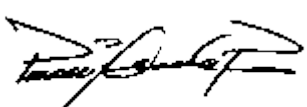


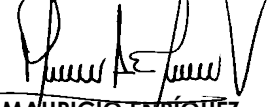

	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código: GU-GDC-001
		Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
		Página: 1 de 23

<b>Elaboración:</b>  <b>PATRICIA LÓPEZ BRAVO</b> Coordinadora de Servicios Asistenciales	<b>Revisión Técnica/Científica:</b>  <b>DANIA GRANDA ORTEGA</b> Jefe de Gestión de Calidad	<b>Revisión Calidad:</b>  <b>CRISTIAN JIMÉNEZ QUINTERO</b> Profesional de Calidad y Riesgos	<b>Aprobación:</b>  <b>MAURICIO ENRÍQUEZ VELÁSQUEZ</b> Director ejecutivo
--	--	--	---



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 2 de 23

**1. OBJETIVO:** Implementar la Clasificación de Robson como herramienta de gestión clínica orientada a la calidad, seguridad y eficiencia en la atención obstétrica en el Hospital San José de Túquerres.

**2. ALCANCE:** Aplica a los servicios de ginecobstetricia, hospitalización obstétrica, sala de partos y urgencias del Hospital San José de Túquerres.

**3. RESPONSABLE:** El ginecoobstetra es el responsable de la implementación de esta guía. El médico general y el personal asistencial involucrado en la atención obstétrica apoyan su aplicación conforme a sus funciones asignadas.


#### 4. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

RIESGO	COMPLICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probabilidad de clasificación errónea de la gestante, que puede llevar a decisiones clínicas no fundamentadas o manejo inadecuado.</li> <li>• Riesgo de subregistro o registro inconsistente de la información obstétrica, comprometiendo la calidad del dato clínico y el análisis posterior.</li> <li>• Omisión de factores de riesgo obstétrico relevantes, por uso mecánico o sin juicio clínico de la herramienta.</li> <li>• Aumento de la probabilidad de eventos adversos evitables, como cesáreas innecesarias o retraso en intervenciones oportunas.</li> <li>• Distorsión de indicadores institucionales de calidad y seguridad, que impactan la toma de decisiones clínicas y gerenciales.</li> <li>• Debilitamiento del análisis en salud pública, si no se garantiza la fidelidad de los datos aplicados con Robson.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preeclampsia o eclampsia severa no anticipada, asociada a condiciones maternas subyacentes.</li> <li>• Desprendimiento prematuro de placenta o rotura uterina, en gestantes con antecedentes obstétricos complejos.</li> <li>• Hemorragia posparto por atonía uterina u otras condiciones individuales.</li> <li>• Complicaciones neonatales no relacionadas con el tipo de parto, como asfixia perinatal o prematuridad extrema.</li> </ul>

#### 5. DEFINICIONES

- **Clasificación de Robson:** Herramienta estandarizada de uso clínico que permite clasificar a las mujeres embarazadas en 10 grupos mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivos, con base en cinco criterios obstétricos: paridad, edad gestacional, inicio del trabajo de parto, número de fetos y presentación fetal. Su



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código: GU-GDC-001
		Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
		Página: 3 de 23

propósito es analizar y monitorear de forma objetiva las tasas de cesárea y la calidad de la atención obstétrica (Fuente: OMS, 2015).


- **Cesárea primaria:** Primera cesárea realizada a una mujer, independientemente del resultado obstétrico. Es un indicador crítico para evaluar tendencias y prácticas institucionales.
- **Parto espontáneo:** Proceso de nacimiento que se inicia y progresa de manera fisiológica, sin intervención médica para inducir o acelerar el trabajo de parto.
- **Parto inducido:** Inicio artificial del trabajo de parto mediante intervención médica (farmacológica o mecánica), con el fin de provocar el nacimiento antes de su inicio espontáneo.
- **Cesárea electiva:** Cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto, por indicación médica o solicitud materna, sin que exista urgencia clínica.
- **Grupo 5 (Robson):** Conjunto de mujeres con antecedente de cesárea, embarazo único, a término, en presentación cefálica. Es el grupo que más contribuye a las tasas institucionales de cesárea y suele ser objeto de análisis específico.
- **Indicadores de la Clasificación de Robson:** Medidas utilizadas para interpretar la aplicación del sistema: distribución por grupo, tasa de cesárea por grupo, contribución relativa de cada grupo y contribución absoluta al total de cesáreas.

## 6. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Cada mujer ingresada para el parto en el Hospital San José de Túquerres, se puede clasificar en uno de los 10 grupos, que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos, esto conlleva a que ninguna mujer quede por 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.



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 4 de 23


## 6.1 LOS DIEZ GRUPOS DE LA CLASIFICACION ROBSON

<p><b>Grupo 1</b></p>  <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de <math>\geq 37</math> semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	<p><b>Grupo 6</b></p>  <p>Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas</p>
<p><b>Grupo 2</b></p>  <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de <math>\geq 37</math> 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)</p>	<p><b>Grupo 7</b></p>  <p>Todas las mujeres multíparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p><b>Grupo 3</b></p>  <p>Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de <math>\geq 37</math> semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	<p><b>Grupo 8</b></p>  <p>Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p><b>Grupo 4</b></p>  <p>Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de <math>\geq 37</math> 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)</p>	<p><b>Grupo 9</b></p>  <p>Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p><b>Grupo 5</b></p>  <p>Todas las mujeres multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de <math>\geq 37</math> semanas de gestación</p>	<p><b>Grupo 10</b></p>  <p>Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de <math>&lt; 37</math> semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>

## 6.2 DEFINICION DE LAS VARIABLES BASICAS

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



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código: GU-GDC-001
		Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
		Página: 5 de 23


### 6.2.1 VARIABLES OBSTÉTRICAS PARA LA CLASIFICACION DE ROBSON

Variables Obstétricas	
Número de partos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nulípara</li> <li>Múltipara</li> </ul>
Cesárea previa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí (una o varias)</li> <li>No</li> </ul>
Inicio del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espontáneo</li> <li>Inducido</li> <li>No hay trabajo de parto (cesárea programada [previa al trabajo de parto])</li> </ul>
Número de fetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazo único</li> <li>Embarazo múltiple</li> </ul>
Edad gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prematuro (menos de 37 semanas)</li> <li>A término (37 semanas o más)</li> </ul>
Situación y presentación del feto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación cefálica</li> <li>Presentación podálica</li> <li>Situación transversa</li> </ul>

Las anteriores variables se deben obtener de la historia clínica de la gestante.

### 6.2.2 DEFINICION DE VARIABLES BASICAS UTILIZADAS EN LA CLASIFICACION ROBSON




	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 6 de 23

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 $\geq 500$ g o $\geq 22$ 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.
Multipara	Como mínimo un parto previo.	Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso $\geq 500$ g o $\geq 22$ 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 multipara. 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.



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 7 de 23


Variable obstétrica	Definición	Observación
<b>Inicio del trabajo de parto</b>	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.
Es espontáneo	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.
<b>Número de fetos</b>	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.

13





	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 8 de 23

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 masacorporal).


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.

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.

### 6.3 SUBDIVISIONES COMUNES DE LOS 10 GRUPOS





	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 9 de 23

### 5.3.1 CLASIFICACION DE ROBSON CON SUBDIVISIONES

Grupo	Población obstétrica
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de $\geq 37$ semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
2	Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de $\geq 37$ 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 $\geq 37$ semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
4	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de $\geq 37$ 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 $\geq 37$ 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.

17


#### 6.3.1.1 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. 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%.



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código: GU-GDC-001
		Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
		Página: 10 de 23

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.

### 6.3.1.2 Subdivisiones del grupo 5

El grupo 5 incluye a todas las mujeres multíparas con al menos una 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:

#### Subdivisión 5.1 Mujeres multíparas con una sola cesárea previa


#### Subdivisión 5.2 Mujeres multíparas con dos con 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.

### 6.4 CASOS CON VARIABLES NO DISPONIBLES (CASOS NO CLASIFICABLES)



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código: GU-GDC-001
		Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
		Página: 11 de 23

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.

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.


Dentro del ejercicio en la atención del parto de la gestante puede presentarse subregistro en la historia clínica en cuanto al registro de si el parto fue espontáneo, inducido o por cesárea programada (previa al parto), esto afecta al momento de realizar la clasificación de Robson y pasan a ser casos no clasificables, por falta de información sobre el inicio del trabajo de parto; para reducir el número de casos no clasificables, los médicos deben registrar obligatoriamente esta información específica en la historia clínica y reportarla en un formato validado de manera mensual en el servicio, donde se especifican estas variables.

Los ginecólogos, médicos generales del HSJT, tendrían que acordar la definición de lo que constituye un trabajo de parto espontáneo y conseguir que todos los profesionales de la salud involucrados conozcan y apliquen esta definición para reportar y diligenciar los formatos correspondientes.

## 6.5 Clasificación de las mujeres con clasificación Robson con el empleo de una hoja de cálculo

El HSJT, para la recolección de información adopta una hoja de cálculo, con las variables básicas. 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, como se muestra en el cuadro anexo.



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 12 de 23

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

En la institución se adopta una hoja de cálculo, para la recopilación de datos.

## 6.6 INTERPRETACION DEL INFORME TABULAR DE LA CLASIFICACION DE ROBSON


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.

En el Hospital San José de Túquerres el volumen de partos es bajo, en este caso 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



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 13 de 23

3) Tasas de cesáreas.

### 6.6.1 INFORME TABULAR CLASIFICACION 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 rellendo 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.

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”).



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 14 de 23

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 <sup>1</sup> del grupo (%)	Tasa <sup>2</sup> de cesárea del grupo (%)	Contribución absoluta del grupo a la tasa global de cesáreas <sup>3</sup> (%)	Contribución relativa del grupo a la tasa global de cesáreas <sup>4</sup> (%)
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

6.6.2 PASOS A SEGUIR PARA EVALUAR LA CALIDAD DE DATOS



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 15 de 23

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) Embarazos únicos en situación transversa u oblicua	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

39

### 6.6.3 PASOS A SEGUIR PARA EVALUAR EL TIPO DE POBLACION





	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 16 de 23


Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
1. Examinar el tamaño de los grupos 1 + 2 (Columna 4)- Mujeres nulíparas con embarazo único con presentación cefálica, de $\geq 37$ semanas de gestación	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 multiparas
2. Examinar el tamaño de los grupos 3 + 4 (columna 4)- Mujeres multiparas sin cesáreas previas, con un embarazo único con presentación cefálica, de $\geq 37$ semanas de gestación	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) Mujeres multiparas con cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de $\geq 37$ semanas de gestación	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) Presentación de nalgas en mujeres nulíparas y multiparas	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



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 17 de 23


Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
5. Examinar el tamaño del grupo 8 (Columna 4) – Embarazos múltiples	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



	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 18 de 23

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
<p>7. Examinar <b>el cociente del tamaño del grupo 1 frente al del grupo 2</b> (dividir el tamaño del grupo 1 por el tamaño del grupo 2, columna 4) –</p> <p><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></p>	Generalmente es de 2:1 o mayor	Cociente 3.3	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

\*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

42

#### 6.6.4 PASOS A SEGUIR PARA EVALUAR TASA DE CESAREA

Para la evaluación de Tasa de cesárea, la metodología Robson y la OMS, plantea los siguientes esquemas:




	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 19 de 23

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.




	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 20 de 23

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.



	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 21 de 23


Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
5. Examinar la <b>tasa de cesárea en el grupo 5</b> (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 <b>tasa de cesárea en el grupo 8</b> (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 <b>tasa de cesárea en el grupo 10</b> (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 <b>contribución relativa de los grupos 1, 2 y 5 a la tasa global de cesárea</b> (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 <b>contribución absoluta del grupo 5 a la tasa global de cesárea</b> (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.





	<b>PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	<b>GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 22 de 23

Paso	Directrices de Robson	Ejemplo: población de la encuesta**	Interpretación adicional
8. Examinar el <b>cociente del tamaño del grupo 3 frente al del grupo 4</b> . (Dividir el tamaño del grupo 3 por el tamaño del grupo 4, columna 4): <i>Mujeres multiparas sin cesáreas previas, con un embarazo único con presentación cefálica, a término, en trabajo de parto espontáneo/Mujeres multiparas 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 multiparas 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 multiparas. 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 <b>cociente del tamaño del grupo 6 frente al del grupo 7</b> . (dividir el tamaño del grupo 6 por el tamaño del grupo 7, columna 4): <i>Mujeres nulíparas con presentación de nalgas /Mujeres multiparas 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 multiparas.	Cociente 0,8	Si el cociente es diferente, debe sospecharse o bien un cociente poco habitual de nulíparas/multiparas 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.

43

<b>Estrategia</b>	<b>Descripción</b>
<b>Socialización</b>	Sensibilización a través de reuniones y jornadas de capacitación interactivas dirigidas a todos los servicios involucrados.
<b>Capacitación técnica</b>	Formación en la metodología Robson, recolección de datos y análisis estadístico.
<b>Protocolización</b>	Actualización de protocolos clínicos incluyendo el uso obligatorio del grupo de Robson en los partogramas e historias clínicas.
<b>Formato de registro</b>	Diseño de un formulario físico o digital para clasificar a cada paciente obstétrica.
<b>Revisión mensual</b>	Análisis de los resultados por grupo Robson y socialización de hallazgos con el equipo.
<b>Evaluación adherencia</b>	de Auditoría interna cada dos meses para verificar cumplimiento.





	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GU-GDC-001
			Versión: 00
	GUÍA INSTITUCIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON		Fecha de aprobación: 12 de junio de 2025
			Página: 23 de 23

## Estrategia

### Retroalimentación continua

## Descripción

Sesiones de mejora con base en los resultados y recomendaciones.

## ANEXOS

### Diagrama de flujo para la clasificación de las mujeres en la clasificación de Robson

