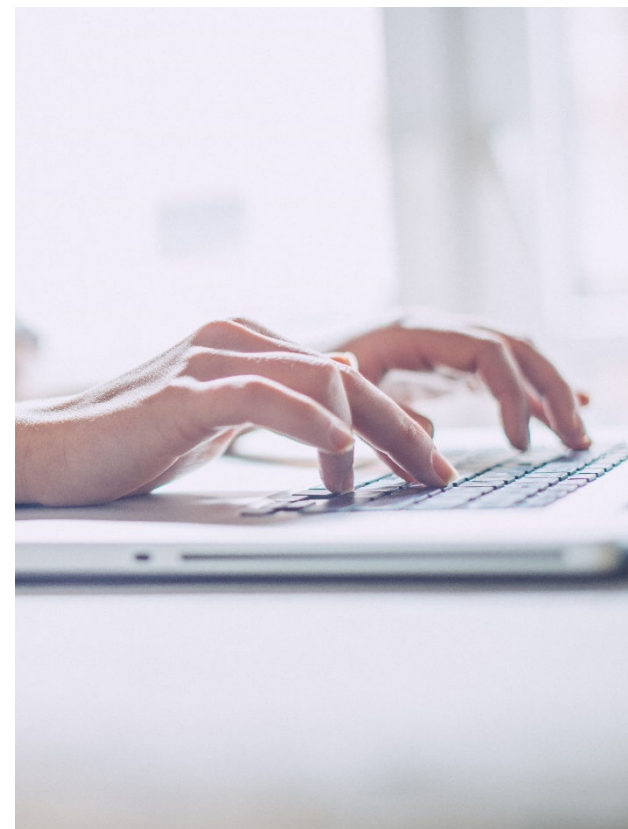
5.1 Clasificación manual

Cada mujer puede clasificarse manualmente en uno de los 10 grupos mediante el examen y la recopilación de los datos de cada historia clínica individual o directamente del registro de la sala de partos (libros de registro) si en ellos constan las variables necesarias enumeradas en el cuadro 1 o se usan las definiciones que se presentan en el cuadro 3. Una vez clasificada la mujer, puede indicarse el grupo específico en el que se encuentra en la historia clínica o en una columna adicional agregada al libro de registro de la sala de partos. Puede usarse este sistema de anotación para facilitar los cálculos periódicos (por ejemplo, mensuales) del número de las mujeres de cada grupo. Para facilitar la clasificación de cada mujer, puede imprimir una copia del diagrama de flujo presentado en la página anterior (figura 2) y seguir los pasos que se indican en él.

5.2 Clasificación con el empleo de una hoja de cálculo o de una calculadora automática

Esta forma de clasificación es posiblemente mejor que la obtención manual ya que reduce los errores humanos al decidir a qué grupo corresponde cada mujer. Sin embargo, requiere introducir cada una de las variables básicas de cada mujer en una hoja de cálculo electrónica. Se podría elaborar, por ejemplo, un cuadro en una hoja de cálculo (véase el cuadro 4 en la página siguiente) en el que cada fila corresponde a una mujer y cada columna corresponde a una de las variables básicas, con especificación de las respuestas específicas posibles para cada variable. Luego, debería crear una última (o primera) columna adicional denominada “Número de grupo” en la que, mediante fórmulas electrónicas con las reglas de clasificación, a cada mujer se le asignaría automáticamente un grupo de Robson.

El cuadro de la página siguiente puede ser útil a los especialistas en información de su hospital para crear las fórmulas electrónicas destinadas a clasificar a todas las mujeres en uno de los 10 grupos de Robson, basándose en las seis variables básicas.



5.2 Uso de una hoja de cálculo o de una calculadora automática

Cuadro 4: Resumen de las especificaciones de las variables en cada grupo de Robson

Grupo	Número de partos	Cesárea previa	Números de fetos	Presentación o situación fetal	Edad de gestación (semanas)	Inicio del trabajo de parto
1	0	No	1	Cefálica	≥ 37	Espontáneo
2	0	No	1	Cefálica	≥ 37	Inducido o cesárea programada
3	≥ 1	No	1	Cefálica	≥ 37	Espontáneo
4	≥ 1	No	1	Cefálica	≥ 37	Inducido o cesárea programada
5	≥ 1	Sí	1	Cefálica	≥ 37	Cualquiera
6	0	No	1	De nalgas	Cualquiera	Cualquiera
7	≥ 1	Cualquiera	1	De nalgas	Cualquiera	Cualquiera
8	Cualquiera	Cualquiera	≥ 2	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera
9	Cualquiera	Cualquiera	1	Trasversa u obliquo	Cualquiera	Cualquiera
10	Cualquiera	Cualquiera	1	Cefálica	< 37	Cualquiera

5.3 Clasificación mediante historias clínicas electrónicas

Si su hospital usa historias clínicas electrónicas, le sugerimos que se ponga en contacto con el equipo de apoyo de especialistas en información, les muestre las variables obstétricas básicas necesarias para clasificar a las mujeres en uno de 10 grupos (cuadro 4 anterior) y el diagrama de flujo usado para la clasificación manual (figura 2) y les pida que creen las fórmulas necesarias para clasificar automáticamente a todas las mujeres que ingresan para un parto.

Esto puede usarse también para crear el **informe tabular de Robson**.

06. Informe tabular de la clasificación de Robson

“LO MEJOR ES **PRESENTAR LOS DATOS** DE UNA MANERA ESTANDARIZADA”

Para aprovechar al máximo la información suministrada por la clasificación de Robson en los entornos locales y permitir comparaciones entre ellos, lo mejor es presentar los datos de una manera estandarizada (el “informe tabular de la clasificación de Robson”).



El informe tabular consta de siete columnas, de la siguiente manera:

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
Nombre o número del grupo y definición (con subdivisiones para los grupos 2, 4 y 5, si son de interés para los usuarios)	Número total de cesáreas en cada grupo	Número total de mujeres que dan a luz en cada grupo	Tamaño relativo del grupo respecto a la población total del establecimiento de salud. Para cada uno de los 10 grupos, en porcentaje	Tasa de cesárea en cada grupo. Para cada uno de los 10 grupos, en porcentaje	Contribución absoluta de los grupos a la tasa global de cesárea. Para cada uno de los 10 grupos, en porcentaje	Contribución relativa de cada uno de los 10 grupos a la tasa global de cesárea. Para cada uno de los 10 grupos, en porcentaje

Sugerimos que comience rellorando las columnas 2 y 3 (número total de cesáreas y número total de mujeres en cada uno de los 10 grupos) para pasar luego a realizar todos los cálculos de porcentajes.

06. Informe tabular de la clasificación de Robson

Cuadro 5: Informe tabular de la clasificación de Robson

Nombre del establecimiento de salud: Hospital ABC				Período: enero del 2016 a diciembre del 2016		
Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
Grupo	Número de cesáreas en el grupo	Número de mujeres en el grupo	Tamaño ¹ del grupo (%)	Tasa ² de cesárea del grupo (%)	Contribución absoluta del grupo a la tasa global de cesáreas ³ (%)	Contribución relativa del grupo a la tasa global de cesáreas ⁴ (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Total*	Numero total de cesáreas	Número total de mujeres que dan a luz	100%	Tasa global de cesáreas	Tasa global de cesáreas	100%

No clasificable: Número de casos y % [número de casos no clasificables / (número total de mujeres que dan a luz clasificadas + no clasificadas) X 100]

* Estos totales y porcentajes proceden de los datos del cuadro

1. Tamaño del grupo (%) = n de mujeres del grupo / N total de mujeres que dan a luz en el hospital x 100

2. Tasa de cesárea del grupo (%) = n de cesáreas del grupo / N total de mujeres del grupo x 100

3. Contribución absoluta (%) = n de cesáreas del grupo / N total de mujeres que dan a luz en el hospital x 100

4. Contribución relativa (%) = n de cesáreas del grupo / N total cesáreas del hospital x 100

07. Forma de interpretar el informe tabular de la clasificación de Robson

“AYUDA A COMPRENDER EL **TIPO DE POBLACIÓN** ATENDIDA POR EL HOSPITAL”

La interpretación del informe tabular de la clasificación de Robson puede conducir a apreciaciones útiles sobre la calidad de la recopilación de datos, el tipo de población atendida por el hospital, la tasa de cesárea de cada grupo y la medida en la que cada uno de los 10 grupos contribuye a la tasa global de cesáreas en ese entorno, así como sobre la filosofía general de la atención prestada en una unidad de maternidad.



Los lectores deben recordar que, en los entornos con un volumen de partos bajo, la interpretación debe tener en cuenta el efecto que tienen cambios pequeños del número de casos sobre los porcentajes. Uno de los principios que subyacen en la clasificación de Robson es que no se excluye de ella a ninguna mujer y, antes de investigar más detalladamente un determinado grupo, es importante determinar el tamaño de los 10 grupos para evaluar el equilibrio y la composición del conjunto de la población obstétrica. De esta forma, generalmente se identificará cualquier problema obvio de recopilación de los datos (validación) y se encontrarán las poblaciones que tienen características especiales. **No debe interpretarse a ningún grupo específico sin haber analizado primero la totalidad de los 10 grupos.**

La interpretación de los datos proporcionados en el informe tabular de la clasificación de Robson puede facilitarse siguiendo una serie de pasos que hemos dividido en tres dominios principales: 1) calidad de los datos, 2) tipo de población y 3) tasas de cesáreas. En el dominio de “calidad de los datos” (cuadro 6) tenemos unos pocos pasos sencillos que le ayudarán a verificar si tiene que mejorar su recopilación de los datos. Los pasos del dominio de “tipo de población” (cuadro 7) le ayudarán a conocer mejor las características de las mujeres que han dado a luz en su hospital.

Esta información puede usarse para los análisis de tendencias, es decir, le ayudará a ver si esta población es estable o ha estado cambiando en el curso de meses o años. En el dominio de “tasas de cesáreas” (cuadro 8) encontrará los pasos que le ayudarán a comprender y comparar las tasas de cesáreas de cada uno de sus 10 grupos y determinar cuáles son los grupos que contribuyen en mayor medida a las tasas globales de cesáreas de su hospital.

PRINCIPIOS GENERALES de la interpretación de los informes tabulares de Robson

Las tres razones principales de las diferencias de tamaño de los grupos o de los eventos y resultados dentro de cada grupo son las siguientes:

- Calidad deficiente de los datos (información incorrecta en los registros de pacientes o errores al recuperar la información de los registros)
- Diferencias en características epidemiológicas más importantes de los grupos de la poblaciones (edad, IMC, etc)
- Diferencias en la práctica clínica. Antes de considerar posibles diferencias en la práctica clínica deberá haber evaluado la calidad y las variables epidemiológicas.

Este tipo de información puede usarse para analizar los cambios que se producen a lo largo del tiempo, comparar diferencias entre hospitales y ayudar a modificar la práctica clínica para optimizar las tasas de cesárea en grupos específicos, al tiempo que se asegura la obtención de buenos resultados maternos y perinatales. La seguridad y la calidad de la atención en el parto están relacionadas en último término con los resultados maternos y perinatales, así como con la satisfacción materna. Lo ideal es que los resultados perinatales se analicen con el empleo de un sistema de clasificación perinatal estándar y no debe valorarse ningún resultado por sí solo de forma aislada. **La clasificación de Robson puede usarse como una herramienta para valorar la atención prestada y no para recomendar la que debe prestarse.** Corresponde al propio hospital decidir lo que constituye una atención apropiada, basándose en sus resultados y en otras evidencias disponibles (12, 13).

Los ejemplos de interpretación que se muestran en los cuadros 6-8 se basan en dos fuentes; una de ellas la elaboró Michael Robson basándose en su experiencia internacional con la aplicación de la clasificación desde 1990 (9, 14, 15) y la segunda procede de la encuesta de la OMS realizada en varios países sobre salud de la madre y del recién nacido (16, 17). **Debe destacarse que ninguna de estas dos fuentes ha sido validada formalmente y que las tasas de cesárea por grupo que se presentan en este cuadro no se han relacionado con mejores resultados.** En particular, debe tenerse en cuenta que las **tasas de cesárea en cada uno de los grupos de Robson en la encuesta de la OMS** corresponden a un promedio obtenido con más de 60 establecimientos de salud en países de ingresos bajo o mediano y, por consiguiente, **no pueden ni deben entenderse como una recomendación** que deban seguir todos en todo el mundo.

La encuesta de la OMS fue un estudio transversal llevado a cabo en más de 300 establecimientos de salud de 29 países, con la inclusión de un total de 314.000 mujeres de África, Asia, el Mediterráneo Oriental y América Latina (17, 18). Con el empleo de los datos de esta encuesta, se creó una “población de referencia”; dicha población la formaron todos los establecimientos de salud con tasas de cesárea bajas y una mortalidad perinatal intraparto baja. Se partió del supuesto de que en estos establecimientos había pocas cesáreas innecesarias y los resultados maternos y perinatales eran buenos (16, 19). La “población de referencia” la formaron 42.637 mujeres de 66 establecimientos de salud de 22 países. En el recuadro de la encuesta realizada en varios países se presenta una información más detallada sobre la encuesta y la “población de referencia”.

En los pasos que se presentan a continuación se utiliza el orden de las columnas presentadas en el cuadro 5. Estas reglas deben usarse tan solo después de haber leído y comprendido por completo la clasificación. Si su distribución de datos (tamaño de los grupos) parece extraña, sospeche en primer lugar de una posible calidad deficiente de los datos o la posibilidad de que se trate de una población con características especiales. Ningún hospital recopila de manera continua datos que sean completamente exactos.

Si se emplea de manera continuada, este sistema puede ayudar a detectar errores y a mejorar, en último término, la calidad de la recopilación de datos. En las páginas siguientes, presentamos los pasos a seguir para la interpretación del informe tabular de la clasificación de Robson.

Evaluación de la **calidad de los datos**

Evaluación del **tipo de población obstétrica**

Evaluación de las **tasas de cesárea**

ENCUESTA REALIZADA EN VARIOS PAÍSES sobre la salud de la madre y del recién nacido (OMS)

La OMS realizó un estudio transversal en 359 establecimientos de salud de 29 países. Se seleccionaron aleatoriamente los países, las provincias y los establecimientos de salud mediante una estrategia de muestreo por grupos seleccionados en varias etapas, con estratificación. Los establecimientos de salud se consideraron aptos para la inclusión si tenían un mínimo de 1000 partos al año y disponían de medios para la realización de cesáreas. Entre mayo del 2010 y diciembre del 2011, se reclutó para el estudio a 314.623 mujeres de África, Asia, el Mediterráneo Oriental y América Latina (17, 18).

Para la creación de la “población de referencia” se consideró que la mortalidad perinatal asociada al período intraparto (es decir, mortinatos intraparto más muertes neonatales que tuvieron lugar en el primer día posparto) era un indicador razonable de la calidad de la atención de salud en el período perinatal. Se partió también del supuesto de que, en los establecimientos de salud con tasas de cesárea bajas y una mortalidad perinatal intraparto baja, había pocas cesáreas innecesarias y los resultados maternos y perinatales eran buenos; y por consiguiente se seleccionó esta población para utilizarla como “referencia” (16). Los establecimientos de salud que tenían unas tasas de cesárea y una mortalidad perinatal intraparto inferiores al percentil 50 de la muestra de establecimientos de salud de la encuesta de la OMS constituyeron la “población de referencia”. Este valor de corte específico (es decir, el percentil 50) se seleccionó porque la mediana se usa generalmente como referencia para definir lo que constituye un valor bajo o alto en muestras suficientemente grandes.

En el conjunto de todos los establecimientos de la encuesta, la mediana (percentil 50) de la tasa de cesárea fue del 30% y la mediana (percentil 50) de la mortalidad perinatal asociada al período intraparto fue de 6,8 muertes por 1000 nacidos vivos. Los establecimientos de salud situados por debajo de estos valores (es decir, los establecimientos con menos de un 30% de nacimientos por cesárea y menos de 6,8 muertes perinatales asociadas al período intraparto por 1000 nacimientos) constituyeron la “población de referencia”, formada por 42.637 mujeres de 66 establecimientos de salud de 22 países. Hemos utilizado las mujeres que dieron a luz en estos establecimientos para construir el informe tabular de Robson en este apartado (16).

7.1 Pasos a seguir para evaluar la calidad de los datos

Cuadro 6: Pasos a seguir para evaluar la calidad de los datos usando el informe tabular de la clasificación de Robson.*

Paso	Interpretación según Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
1. Examinar las cifras totales de número de cesáreas y número de mujeres que han dado a luz en su hospital (última línea de la columna 2 y de la columna 3)	Estas cifras deben ser idénticas al número del total de cesáreas y de mujeres que han dado a luz en su hospital	ND	Si estas cifras no concuerdan, se concluye que faltan datos o que estos son incorrectos. Es posible que algunas mujeres no se hayan clasificado en los grupos de Robson debido a la falta de información sobre alguna variable o a la clasificación incorrecta según el tipo de parto. A veces los embarazos múltiples se contabilizan según el número de recién nacidos en vez del número de madres #.
2. Examinar el tamaño del grupo 9 (Columna 4) <i>Embarazos únicos en situación transversa u oblicua</i>	Debe ser inferior al 1%	0.4%	Si la cifra es > 1%, es probable que algunos casos con presentación de nalgas (u otras) se hayan clasificado erróneamente como situación transversa/oblicua y se hayan asignado a este grupo. Dado que la clasificación incluye a todas las mujeres que han dado a luz, si algún grupo es más pequeño o más grande, deben examinarse los demás grupos, con lo que a veces se podrá apreciar en dónde está la clasificación errónea.
3. Examinar la tasa de cesárea del grupo 9 (Columna 5)	Debe ser del 100% por convención	88.6%	Por convención, si la mujer da a luz por vía vaginal mediante versión interna, se debe clasificar como presentación cefálica o de nalgas. La tasa de cesárea del grupo 9 debe ser del 100%.

* Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto

Para los casos no clasificables, véanse las recomendaciones indicadas en 3.d

7.2 Pasos a seguir para evaluar el tipo de población

Cuadro 7 : Pasos a seguir para evaluar el tipo de población usando el informe tabular de la clasificación de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
1. Examinar el tamaño de los grupos 1 + 2 (Columna 4)- <i>Mujeres nulíparas con embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación</i>	Esto representa generalmente un 35-42% de la población obstétrica de la mayoría de los hospitales.	38.1%	En los entornos con una proporción alta de mujeres que tienen un solo hijo en vez de más de uno, el grupo de mujeres nulíparas, es decir, los grupos 1 y 2, tiende a ser mayor. En los entornos en los que sucede lo contrario, el tamaño del grupo 1 + grupo 2 será menor, pues la mayor parte de la población serán mujeres multíparas
2. Examinar el tamaño de los grupos 3 + 4 (columna 4)- <i>Mujeres multíparas sin cesáreas previas, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación</i>	Esto representa generalmente alrededor del 30% de las mujeres.	46.5%	En los entornos con una proporción alta de mujeres que tienen un solo hijo en lugar de más de uno, el tamaño del grupo 3 + grupo 4 será superior al 30% (siempre que los partos hayan sido por vía vaginal). Otra razón de un tamaño reducido de los grupos 3 y 4 podría ser que el tamaño del grupo 5 fuera muy grande, ya que ello se acompañaría de una tasa global de cesárea muy alta.
3. Examinar el tamaño del grupo 5 (columna 4) <i>Mujeres multíparas con cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación</i>	Está relacionado con la tasa global de cesárea. Generalmente el tamaño del grupo 5 es de alrededor de la mitad de la tasa total de cesárea. En los entornos en los que las tasas globales de cesárea son bajas, suele ser inferior al 10%.	7.2%	Generalmente, el tamaño del grupo 5 está relacionado con la tasa global de cesárea. Si el tamaño de este grupo es más grande, significa que ha habido una tasa de cesárea alta en los últimos años en ese hospital y principalmente en los grupos 1 y 2. En los lugares en los que las tasas de cesárea son altas, el tamaño de este grupo podría ser $> 15\%$.
4. Examinar el tamaño de los grupos 6 + 7 (columna 4) <i>Presentación de nalgas en mujeres nulíparas y multíparas</i>	Debe ser del 3-4%	2.7%	Si el total es muy superior al 4%, la razón más frecuente suele ser una tasa elevada de partos prematuros o una proporción superior de mujeres nulíparas. Por tanto, debe examinarse el tamaño del grupo 10 (columna 4). Si es superior al 4-5%, esta hipótesis podría ser cierta.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto

Para los casos no clasificables, véanse las recomendaciones indicadas en 3.d

Cuadro 7 (continuación): Pasos a seguir para evaluar el tipo de población usando el informe tabular de la clasificación de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
5. Examinar el tamaño del grupo 8 (Columna 4) – <i>Embarazos múltiples</i>	Debe ser del 1,5-2%	0.9%	Si es mayor, es probable que se trate de un hospital terciario (para pacientes de alto riesgo o remitidas) o que esté aplicando un programa de fecundación. Si es inferior, es probable que un gran número de los embarazos gemelares se remitan a otros centros, sobre todo si en los embarazos gemelares restantes hay una tasa baja de cesárea
6. Examinar el tamaño del grupo 10 (Columna 4)- Embarazos únicos con presentación cefálica, nacimiento prematuro	Debe ser inferior al 5% en la mayor parte de los entornos de riesgo normal.	4.2%	Si es mayor, es probable que se trate de un hospital terciario (para pacientes de alto riesgo o de referencia) o que haya un riesgo elevado de partos prematuros en la población atendida por el hospital. Si, además, la tasa de cesárea es baja en este grupo, podría indicar un predominio de partos espontáneos prematuros. Si la tasa de cesárea en este grupo es alta, esto podría sugerir un mayor número de cesáreas programadas decididas por el prestador de la asistencia por un retraso del crecimiento fetal o por preeclampsia y otras complicaciones médicas o del embarazo.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto

Para los casos no clasificables, véanse las recomendaciones indicadas en 3.d

Cuadro 7 (continuación): Pasos a seguir para evaluar el tipo de población usando el informe tabular de la clasificación de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
7. Examinar el cociente del tamaño del grupo 1 frente al del grupo 2 (dividir el tamaño del grupo 1 por el tamaño del grupo 2, columna 4) – <i>Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, a término, en trabajo de parto espontáneo / Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, a término, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada</i>	Generalmente es de 2:1 o mayor	Cociente 3.3	Si es menor, debe sospecharse una calidad deficiente de los datos: es posible que mujeres nulíparas a las que se ha administrado oxitocina para la potenciación (aceleración) del parto (y que deberían estar en el grupo 1) se hayan clasificado mal como casos de “inducción” (y por lo tanto, estén incluidas incorrectamente en el grupo 2). Si la recopilación de los datos es correcta, un valor inferior del cociente puede indicar que se trata de una cantidad alta de inducciones del parto/cesáreas programadas, lo cual puede indicar una población de alto riesgo en mujeres nulíparas y que por lo tanto sea probable una tasa de cesárea elevada. La siguiente cuestión a plantear sería probablemente una mayor información sobre los mortinatos antes de que se inicie el trabajo de parto. Por el contrario, si el cociente es muy alto, es posible que quiera examinar su tasa de mortinatos antes de que se inicie el trabajo de parto en esta población, ya que puede indicar que la inducción de partos es insuficiente. Otra posibilidad es que pueda tratarse de una población de riesgo muy bajo.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto

Para los casos no clasificables, véanse las recomendaciones indicadas en 3.d

Cuadro 7 (continuación): Pasos a seguir para evaluar el tipo de población usando el informe tabular de la clasificación Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
8. Examinar el cociente del tamaño del grupo 3 frente al del grupo 4 . (Dividir el tamaño del grupo 3 por el tamaño del grupo 4, columna 4): <i>Mujeres multíparas sin cesáreas previas, con un embarazo único con presentación cefálica, a término, en trabajo de parto espontáneo/Mujeres multíparas sin cesáreas previas, con un embarazo único con presentación cefálica, a término, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea</i>	Siempre es mayor que el cociente de grupo 1/grupo 2 en el mismo centro, es decir, superior a 2:1. Se trata de un dato muy fiable para confirmar la calidad de los datos y la cultura de la organización.	Cociente 6,3	Si es menor, debe sospecharse una calidad deficiente de los datos: es posible que mujeres multíparas a las que se ha administrado oxitocina para la “potenciación” del parto (y que deberían estar en el grupo 3) se hayan clasificado mal como casos de “inducción” (y por lo tanto, estén incluidas incorrectamente en el grupo 4). Un cociente bajo (debido a un grupo 4b grande) puede sugerir una mala experiencia materna previa con el parto vaginal y la solicitud de una cesárea programada en mujeres multíparas. Otra posible explicación es la cesárea programada realizada para llevar a cabo una ligadura de trompas (frecuente en entornos en los que no se dispone con facilidad de medios de planificación familiar).
9. Examinar el cociente del tamaño del grupo 6 frente al del grupo 7 . (dividir el tamaño del grupo 6 por el tamaño del grupo 7, columna 4): <i>Mujeres nulíparas con presentación de nalgas /Mujeres multíparas con presentación de nalgas</i>	Generalmente es de 2:1 porque las presentaciones de nalgas son más frecuentes en las mujeres nulíparas que en las multíparas.	Cociente 0,8	Si el cociente es diferente, debe sospecharse o bien un cociente poco habitual de nulíparas/multíparas o bien una recopilación inexacta de los datos.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto.

7.3 Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea

En la página siguiente presentamos algunas sugerencias sobre los pasos a seguir para interpretar las tasas de cesárea en el informe tabular de Robson.

Tenga presente que las **tasas de cesáreas** mencionadas en las páginas siguientes **no se han validado** comparándolas con los resultados y **no debe tomarse como una recomendación**. Solamente se han analizado en comparación con otros hospitales, y las tasas de cesárea de cada grupo diferirán en diferentes hospitales y entornos según su capacidad y nivel de complejidad,

las características epidemiológicas de la población atendida y las directrices locales existentes para el manejo clínico, entre otros factores. En último término, el uso de la clasificación a lo largo del tiempo ayudará a cada uno de los hospitales o entornos a identificar su tasa de cesárea (o un intervalo de valores de la tasa de cesárea) que se asocia a un mejor resultado en cada uno de los 10 grupos.



7.3 Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea

Cuadro 8: Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea con el empleo del informe tabular de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
1. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 1 (Columna 5)	Se pueden alcanzar tasas inferiores al 10%	9,8%	Esta tasa solo puede interpretarse con exactitud cuando se ha considerado el cociente de los tamaños de los grupos 1 y 2. En principio, cuanto mayor es el cociente del tamaño de los grupos 1:2, mayor es la probabilidad de que tanto la tasa de cesárea del grupo 1 como la del grupo 2 sean superiores. Sin embargo, es posible que la tasa global de cesárea en el conjunto de los grupos 1 y 2 continúe siendo baja o igual.
2. . Examinar la tasa de cesárea del grupo 2 (Columna 5)	Es sistemáticamente de alrededor de 20-35%	39,9%	Las tasas de cesárea del grupo 2 reflejan el tamaño y las tasas existentes en los grupos 2a y 2b. Si el tamaño del grupo 2b es grande, las tasas globales de cesárea en el grupo 2 serán altas. Si el grupo 2b es relativamente pequeño, las tasas de cesárea elevadas en el grupo 2 pueden indicar un bajo porcentaje de éxitos en la inducción o una elección deficiente de las mujeres en las que realizar la inducción y, en consecuencia, una tasa elevada de cesárea en el grupo 2a. Debe recordarse el principio general de no interpretar un único subgrupo de manera aislada sin conocer lo que queda fuera de él. La interpretación del grupo 2a requiere conocer el tamaño relativo de los grupos 1 y 2b.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto.

7.3 Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea

Cuadro 8 (Continuación): Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea con el empleo del informe tabular de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
3. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 3 (Columna 5)	Normalmente, no superior al 3,0%.	3.0%	En las unidades con unas tasas de cesárea más altas en este grupo, esto puede deberse a una calidad deficiente de la recopilación de los datos. Es posible que las mujeres con cicatrices uterinas previas (grupo 5) se hayan clasificado incorrectamente en el grupo 3. Otras posibles razones de las tasas elevadas podrían ser, por ejemplo, la realización de una ligadura de trompas en entornos con un acceso limitado a la anticoncepción, o por solicitud materna.
4. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 4 (Columna 5)	Rara vez debe ser superior al 15%	23.7%	Las tasas de cesárea del grupo 4 reflejan el tamaño y las tasas de los grupos 4a y 4b. Si tamaño del grupo 4b es grande, las tasas globales de cesárea del grupo 4 serán altas. Si el grupo 4b es relativamente pequeño, unas tasas de cesárea elevadas en el grupo 4 pueden indicar un bajo porcentaje de éxito en la inducción o una elección deficiente de las mujeres en las que se aplica la inducción y, en consecuencia, una tasa de cesárea elevada en el grupo 4a. Una recopilación deficiente de los datos podría ser también un motivo de que las tasas de cesárea fueran altas en el grupo 4; por ejemplo a causa de la inclusión de las mujeres con cicatrices uterinas previas en este grupo (cuando debieran haberse incluido en el grupo 5). Por último, una tasa de cesárea alta en el grupo 4 puede reflejar una solicitud materna elevada de la cesárea a pesar de que estas mujeres hayan tenido su primer parto por vía vaginal. Esto puede deberse a que el parto previo haya sido traumático o prolongado o a que se realice una ligadura de trompas en entornos con un acceso limitado a la anticoncepción

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto.

Cuadro 8 (continuación): Pasos a seguir para evaluar las tasas de cesárea con el empleo del informe tabular de Robson*

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
5. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 5 (Columna 5)	Las tasas de un 50-60% se consideran apropiadas siempre que los resultados maternos y perinatales sean buenos.	74.4%	Si las tasas son mayores, ello se debe posiblemente a que el grupo 5.2 (mujeres con 2 o más cesáreas previas) es grande. También podría deberse a una política de uso de cesáreas programadas en todas las mujeres con 1 cicatriz uterina previa, sin intentar un parto vaginal.
6. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 8 (Columna 5)	Generalmente es de alrededor de un 60%.	57.7%	Las diferencias dependerán del tipo de embarazo gemelar y del cociente de nulíparas/múltiparas con o sin una cicatriz uterina previa.
7. Examinar la tasa de cesárea en el grupo 10 (Columna 5)	En la mayor parte de las poblaciones suele ser de alrededor de un 30%	25.1%	Si es superior al 30%, generalmente se debe a que hay muchos casos de embarazos de riesgo alto (por ejemplo, por retraso del crecimiento fetal, preeclampsia) que necesitarán una cesárea programada antes del término. Si es inferior al 30%, sugiere una tasa relativamente más alta de partos espontáneos prematuros y, en consecuencia, una tasa global de cesárea inferior.
8. Examinar la contribución relativa de los grupos 1, 2 y 5 a la tasa global de cesárea (agregar la contribución de cada uno de estos grupos en la columna 7)	Estos tres grupos combinados suponen normalmente 2/3 (66%) del total de cesáreas realizadas en la mayoría de los hospitales	Estos tres grupos combinados supusieron un 63,7% del total de cesáreas	La atención debe centrarse en estos tres grupos si el hospital está tratando de reducir la tasa global de cesárea. Cuanto mayor es la tasa global de cesárea, más debe centrarse la atención en el grupo 1.
9. Examinar la contribución absoluta del grupo 5 a la tasa global de cesárea (Columna 7)		Este grupo supuso un 28,9% del total de cesáreas	Si es muy alto, puede indicar que en años anteriores, las tasas de cesárea de los grupos 1 y 2 han sido altas y conviene examinar la cuestión más a fondo.

*Los números de columnas se refieren al cuadro 5.

** La población de referencia de la encuesta fue la población de la encuesta con tasas de cesárea relativamente bajas y, al mismo tiempo, con buenos resultados del parto.

08. Obstáculos y factores facilitadores para aplicar la clasificación

«DESIGNAR UNA PERSONA RESPONSABLE DE ORGANIZAR LA RECOPILOACIÓN DE LOS DATOS»

El primer paso para aplicar la clasificación es designar, si es posible, a una persona (médico clínico, personal de enfermería, auxiliar administrativo, gerente u otro) responsable de organizar la recopilación de los datos y de preparar el informe tabular de Robson a intervalos semanales o mensuales.

Luego, esta persona puede colaborar con el personal de la sala de parto y de la sala de partos para asegurar que en todas las pacientes recién ingresadas se incluyan todas las variables obstétricas necesarias en la historia clínica, con objeto de permitir su clasificación en uno de los 10 grupos de Robson.

Según los usuarios, los principales puntos fuertes de la clasificación son su sencillez, solidez, fiabilidad y flexibilidad. Sin embargo, los datos no disponibles, la clasificación errónea de ciertas mujeres y la falta de una definición o un consenso sobre las variables básicas de la clasificación pueden causar problemas (11).



La clasificación de Robson no está exenta de retos y dificultades. Las principales dificultades apuntadas por los usuarios fueron las siguientes:

Falta de una definición o consenso sobre las variables básicas utilizadas en la clasificación: Por ejemplo, es necesario llegar a un acuerdo respecto a cuándo se inicia el trabajo de parto y cómo esclarecer la diferencia entre la potenciación (aceleración) y la inducción del parto. Por consiguiente, recomendamos que cada hospital establezca una definición escrita clara (un glosario) de las variables que pueden diferir en diferentes entornos (como el inicio espontáneo o la inducción del parto) y agregue estas definiciones como nota a pie de página del informe tabular de Robson (véase el cuadro 5).

Calidad de los datos datos utilizados para clasificar a las mujeres: Si los datos utilizados no son fiables, el valor real de las recomendaciones basadas en la clasificación resulta cuestionable.

No debe darse por sentado que se garantiza la buena calidad de los datos, y esto puede resultar difícil incluso en entornos de recursos altos.

Clasificación errónea de mujeres en grupos equivocados: Esto es una posibilidad real, se haga como se haga la recolección de los datos. En todos los entornos, los encargados de la recogida de los datos deben recibir una capacitación cuidadosa que debe revisarse periódicamente, por ejemplo haciendo que otra persona examine y vuelva a clasificar una muestra de historias clínicas de mujeres de cada uno de los 10 grupos. Con un examen cuidadoso del informe tabular y con un seguimiento adecuado de las **reglas de interpretación**, los usuarios pueden identificar pistas importantes respecto a posibles errores de clasificación en grupos específicos.

Casos que no pueden clasificarse debido a la falta de datos: El tamaño de la categoría “no clasificable” es un indicador importante de la calidad de los datos en las historias clínicas de las pacientes individuales.

Falta de validación de las reglas de interpretación: Robson proporcionó un conjunto sencillo de reglas para la interpretación (14) con objeto de ayudar a los usuarios a examinar toda la información que aporta esta clasificación, especialmente cuando se usaba para comparar los datos de diferentes entornos o el cambio a lo largo del tiempo. Sin embargo, estas reglas no se han validado todavía para asegurar que las cifras propuestas (especialmente con respecto a las tasas de cesárea esperadas en los grupos) se asocien a un buen resultado materno y perinatal. Recomendamos fuertemente a los usuarios de la clasificación que recopilen sus propios datos sobre morbilidad y mortalidad maternas y perinatales y los de mortalidad por grupos de Robson y que analicen estos datos de manera regular.

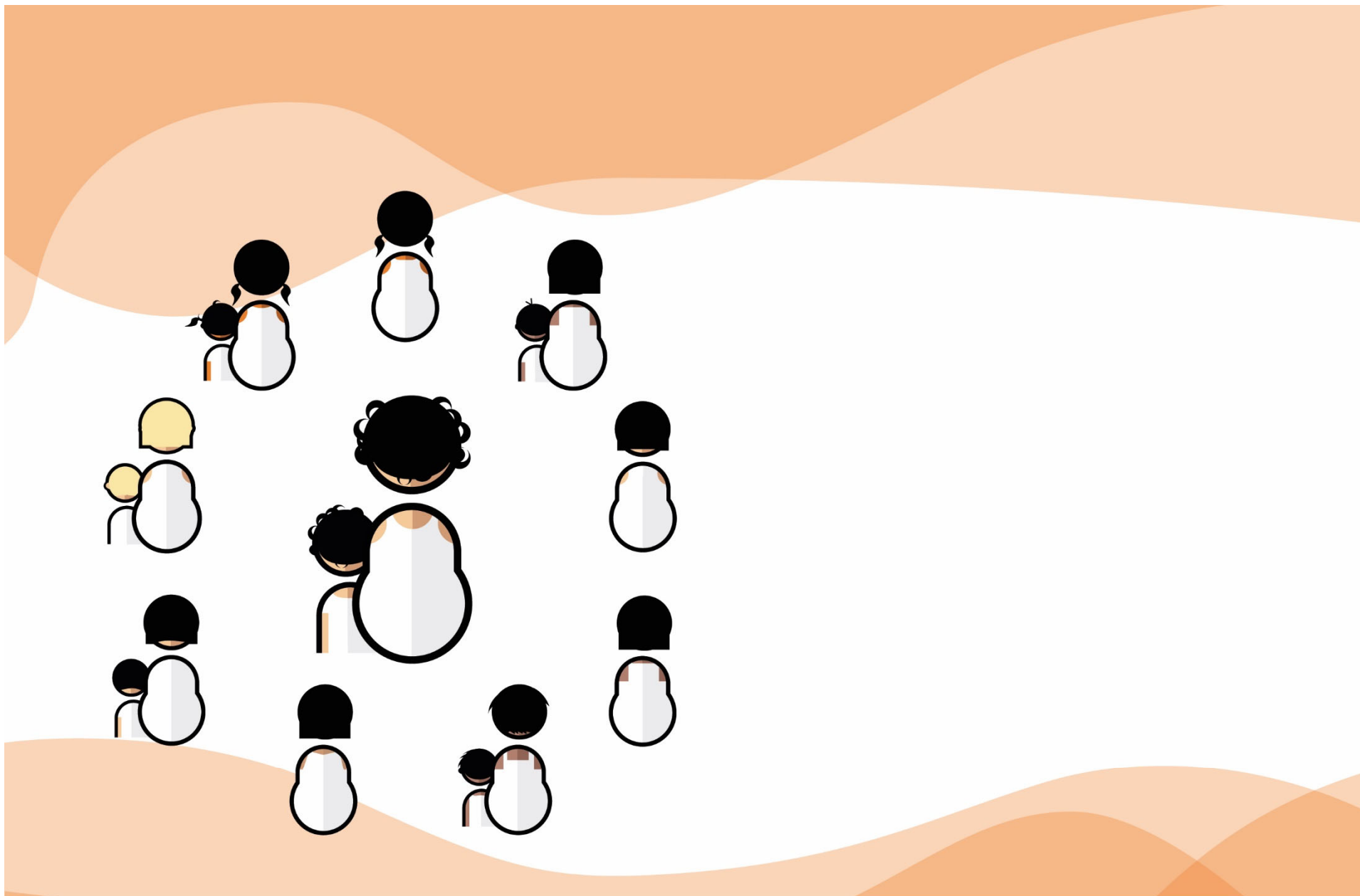
References

09. Bibliografía



09. Bibliografía

1. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0148343.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson Classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*. 2015;3(5):e260-e70.
3. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
4. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. 2015;12:57.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
7. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
8. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Gülmezoglu AM, for the WHO Working Group on Caesarean Section. Commentary: WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG*. 2016;123(5):667-70.
9. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.
10. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
11. Betrán 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*. 2014;9(6).
12. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;131:S23–S27.
13. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2016;135(2):232-3.
14. Robson M, Hartigan L, Murphy M. *Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.
15. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
16. Souza JP, Betrán AP, Dumont A, de Muncio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG* 2016;123:427–436.
17. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;18(38):1747-55.
18. Souza JP, Gulmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:286.
19. Robson M. A global reference for CS at health facilities? Yes, but there is work to do. *BJOG*. 2016;123(3):437.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Traducido al español por Servicios de Traducción de OPS/OMS,
diagramado y revisado en CLAP/SMR – OPS/OMS



9 789275 320303 >