Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (8): 300-304.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i8.273

Utilización de la clasificación de Robson para evaluar la tasa de cesáreas en una unidad médica de tercer nivel de atención

Using the Robson classification to assess the cesarean section rate in a tertiary care medical unit.

Miguel Angel Serrano Berrones

Resumen

OBJETIVO: Determinar, mediante la utilización del índice de Robson, la tasa de cesáreas en pacientes atendidas durante el 2024 en una unidad médica de tercer nivel de atención.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo efectuado en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en quienes se aplicó el índice de Robson para determinar la tasa de cesáreas.
RESULTADOS: Se obtuvieron 793 pacientes de las que 636 finalizaron el embarazo mediante cesárea y 157 por parto; 80.20% y 19.80%, respectivamente. Al aplicar el método de clasificación de Robson, los grupos con mayor afluencia relativa a la tasa de cesáreas fueron: grupo 10 con 142 (88.7%), grupo 5 con 141 (87.7%), y grupo 9 con 94 (97.9%).
CONCLUSIONES: La clasificación de Robson es un modelo de gran utilidad para las instituciones de salud que permite identificar los grupos de pacientes que más contribuyen a finalizar el embarazo mediante cesárea. Los grupos de pacientes con tasas específicas más elevadas de cesárea, son los que suelen tener factores obstétricos de riesgo que dan continuidad a las cesáreas subsecuentes.

PALABRAS CLAVE: Índice de Robson; cesárea; indicaciones para la cesárea; parto; factores de riesgo; atención en tercer nivel.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the rate of cesarean sections in patients treated in a tertiary care medical unit in 2024 using the Robson index.
METHODS AND MATERIALS: A retrospective, cross-sectional, descriptive study was conducted on pregnant patients treated at the Lic. Adolfo López Mateos Regional Hospital, ISSSTE. The Robson index was applied to these patients to determine the C-section rate.
RESULTS: A total of 793 patients were included, of whom 636 delivered via C-section and 157 via vaginal delivery, representing 80.20% and 19.80%, respectively. The groups with the highest relative C-section rates were group 10 (142 patients, 88.7%), group 5 (141 patients, 87.7%), and group 9 (94 patients, 97.9%).
CONCLUSIONS: The Robson classification model is useful for health institutions because it allows them to identify groups of patients who contribute most to cesarean

Ginecoobstetra, jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Ciudad de México.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-8058-0118

Recibido: junio 2025
Aceptado: julio 2025

Correspondencia
Miguel Angel Serrano Berrones
manserrb@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:
Serrano-Berrones MA. Utilización de la clasificación de Robson para evaluar la tasa de cesáreas en una unidad médica de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex 2025; (8): 300-304.

section deliveries. Groups with the highest rates of cesarean sections tend to have obstetric risk factors that lead to subsequent cesarean sections.

KEYWORDS: Robson index; Cesarean section; Indications for cesarean section; Delivery obstetric; Risk factors; Tertiary healthcare.

ANTECEDENTES

Desde hace algunas décadas, y hasta la actualidad, la tasa de nacimientos por cesárea se ha incrementado de manera considerable, convirtiéndose en un fenómeno mundial con una mayor práctica en países de medianos y altos ingresos.[1] En 2020, México ocupó el tercer lugar en tasa de cesáreas de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) solo detrás de Turquía y Corea del Sur, muestra una tasa de cesáreas de 526 por cada 1000 nacidos vivos.[2]

La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de cesárea de entre el 10 y el 15% y la Norma Oficial Mexicana establece un máximo entre 15 y 20%.[3]

La tasa de cesárea en México se encuentra por arriba de los parámetros mundiales establecidos por la Organización Mundial de la Salud y ello no representa beneficio alguno para la madre y su hijo, por el contrario, constituye una mayor posibilidad de riesgos al no haber una indicación precisa.[2] La clasificación de Robson identifica 10 grupos: estratifica a las mujeres según sus características obstétricas; es decir, es un método para caracterizar a las pacientes que finalizarán el embarazo mediante cesárea, valorarlas, vigilarlas y comparar las tasas de cesárea de las distintas instituciones de salud.[4,5] La clasificación de Robson ofrece ventajas para identificar poblaciones con ciertas características que las hace más o menos propensas a tener una intervención quirúrgica, lo que se consigue agrupando los casos por características específicas.[6,7] **Cuadro 1**

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: determinar, mediante la utilización del índice de Robson, la tasa de cesárea en pacientes atendidas durante el año 2024 en una unidad médica de tercer nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo basado en los registros médicos de pacientes atendidas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2024 en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El índice de Robson utiliza variables obstétricas: partos, cesárea previa, inicio del trabajo de parto, fetos, semanas de gestación y situación-presentación del feto para clasificar a toda paciente obstétrica en un solo grupo.[8]

La tasa de cesárea adquiere relevancia porque es un indicador de calidad en los servicios obstétricos. Con la clasificación de Robson es posible identificar, de forma precisa, a los grupos de pacientes con características que las hace, en mayor o menor medida, requerir una

Cuadro 1. Descripción de los grupos de la clasificación de Robson

Grupo	Descripción
1	Nulíparas, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado espontáneamente el trabajo de parto.
2	Nulíparas, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, con inducción o cesárea antes del inicio del parto.
3	Multíparas, sin cesárea previa, feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
4	Multíparas, sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, con inducción o cesárea antes del inicio del parto.
5	Multíparas, con al menos una cesárea previa, feto único en presentación cefálica de 37 semanas o más de embarazo.
6	Nulíparas, con feto único, en presentación podálica.
7	Multíparas, con feto único en presentación podálica, incluidas las pacientes con cesárea previa.
8	Todas las pacientes con embarazo múltiple, incluidas las de cesárea previa.
9	Todas las pacientes con feto único en situación transversa u oblicua, incluidas las de cesárea previa.
10	Todas las pacientes con feto único en presentación cefálica, con menos de 37 semanas de embarazo, incluidas las de cesárea previa.

intervención quirúrgica para la interrupción del embarazo.[9]

La revisión de las historias clínicas la hizo un solo investigador mediante una cédula de evaluación que contenía variables sociodemográficas, indicaciones de cesárea y la clasificación de Robson. Se incluyeron todas las pacientes que terminaron el embarazo con recién nacidos con más de 500 g.

Las variables aplicadas incluyeron características obstétricas: paridad, inicio del trabajo de parto, presentación del feto, semanas de gestación y cantidad de fetos. Asimismo, características de la madre: edad, grupo de edad, vía de terminación del embarazo con antecedente de cesárea e indicación de ésta. Las pacientes se clasificaron con los 10 grupos de Robson.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa Excel, y el cálculo de porcentajes se hizo mediante la clasificación de Robson.

RESULTADOS

Se reunieron 793 pacientes, de las que 636 finalizaron el embarazo mediante cesárea y 157 mediante parto: 80.20% y 19.80%, respectivamente. Con el método de Robson, los grupos con mayor afluencia relativa a la tasa de cesárea fueron: grupo 10, que corresponde a todas las mujeres con embarazo único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluidas las que tenían cicatrices uterinas previas, que fueron 142 (22.37%). En el grupo 5, que corresponde a las multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica de 37 semanas o más de gestación, se encontraron 141 (22.16%). En el grupo 9, que corresponde a pacientes con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas quienes tenían cicatrices uterinas previas, se encontraron 94 (14.77%) pacientes. **Cuadro 2**

Las principales indicaciones de cesárea fueron: pérdida del bienestar fetal (25.9%), falta de

https://doi.org/10.24245/gom.v93i8.273

Cuadro 2. Distribución de partos y cesáreas por grupos de Robson con sus respectivos porcentajes

Grupo de Robson	Cesáreas	Porcentaje	Partos	Porcentaje
1	71	68.3	33	31.8
2	68	98.6	1	1.4
3	34	30.1	79	69.9
4	20	100	0	0
5	141	87.7	18	11.3
6	25	100	0	0
7	23	88.5	3	11.5
8	18	94.7	1	5.3
9	94	97.9	2	2.1
10	142	88.7	20	11.3
Total	636	80.2	157	19.8

progresión del trabajo de parto (20.8%), cesárea iterativa (18.7%), feto macrosómico (17.6%) y periodo intergenésico corto (11.8%), otros (5.2%). **Figura 1**

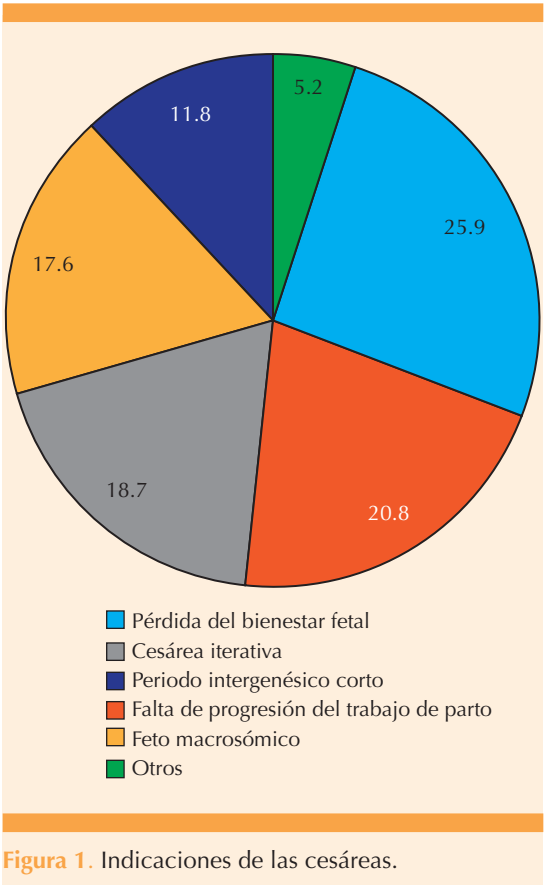


Figura 1. Indicaciones de las cesáreas.

DISCUSIÓN

La utilización del índice de Robson identificó a los grupos 10, 9 y 5 como los de mayor afluencia y, por ende, mayor tasa de cesárea.[10] Esta tendencia, grupos 9 y 10 con porcentajes elevados, es indicación absoluta de cesárea por distocias de presentación o embarazos múltiples. Resultó alta en el hospital porque éste es de referencia y de alta complejidad. El grupo 5 corresponde a parto después de cesárea, con factores contribuyentes de riesgo a considerar. Las pacientes con cicatriz uterina previa, nulíparas y con embarazos pretérmino, se ubican en grupos susceptibles de intervención en búsqueda de disminuir la indicación de la cesárea, lo que resulta en una cantidad relevante de intervenciones en un solo hospital.[9] La clasificación de Robson es de gran utilidad y puede aplicarse fácilmente con el propósito de vigilar y poder influir en las decisiones y análisis de datos.[11,12]

El Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos es un centro de referencia para diferentes unidades médicas de los distintos niveles de atención. Debido a que se cuenta con personal médico en formación de la especialidad es de suma trascendencia crear conciencia en el equipo de salud de la necesidad de búsqueda de estrategias que deriven en disminución del porcentaje de cesáreas, de manera específica en el grupo 5, correspondiente a las pacientes con cicatriz uterina previa y el grupo 2 que corresponde, principalmente, a las inducciones lo que de poder controlarse seguramente se reflejará en menores intervenciones quirúrgicas.[13,14]

El grupo 10, correspondiente a los nacimientos prematuros, resulta con heterogeneidad,

al incluir: trabajo de parto espontáneo, parto inducido o las cesáreas practicadas antes del término, sin que exista una clara indicación para finalizar la gestación mediante un procedimiento quirúrgico. El tamaño en este grupo en las instituciones de seguridad social es consecuencia de la estructura del sistema, al ser referencia para casos de parto pretérmino que cuentan con la infraestructura y recursos necesarios para brindar una atención oportuna y precisa. En apego a la Guía de Práctica Clínica vigente: Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea,[15] las pacientes con una o más cesáreas o cicatrices en el cuerpo del útero deberán enviarse a hospitales de segundo nivel de atención. Las pacientes con placenta previa, con cesárea previa o con una o más cesáreas, con sospecha de acretismo placentario por ultrasonido bidimensional o Doppler color, deberán atenderse en hospitales de tercer nivel.

CONCLUSIONES

Con la clasificación de Robson fue posible identificar un incremento significativo en el porcentaje de cesáreas, de manera particular en pacientes con embarazo en la cicatriz de cesárea.[13,14] La clasificación de Robson es un modelo de gran utilidad para las instituciones de salud que permite identificar los grupos de pacientes que más contribuyen a la cesárea como vía de finalización del embarazo. Queda claro que los grupos de pacientes con tasas específicas más elevadas de cesárea, son quienes suelen tener factores obstétricos de riego que dan continuidad a la repetición de las cesáreas subsecuentes.

REFERENCIAS

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Caesarean sections is the ratio of caesarean deliveries permormed within a pupulation. https://doi.org/10.1787/adc3c39f-en
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-2016 Para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. https://www.normasoficiales.mx › nom
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud, 2015.
4. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2018. https//creativecommons.org/license/by-nc-sa/3.0/igo
5. La clasificación de Robson: Ejemplo de informe tabular de Robson y su interpretación. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2018. https://iris.paho.org/handle/10665.2/49657
6. Perner MS, Ortigoza A, Trotta A, Yamada G, et al. Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. SMM Population Health 2022; 19: 101239. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101239
7. Suárez López M, Campero L, De la Vara Salazar E, Rivera Rivera L, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud Pública de México 2013; 55 (2): 225-34. https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5119
8. Martínez-Rodríguez DL, Serrano-Díaz LC, Bravo-Aguirre DE, Serna-Vela FJ, et al. Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. Ginecol Obstet Mex 2018; 86: 627-33. https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.1462
9. Visser G, Ayres-de-Campos D, Barnea E, et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. Lancet 2018; 392 (10155):1286-87. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32113-5
10. Prado A. La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencia de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. Musas 2021; 6 (1): 59-76. https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4
11. Morgan-Ortiz F, Luna-Hernández KL, Peraza-Garay FJ, Morgan-Ruiz F, et al. Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson. Rev Med UAS 2018; 8 (1):20-30. http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v8.n1.003
12. Carreño B, Castillo V, Aichele D, Marshall M, et al. Tasa de cesáreas según la clasificacion de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. Rev Chil Obstet Ginecol 2018; 83 (4): 215-224 http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400415
13. Ticona-Huanco D, Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, García-Montenegro V, et al. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. Ginecol Obstet Mex 2019; 87 (10): 626-36. https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3301
14. Martínez GS, Zomeño G, Tarrazó M, Garayoa A, et al. Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. Rev Chil Obstet Ginecol 2021; 86 (4): 233-38 http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m22000041
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reducción de la frecuencia de operación cesárea. GPC IMSS-048-08. Mex. 2014. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf

https://doi.org/10.24245/gom.v93i8.273