Cláusula de cesión de derecho de publicación de monografía

Yo Ruben Mamani Quispe

autor/a de la monografía titulada:

TELEMEDICINA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE LA GESTIÓN 2025, EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL GUAQUI

mediante el presente documento, declaro que la obra mencionada es de mi exclusiva autoría y producción. Esta monografía ha sido elaborada como uno de los requisitos previos para la obtención del diplomado en: **"Salud y Telemedicina"** en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre.

Cesión de Derechos:

1. **Derechos Cedidos:** A partir de la fecha, cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación de la obra. La Universidad está autorizada a utilizar esta obra por cualquier medio, actualmente conocido o que se desarrolle en el futuro, siempre y cuando dicha utilización no se realice con fines de lucro. Esta cesión incluye la reproducción total o parcial en formatos virtual, electrónico, digital, u óptico, así como su uso en red local e Internet.
2. **Responsabilidades del Autor:** Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra mencionada, asumiré toda la responsabilidad legal frente a dichos terceros y frente a la Universidad, incluyendo, sin limitación, la defensa de tales reclamaciones y el mantenimiento de la Universidad indemne frente a las mismas.
3. **Entrega de Ejemplares:** En esta fecha, entrego a la biblioteca de la Universidad un ejemplar de la obra y sus anexos, en formatos impreso y digital o electrónico.

Fecha. La Paz 25-02-2026

Firma: .....

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE DIPLOMADO EN:

"SALUD Y TELEMEDICINA" – Versión III

TELEMEDICINA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE LA GESTIÓN 2025, EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL GUAQUI

Monografía presentada para optar al Diplomado en "Salud y Telemedicina"

ESTUDIANTE: RUBEN MAMANI QUISPE

La Paz – Bolivia

2025

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE DIPLOMADO EN:

"SALUD Y TELEMEDICINA" – Versión III

TELEMEDICINA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE LA GESTIÓN 2025, EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL GUAQUI

Monografía presentada para optar al Diplomado en "Salud y Telemedicina"

ESTUDIANTE: RUBEN MAMANI QUISPE

TUTOR: GROVER LINARES PADILLA

La Paz – Bolivia

2025

ÍNDICE

RESUMEN ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN **1**

1.1 Pregunta de Investigación 2

1.2 Objetivo general 2

1.2.1 Objetivos específicos. 3

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL **4**

2.1 Marco teórico 4

2.1.1 Comportamiento de gestantes que realizan control prenatal en el mundo, en América del sur, Bolivia y municipio 4

2.1.2 Estrategias que realizan las instituciones para acceder captar gestantes 5

2.1.3 Factores de riesgo asociados a gestantes de alto riesgo obstétrico 5

2.1.4 Niveles de prevención de Gestantes de alto riesgo obstétrico 8

2.1.4.1 La telemedicina como prevención primaria 8

2.1.4.2 Telemedicina en la Prevención secundaria, Diagnóstico temprano, manejo adecuado de las gestantes de alto riesgo obstétrico 10

2.1.4.3 Manejo por telemedicina de gestantes de alto riesgo obstétrico 11

2.1.4.4 Importancia de la telemedicina en el manejo adecuado de gestantes de alto riesgo obstétrico 11

2.2 Hipótesis 12

2.3 Marco Contextual 12

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO **13**

3.1 Enfoque y diseño de investigación 13

3.1.1 Enfoque de la investigación 13

3.1.2 Diseño de la investigación 13

3.2 Población y Muestra....13
3.2.1 Muestra....13
3.3 Variables de Estudio cualitativas y cuantitativos....13
3.3.1 Identificación de variables....13
3.3.2 Diagrama de variables....14
3.4 Criterios de inclusión y exclusión....17
3.4.1 Criterios de inclusión....17
3.4.2 Criterios de exclusión....17
3.5 Procedimientos para la Recolección de la Información....17
3.5.1 Fuente de recolección de la información....17
3.5.2 Instrumento/os de recojo de información....17
3.5.3 Hoja de registro....17
3.5.4 Procedimientos y técnicas.....17
3.6 Plan de Procesamiento y análisis de los datos....18
3.7 Delimitaciones de la Investigación....18
3.7.1 Delimitación geográfica....18
3.7.2 Sujetos....18
3.7.3 Delimitación Temporal....18
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DESCRIPTIVOS....19
CONCLUSIONES....23
RECOMENDACIONES....24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....25
ANEXOS....27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Descripción de actividades del servicio de telesalud del centro de salud integral Guaqui.* 19
Tabla 2. *Describir la población de gestantes que realizan controles prenatales en el municipio de Guaqui.* 20
Tabla 3. *Identificar gestantes de alto riesgo obstétrico por el servicio de telemedicina según factores predisponentes.* 20
Tabla 4. *Doble factor de Riesgo predisponente en AROS.* 21
Tabla 5. *Describir las teleinterconsultas sincrónicas, asincrónicas uso de los dispositivos realizados a las gestantes de alto riesgo obstétrico para su adecuado seguimiento.* 22
Tabla 6. *Describir la conducta realizada a las gestantes de alto riesgo obstétrico.* 22

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, describir la identificación y manejo de gestantes de alto riesgo obstétrico en el Centro de Salud Integral Guaqui, en el periodo del primer semestre de la gestión 2025, utilizando el método observacional descriptivo, cuantitativo, y de corte transversal, llegando a los siguientes resultados: En el tiempo de estudio, el servicio de telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui, realizó un total de 66 atenciones a gestantes, los cuales son asegurados al SUS (Seguro Universal de Salud) y pertenecen al municipio de Guaqui, Se identificaron 32 gestantes como gestantes de alto riesgo obstétrico, destacándose como factor predisponente, gestantes con IMC obesidad con un 31%, seguidas de cesáreas previas con un 16% y en menor proporción gestantes con periodo intergenesico corto; como parte del manejo a gestantes con ARO, el servicio de Telesalud realizó Teleinterconsultas sincrónicas y asincrónicas como parte del tratamiento teledirigido, del cual se obtiene 70% a controles prenatales con Teleinterconsultas realizadas y valoradas por especialista de un Hospital de 2do nivel, y en un 30% controles prenatales con telemetrías usando algún dispositivo del servicio; como servicio llegó a beneficiar a 57 pacientes atendidos en el establecimiento de salud y 9 con referencias coordinadas a los establecimientos de salud de mayor complejidad para su tratamiento adecuado, justificada y oportuno, evitando las emergencias obstétricas en el 1er Nivel de atención: por lo que se llega a la conclusión que la telemedicina beneficia de gran manera al binomio madre niño disminuyendo la morbimortalidad materna y perinatal.

ABSTRACT

The present research work aims to describe the identification and management of high-risk obstetric pregnant women at the Guaqui Comprehensive Health Center, during the first half of the 2025 management period, using the descriptive, quantitative, and cross-sectional observational method, reaching the following results: During the study period, the telehealth service of the Guaqui Comprehensive Health Center provided a total of 66 consultations to pregnant women, who are insured by the SUS (Universal Health Insurance) and belong to the municipality of Guaqui. 32 pregnant women were identified as being at high obstetric risk, highlighting as a predisposing factor, pregnant women with BMI obesity with 31%, followed by previous cesarean sections with 16% and to a lesser extent pregnant women with a short intergenetic period; As part of the management of pregnant women with ARO, the Telehealth service carried out synchronous and asynchronous teleconsultations as part of the teledirected treatment, of which 70% were obtained for prenatal check-ups with Teleconsultations carried out and assessed by a specialist from a 2nd level Hospital, and 30% prenatal check-ups with telemetries using a device from the service; As a service, it benefited 57 patients treated at the health facility and 9 with coordinated referrals to more complex health facilities for appropriate, justified and timely treatment, avoiding obstetric emergencies at the 1st Level of care: thus, it is concluded that telemedicine greatly benefits the mother-child binomial by reducing maternal and perinatal morbidity and mortality.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la tasa de fecundidad especifica por edad en un rango de 15 a 19 años ha estado disminuyendo en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados como Iran los embarazos en adolescentes constituye un riesgo fundamental para las complicaciones y mortalidad en sus embarazos, llevando a la principal causa de muerte en adolescentes. (1)

El embarazo donde existe un factor materno o fetal donde aumenta la probabilidad de enfermedad o muerte en el periodo prenatal, parto y posnatal, se considera de alto riesgo (ARO), por lo que la OMS plantea 3 pilares fundamentales para la mejora, La calidad en atención se planteó como un objetivo global y este indicador estandariza el nivel de éxito en el paciente durante una atención y su seguimiento fomenta la cultura de la mejora. (2)

Los riesgos de enfermar de Hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la endometritis, las infecciones sistémicas, los abortos inseguros, las complicaciones del parto debido a la desproporción cefalopélvica, parto prematuro, mortalidad infantil, bajo peso al nacer, hospitalización en unidad de cuidados intensivos y anomalías congénitas tienden a aumentar en la edad del adolescente. Donde los factores determinantes psicosociales que contribuyen a incrementar el riesgo son; mayor tasa de pobreza, privaciones para las madres adolescentes y sus hijos en el uso de servicios, bajo nivel educacional, conciencia y autocuidado. (1)

En un estudio realizado en Hawai la utilidad de telesalud se incrementó de manera relevante con la pandemia del covid-19, donde se utilizó tres tipos de servicios; 1 Videoconferencias y consultas, 2 Monitoreo remoto del paciente, 3 teleimágenes todo con la finalidad de optimizar la salud materna y fetal. (3)

La telemedicina que se utiliza en la atención perinatal, se centró en principalmente en la atención especializada, Asesoramiento genético, la consulta con subespecialidades de medicina materno fetal, interpretación de ecografías y pruebas de estrés, tratamiento de la diabetes y depresión posparto, beneficiando a la población donde sus recursos son limitados. (4)

En diversos países según revisada la literatura disponible, se menciona el aporte y mejoría de la calidad de atención y seguimiento a gestantes de alto riesgo obstétrico mediante

telemedicina, pero no existe publicación sobre los beneficios de la telemedicina en gestante de alto riesgo en el municipio de Guaqui del departamento de La Paz donde se realizará el presente estudio.

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cómo la telemedicina contribuye en la identificación y manejo de gestantes de alto riesgo obstétrico en el Centro de Salud Integral Guaqui del Municipio de Guaqui del departamento de La Paz, País Bolivia, en el periodo de enero a junio de la gestión 2025?

Justificación y Uso de los resultados

Oportunidad para tratar el problema, el estudio de este tema es importante porque aborda las patologías que representan un importante problema de salud pública como es la morbimortalidad materna e infantil, como un objetivo principal de mejora de la OMS y del País Bolivia.

Población a la que beneficia la investigación, la población que se beneficiará directamente son las gestantes de alto riesgo obstétricos para una identificación temprana y un manejo adecuado especializado por telemedicina, e indirectamente también se beneficiarán las familias de las gestantes, así como también se reducirá la morbimortalidad materna en la población de estudio.

Utilización e Impacto esperado de los resultados

Los resultados de este estudio serán puestos en conocimiento de las autoridades en Salud del municipio de Guaqui y a nivel departamental a fin de qué se puedan diseñar estrategias que fortalezca la atención en telemedicina en estos grupos vulnerables.

Factibilidad y viabilidad del estudio

La factibilidad y viabilidad de este estudio están garantizados ya que se cuenta con el recurso humano medico telesalud pare del programa nacional de telesalud, el equipamiento técnico tecnológico (carro especializado de telemedicina tele 1), y datos disponibles desde las gestiones anteriores 5 años.

1.2 Objetivo general

Describir como la telemedicina contribuye en la identificación y manejo de las gestantes de alto riesgo obstétrico para reducir la morbimortalidad materno-fetal.

1.2.1 Objetivos específicos.

Describir las actividades que realiza y los dispositivos o equipos que cuenta en el carro de telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui.

Describir la población de gestantes que realizan controles prenatales en el municipio de Guaqui.

Identificar gestantes de alto riesgo obstétrico por el servicio de telemedicina según factores predisponentes.

Describir las teleinterconsultas sincrónicas, asincrónicas uso de los dispositivos realizados a las gestantes de alto riesgo obstétrico para su adecuado seguimiento.

Describir la conducta realizada a las gestantes de alto riesgo obstétrico.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Comportamiento de gestantes que realizan control prenatal en el mundo, en América del sur, Bolivia y municipio

Si no se garantiza el monitoreo y seguimiento de esta población de embarazadas, se ha descubierto que el acceso a servicios médicos y medicamentos especializados e incluso a pruebas prenatales de alto riesgo no es adecuado en América Latina. Debido a su ubicación geográfica, las mujeres embarazadas tienen un acceso limitado a la atención médica, lo cual es uno de los principales problemas. Esto indica que un gran número de mujeres embarazadas no reciben atención médica, lo que puede provocar dificultades y complicaciones durante el parto. (5)

Con el fin de comprender mejor cómo se utilizan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la atención materna, Capasso y Cols. Evaluaron el uso de las TIC en instituciones de salud de nueve países de América Latina y el Caribe. En el estudio se examinaron indicadores de la infraestructura digital nacional y económica, entre ellos la cobertura, la penetración y la accesibilidad digital. Bolivia y Honduras se clasifican como países de ingresos medios-bajos, mientras que la mayoría de los países estudiados tienen economías de ingresos medios. Aunque todavía existen diferencias, especialmente en las zonas rurales de Bolivia, Honduras y Perú, donde más del 10 % de la población carece de cobertura 3G, la mayoría de los países cuentan con una amplia cobertura básica de redes móviles celulares. Los países difieren mucho en cuanto al número de personas que utilizan Internet: en Honduras lo utiliza el 48 %, mientras que en Argentina lo utiliza el 87 %. (4)

Las medidas preventivas como el distanciamiento social y la cuarentena implementadas en Perú para prevenir el contagio de COVID-19 afectan el diagnóstico y tratamiento prenatal ambulatorio, poniendo en peligro la salud de las mujeres embarazadas y de sus bebés. La telemedicina creció rápidamente durante la epidemia porque, en años anteri ores, no estaba regulada o estaba sujeta a restricciones por la legislación peruana. Para la atención prenatal, que requiere atención presencial, las ventajas de la telemedicina son insuficientes. (5)

Las mujeres embarazadas buscan cada vez más información sobre salud. Para mejorar su dieta, actividad física y control de enfermedades agudas y crónicas, tienen a su disposición diversas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Las investigaciones han demostrado que son viables, convenientes y rentables, además de útiles para ayudar a detectar y gestionar los riesgos, por lo que ha aumentado la demanda de su uso. Por ejemplo, mediante el uso de las TIC, la aplicación de telesalud de la ARO tiene como objetivo reducir la frecuencia de las visitas no programadas, que son habituales entre este grupo demográfico. Para respaldar las decisiones clínicas, garantizar una transferencia de datos fiable y ofrecer retroalimentación a los pacientes, es necesario desarrollar soluciones automatizadas. Esto supondrá un ahorro de tiempo y dinero tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. (6)

2.1.2 Estrategias que realizan las instituciones para acceder captar gestantes

Algunos programas de protección social se definen por transferencias, que pueden ser incondicionales o estar sujetas a condiciones. Uno de los principales pilares de las políticas de protección social es la implementación de transferencias condicionadas por parte del Estado. Se consideran «condicionadas» porque el receptor o beneficiario debe cumplir un requisito predeterminado para que la transferencia sea efectiva. Algunos de estos programas suelen implicar transferencias de efectivo, ya que su objetivo principal es ayudar a los hogares con sus problemas financieros. Estas ayudas tienen como objetivo reducir la pobreza y mejorar las capacidades humanas de los beneficiarios (CEPAL). Aunque se introdujeron por primera vez en América Latina en 1995 en algunos lugares de Brasil, se hicieron oficiales a nivel nacional en México en 1997 (Programa PROGRESA). (8)

2.1.3 Factores de riesgo asociados a gestantes de alto riesgo obstétrico

Los factores de riesgo de síntomas depresivos durante el embarazo incluyen bajos ingresos, carecer de pareja o ser soltera, desempleo o abandono escolar, tener más de tres hijos, estar en los dos primeros trimestres del embarazo, tener antecedentes personales o familiares de depresión o trastorno bipolar (TB), haber sufrido abusos durante la infancia, fumar, estar en una relación disfuncional, tener antecedentes de ansiedad y sufrir violencia doméstica. Interrumpir el tratamiento psicofarmacológico es otro factor de riesgo importante, ya que el 26 % de las pacientes que continúan el tratamiento y el 43 %

de las que lo interrumpen recaen. Sin embargo, se ha identificado que las relaciones estables y el empleo son factores protectores contra la depresión durante el embarazo. Al igual que la tristeza, los trastornos de ansiedad pueden desaparecer, reaparecer o permanecer igual. Los síntomas también resurgen después de suspender la medicación.

Según este estudio, el 41 % de las mujeres con embarazos de alto riesgo obtuvieron resultados positivos en las pruebas de detección de ansiedad y el 61 % en las de depresión. Además, se descubrió que los factores de riesgo de ansiedad y síntomas depresivos eran similares, entre ellos tener antecedentes de abuso, haber sufrido depresión, estar en una relación disfuncional, carecer de apoyo social y familiar durante el embarazo y tener hijos menores de cinco años. (9)

Variables sociodemográficas:

Según este estudio, el 13,18 % (17 mujeres embarazadas) eran menores de 18 años, el 78 % (96 mujeres embarazadas) de la población de alto riesgo tenía entre 18 y 35 años, el 8 % (10 mujeres embarazadas) eran mayores de 35 años y el 55,3 % de las mujeres embarazadas inscritas en el programa se encontraban entre las semanas 30 y 40 de gestación. (10)

Antecedentes patológicos:

Según este estudio, las enfermedades preexistentes más frecuentes eran la anemia (13 %), las migrañas (5 %), las anomalías tiroideas (hipotiroidismo) y el asma (3,3 %). Ochenta y dos mujeres embarazadas, es decir, el 66 %, no tenían antecedentes médicos. (10)

Patología actual.

A continuación se describen las dificultades actuales del embarazo o los problemas biológicos: anemia, dolor epigástrico intenso, hepatitis A, hipercolesterolemia, hiperglucemia, hipotensión, infecciones recurrentes del tracto urinario, fibromas, ninguno y varices vulvares son factores de riesgo de aborto espontáneo. (10)

Antecedentes ginecológicos, obstétricos y quirúrgicos:

Del total de la población, el 30.3 % eran multíparas (46 mujeres embarazadas) y el 37 % eran nulíparas. Se observó que el 22.8 % de estas personas habían sufrido abortos espontáneos y el 20.3 % se habían sometido previamente a una cesárea. El 66.7 % de las encuestadas afirmaron no utilizar ningún método anticonceptivo, mientras que el 21.1 %

declararon utilizar píldoras. Circunstancias psicosociales: el 54.5 % (67 mujeres embarazadas) afirmó sufrir estrés emocional; el mismo porcentaje informó estar de mal humor; el 41.5 % (51) presentó signos y síntomas neurovegetativos; el 96.7 % afirmó contar con el apoyo de su familia y su pareja; el 82.9 % no había planeado su embarazo. El 55.3 % (68 mujeres embarazadas) se encontraba entre las 30 y las 40 semanas de gestación en el momento de participar en el estudio; cabe mencionar que se les contactó para participar en el estudio en su primera cita de control prenatal. Otros factores examinados incluyeron el intervalo intergenésico, que reveló que el 24 % tenía un intervalo de un año entre su embarazo anterior y el actual. (10)

Según el estudio de Van Oostwaard et al., que también encontró una correlación entre la variable y la recurrencia de la preeclampsia, el sobrepeso o la obesidad están relacionados con esta afección. Esto contrasta claramente con un estudio de 2019 realizado por Lien Trana et al., que no identificó diferencias apreciables en la recurrencia de la preeclampsia entre los casos y los controles. La recurrencia de la preeclampsia también está asociada con la variable ocupacional. La recurrencia de la preeclampsia también está asociada con la variable ocupacional. En este caso, no se encontró ninguna investigación nacional o internacional que pudiera compararse con los resultados del estudio. En este caso, se extrapolaron estudios cuyo objetivo era identificar los factores relacionados con la aparición de la preeclampsia. En este sentido, se cita el estudio realizado en 2015 por Ipiales, Silva y Coedro en el Hospital Enrique C. Sotomayor, que descubrió una relación entre la aparición de la preeclampsia y el hecho de ser ama de casa. El grupo de amas de casa, que en este estudio incluye a las mujeres embarazadas que han terminado la escuela primaria y secundaria, destaca por su bajo nivel socioeconómico y su nivel educativo básico. Cuando Díaz Villanueva analizó estos factores en el desarrollo de la preeclampsia en 2016, descubrió que el 63.3 % de las pacientes con preeclampsia solo habían completado la educación secundaria y que el 70 % de ellas procedían de entornos socioeconómicos desfavorecidos. Según un estudio realizado en 2017 por Guananga y Coronel en el Hospital de Guayaquil, también se demostró que la baja posición socioeconómica era mucho más común entre las pacientes con preeclampsia. (9)

2.1.4 Niveles de prevención de Gestantes de alto riesgo obstétrico

Al clasificar las medidas de prevención de la preeclampsia en tres niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria), se ha aportado un valioso conocimiento. Con el fin de reducir la incidencia de la preeclampsia, la prevención primaria se centra en evitar el embarazo en poblaciones de alto riesgo y fomentar cambios en el estilo de vida; sin embargo, es poco probable que estas estrategias sean muy eficaces. Detener el proceso patogénico antes de que la enfermedad alcance su pleno desarrollo es el objetivo de la prevención secundaria. En este sentido, el uso de aspirina, los suplementos dietéticos y el seguimiento prenatal son estrategias que pueden apoyar la prevención primaria y secundaria. Se recomienda una dosis diaria de 160 mg de aspirina, administrada por la noche, entre las semanas 12 y 16 y hasta aproximadamente la semana 36. Esta última se utiliza habitualmente durante todo el embarazo para prevenir diversos problemas vasculares, en particular la preeclampsia. Por último, pero no menos importante, la prevención terciaria tiene como objetivo evitar las consecuencias que puede causar la preeclampsia, más que la propia enfermedad. (12)

2.1.4.1 La telemedicina como prevención primaria

Las mujeres embarazadas y las madres de niños menores de tres años pueden recibir asesoramiento gratuito a través de Telesalud VMJ, una plataforma de salud materna perinatal en Perú, mediante llamadas telefónicas y herramientas de Internet como Zoom y WhatsApp. Esta iniciativa forma parte de una organización de consultoría a nivel nacional que comenzó a operar el 25 de marzo de 2020. Un pequeño número de personas asistió a la primera conferencia virtual de la empresa sobre «psicoprofilaxis obstétrica», que aumentó diariamente hasta atraer a una media de 5000 nuevos participantes cada mes, entre los que se encontraban madres y mujeres embarazadas. El servicio de tele información incluía numerosos temas relacionados con la salud materno-infantil y ofrecía respuestas rápidas a las preguntas y preocupaciones más frecuentes. Esto ayudó a evitar desplazamientos innecesarios a las salas de urgencias y, por lo tanto, redujo la exposición al virus causante de la pandemia. Se prevé que esto reduzca los niveles de ansiedad, que han ido aumentando como consecuencia de la incertidumbre en materia de salud. Además, Telesalud VMJ se ha convertido en una táctica clave para mantener la atención a las poblaciones que se encuentran en situación de riesgo y tienen poco acceso a la

atención médica. A través de esta plataforma, especialistas en numerosos campos y profesionales de la salud abordan una amplia gama de problemas, garantizando la atención y el bienestar de la población. (13)

Según los informes de la iniciativa Telesalud VMJ, el 54 % de los 121 320 usuarios que se habían registrado a finales de agosto de 2021 eran mujeres embarazadas. Los participantes encuentran la plataforma a través de referencias de sus proveedores médicos o de sus pares. Los expertos en salud que se unen a la red y acompañan a los participantes a la plataforma forman parte del equipo de asesores del programa. En colaboración con los departamentos de tecnología, tecnología de la información y comunicaciones, ofrecen a los profesionales apoyo técnico y capacitación continua para ayudarlos a dominar la herramienta digital. Es fundamental destacar que también se brinda asistencia técnica a los participantes para que puedan conectarse sin problemas y disfrutar de las sesiones virtuales.

El programa Telesalud VMJ está dirigido a dos grupos demográficos: mujeres embarazadas y madres primerizas. Los talleres sobre psicoprofilaxis obstétrica, estimulación prenatal y temprana, alimentación complementaria, planificación familiar, lactancia, nutrición durante el embarazo y la lactancia, y consejos para madres y padres sobre la crianza de los hijos son solo algunos de los temas que se tratan. Además, los temas tratados abordan la situación actual en respuesta a los problemas de salud que están surgiendo entre la población, lo que contribuye a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. Algunos temas, como la vacunación de los bebés y los grupos vulnerables, eran esenciales para educar a la población y evitar que acudieran a las instituciones médicas de forma desordenada. (13)

Las pacientes que recibieron toda su atención de forma virtual durante el periodo de infección por SARS-CoV-2 han expresado en general opiniones positivas sobre la monitorización remota. Estos resultados son similares a los de la atención prenatal mixta que se han documentado en el hemisferio norte. Esta estrategia de atención virtual ha tenido que emplearse en la atención prenatal rutinaria para reducir el número de visitas presenciales debido a las contingencias sanitarias de la pandemia. En estudios anteriores sobre la satisfacción de los usuarios con un modelo de atención mixta realizados en Estados Unidos, se comparó a las pacientes que recibieron atención prenatal estándar con

aquellas que recibieron un modelo mixto de visitas presenciales y virtuales. Según la investigación, las pacientes que recibieron el enfoque de atención combinada reportaron mayores niveles de satisfacción. Sin embargo, una investigación reciente realizada antes de la pandemia en la que se preguntó a mujeres en el posparto sobre sus preferencias en cuanto a la atención prenatal y posnatal reveló una variedad de opiniones a favor de una planificación flexible de la atención, y el modelo virtual fue bien recibido en general. (14)

Con el uso de la tecnología de la información moderna, el Instituto Colombiano de Coloproctología (ICO) y la empresa de servicios de salud (EPS) SURA desarrollaron un programa de teleconsulta. Con el fin de proporcionar a los pacientes atención y acceso continuos, este programa tenía como objetivo mantener las actividades de fisioterapia del suelo pélvico y coloproctología. Con una tasa de ejecución del 94 % y una tasa de resolución del 78 %, se planificaron 626 consultas después de 25 días. Estas cifras demuestran que, al igual que otras iniciativas basadas en el teletrabajo, la telemedicina ha llegado para quedarse y ofrece altos niveles de satisfacción a los profesionales de la salud, los pacientes y los médicos. (13)

2.1.4.2 Telemedicina en la Prevención secundaria, Diagnóstico temprano, manejo adecuado de las gestantes de alto riesgo obstétrico

Desde 1997, el Hospital Pediátrico Garrahan de Argentina ha creado el primer programa de telemedicina del país. Referencia-Contrarreferencia10 es un proyecto que apoya a las instituciones de salud a nivel regional y provincial y tiene como objetivo mejorar el acceso equitativo a las consultas con especialistas. El 80 % de los pacientes no ha tenido que desplazarse al hospital, situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde su puesta en marcha.

El Hospital Italiano de Buenos Aires, que cuenta con un Departamento de Tecnología de la Información en Salud con más de 150 personas y ofrece un programa de residencia en informática médica para médicos y enfermeros, es otra organización que está estableciendo el estándar para el uso de las TIC en la gestión de la atención médica. Esta división participa en varias iniciativas de telemedicina. Actualmente se está evaluando una aplicación que utiliza sensores de movimiento similares a los que se utilizan en las consolas de videojuegos para permitir que los ejercicios de rehabilitación se realicen en el domicilio del paciente (telerehabilitación).

Desde hace varios años, los especialistas en diagnóstico por imagen pueden realizar diagnósticos a distancia, fuera de los hospitales, mediante un proceso conocido como teleradiología. También se ofrecen soluciones para la visualización en línea de preparaciones microscópicas en quirófanos en el caso de anatomías enfermas, lo que permite realizar consultas profesionales para respaldar las decisiones quirúrgicas en el momento exacto. (15)

2.1.4.3 Manejo por telemedicina de gestantes de alto riesgo obstétrico

Una investigación realizada por Ticona et al. Evaluó el grado de comprensión de las mujeres embarazadas sobre la anemia por deficiencia de hierro tras completar una intervención educativa virtual. Los conocimientos sobre la anemia aumentaron significativamente tras la intervención educativa, que utilizó medios digitales y videoconferencias. Las participantes también comprendieron mejor las características de la anemia, sus efectos y la importancia de llevar una dieta equilibrada. En resumen, la intervención educativa virtual resultó ser un éxito, y se recomienda su uso con un grupo más amplio de mujeres embarazadas. (5)

2.1.4.4 Importancia de la telemedicina en el manejo adecuado de gestantes de alto riesgo obstétrico

Tras la implementación de una estrategia de telemedicina y educación para pacientes con emergencias obstétricas en dos hospitales del suroeste de Colombia, Escobar et al. Analizaron la relación entre las medidas de calidad de la atención materna y perinatal. Según los resultados, este enfoque redujo en un 29 % la tasa de eclampsia, las transfusiones de sangre relacionadas con hemorragias posparto y la mortalidad perinatal. Esto implica que la calidad del tratamiento obstétrico en los hospitales de complejidad media y alta de la zona suroeste de Colombia puede mejorarse considerablemente mediante el uso de la telemedicina y la educación.

Mediante cuestionarios en línea, Cáceres et al. Examinaron la importancia de comprender las necesidades educativas de las mujeres embarazadas y sus métodos de educación preferidos. Según los resultados, las mujeres indicaron la necesidad de recibir educación sobre salud mental, prevención de la COVID-19, maternidad, lactancia materna, cuidado del bebé y atención prenatal y durante el parto. Indicaron su preferencia por el correo electrónico, WhatsApp® y los videos como medios educativos. (5)

2.2 Hipótesis

La telemedicina contribuye de manera eficiente en la identificación, manejo oportuno de gestantes de alto riesgo obstétrico reduciendo la morbimortalidad materno infantil, un objetivo fundamental de los objetivos de desarrollo sostenible.

2.3 Marco Contextual

Guaqui es una localidad y municipio del altiplano boliviano, localizado en la provincia Ingavi dentro del departamento de La Paz. Se encuentra ubicado a orillas del lago Titicaca, a 92 km de la ciudad de La Paz. Está a una altitud de 3811 m s. n. m. con una temperatura de 18 °C promedio y tiene una superficie de 183 km².

Solía ser uno de los principales puertos del lago. El Regimiento de Caballería Lanza V del Ejército boliviano está acuartelado allí. El Gobierno Municipal Autónomo de Guaqui se encarga de administrar el municipio. (11)

Demografía

En el municipio de Guaqui viven 8,599 personas, según el censo boliviano que se realizó el 23 de marzo de 2024 y se publicó en agosto del mismo año.

La población del municipio de Guaqui aumentó casi a la mitad de 1992 a 2024:

De 5810 habitantes a 8599 habitantes. (11)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y diseño de investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

El enfoque de la presente investigación será cuantitativo por que se emplea métodos y técnicas de tipo cuantitativo por que se busca comprobar una hipótesis y por qué la realidad del estudio es objetiva.

3.1.2 Diseño de la investigación

Según la intervención del investigador observacional no se manipulará las variables del estudio.

Según el tipo de análisis descriptivo por que se describirán las variables del estudio.

Según temporalidad de corte transversal porque estuvieron al mismo tiempo las variables.

3.2 Población y Muestra

Población mujeres gestantes que acuden al servicio de telesalud del Centro de salud guaqui las que acudieron en el primer semestre de la gestión 2025

3.2.1 Muestra

No será necesario trabajar con una muestra si no se trabajara con la total población 32 mujeres con ARO.

3.3 Variables de Estudio cualitativas y cuantitativos

3.3.1 Identificación de variables

Edad, Estado civil, Controles prenatales realizados, AROS identificados, IMC,

3.3.2 Diagrama de variables

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIAS	INSTRUMENTACION
Describir la población de gestantes que realizan controles prenatales en el municipio de Guaqui	Edad de la gestante.	Duración de la existencia de la gestante, medida en unidades de tiempo.	Según los años de vida de la Gestante.	Cuantitativa continua	14 a 24 25 a 34 mayor a 35 años.	Encuesta a población.
	Estado civil.	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Según condición de la gestante obligaciones civiles.	Nominal politómica	Casada. Soltera. Divorciada. Union estable. Otra.	Hoja de registro.
	Realiza control prenatal	Mujeres gestantes que realizan controles prenatales	Según presencia realizar controles prenatales.	Nominal dicotomica	Si realiza. No realiza.	Hoja de registro.
Identificar gestantes con ARO	Gestante ARO	Condición de la gestante que provoque riesgo materno fetal	Condición de la gestante que provoque riesgo materno fetal	Nominal	SI NO	Hoja de registro.

Describir gestantes de ARO según factores predisponentes.	Edad de la gestante.	Duración de la existencia de la gestante, medida en unidades de tiempo.	Según los años de vida de la Gestante.	Cuantitativa continua	14 a 24 mayor a 35 años.	Encuesta a población.
	Talla.	Unidad de medida en metros	Unidad de medida	Cuantitativa	Menor a 1.50mts. 1.50ª 1.60 mts. Mayor a 1.60 mts.	Hoja de registro.
	Peso.	Unidad de medidas en Kg	Unidad de medida	Cuantitativa	Menor a 50 kg. 50 a 70 kilos. 70 a 90 kilos. Mayor a 90 kilos.	Hoja de registro
	Gestante con preclampsia.	Patología de cada paciente anterior o actual	Patología de paciente	Nominal	Preclampsia. Eclampsia.	Hoja de registro
	Embarazo múltiple.	Condición de la gestante con presencia de dos productos	Condición materna con presencia de dos productos o mas.	Nominal.	SI. NO	Hoja de registro.

	Anormalidades de presentación.	Condición del producto para producir el parto.	Condición del producto para parto.	Nominal.	Podálica. Transversal. Oblicua.	Hoja de registro.
	Macrosomía fetal	Condición del producto según peso por ecografía o AFU	Condición del producto según peso por ecografía o AFU	Nominal	AFU mayor a 36cm. Peso fetal mayor a 4000g	Hoja de registro.
Describir las teleinterconsultas uso del dispositivo a las gestantes de alto riesgo obstétrico.	Teleinterconsultas.	Teleinterconsultas realizadas a gestantes con ARO	Teleinterconsultas realizadas a gestantes con ARO	Nominal	Teleinterconsultas Sincrónicas. Teleinterconsultas Asincrónica.	Hoja de registro Hoja de registro.
	Uso de dispositivos.	Qué tipo de dispositivos se utilizó a las gestantes.		Nominal	Ecografía. MSV. Electrocardiograma	Hoja de registro.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

Gestante con ARO de 14 a 45 años.

Gestantes con ARO que realizan control prenatal.

Gestante ARO con residencia habitual o temporal en el municipio de Guaqui.

3.4.2 Criterios de exclusión

Gestantes con ARO que acuden con trabajo de parto expulsivo en establecimiento de salud y domiciliario.

Gestantes con ARO aseguradas a seguros de corto plazo.

Gestantes con ARO extranjeras sin documentación.

3.5 Procedimientos para la Recolección de la Información

3.5.1 Fuente de recolección de la información

Primaria, porque se recogieron los datos directamente de la paciente atendida y registrada en la plataforma digital de todos los controles prenatales con ARO realizados por el medico telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui.

3.5.2 Instrumento/os de recojo de información

Hoja de registro, que contiene; datos personales, datos de controles prenatales uso de dispositivos y otros registrados por personal Telesalud, datos de los diagnósticos definitivos por telinterconsulta con el especialista en Ginecoobstetricia.

3.5.3 Hoja de registro

Sobre la hoja de registro se tomaron en cuenta variables como, código como iniciales del nombre de la gestante, fecha de nacimiento, estado civil, Nro de gestas, y otros como se puede observar en la hoja de registros que se evidencia en anexos.

3.5.4 Procedimientos y técnicas.

En primera instancia se coordinó con la coordinación departamental para la obtención de la base de las planillas de los cotejos o extractos de la plataforma digital Tconsult por meses del primer semestre de la gestión 2025.

Además de solicitar a estadístico de la red municipal guaqui para la recolección de la información del SOAPS de los datos de las pacientes gestantes que se realizaron controles prenatales con AROS.

Posteriormente se registra a la hoja de registro.

3.6 Plan de Procesamiento y análisis de los datos

Transcribir la información de datos a una base de datos en formato Excel, para un manejo adecuado con base a la información recogida en la hoja de registro.

Se procederá a la recodificación de las variables

Presentar los resultados de cada variable de estudio en tablas y/o gráficos, se calculará la media de edad de muestras según las variables.

Se analizará los datos en el programa Excel.

3.7 Delimitaciones de la Investigación

3.7.1 Delimitación geográfica

El servicio de Telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui brinda atención médica a todas las gestantes pertenecientes al Municipio de Guaqui del departamento de La Paz, país Bolivia.

3.7.2 Sujetos

Se realiza a las Gestantes comprendidas en las edades de 14 a 45 años.

3.7.3 Delimitación Temporal

El periodo del estudio fue desde Enero a Junio de la gestión 2025.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1.

Descripción de actividades del servicio de telesalud del centro de salud integral Guaqui.

Componentes de Telesalud.	Proceso 1	Proceso 2	Proceso 3	Dispositivos que cuenta.
Telemedicina.	Teleinterconsultas: Real (sincrónico), Diferido (asincrónico)	Teleconsultas	Telemetrías.	Ecógrafo digital. Electrocardiograma digital. Cámara de examen general. Otoscopio digital. Monitor de signos vitales. - - -
Tele-educación.	Tele promoción Personal de salud especialista a población en general.	Teleeducación. De Personal de salud especialista a personal de salud de primer nivel.	-	
Telegerencia.	Gestiones con G.A.M.	Gestiones con instituciones.	-	
Teleepidemiologia.	Vigilancia a enfermedades de notificación inmediata y otros.	-	-	

Nota: Fuente elaboración propia.

El servicio de telesalud realiza diferentes actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a los pacientes que acuden y a toda la población en general, de los cuales se menciona el componente de Telemedicina con la realización de Teleinterconsultas con especialistas para la atencion teledirigida ya sea en tiempo real y diferido, Teleconsultas para realizar seguimiento utilizando las TICs, Telemetrias utilizando los dispositivos que cuenta el carro de telesalud como ser: Ecógrafo digital, Electrocardiograma digital, monitor de signos vitales, otoscopio digital, cámara de examen general, los cuales se utilizan para la atención, diagnóstico oportuno en el servicio y otros componentes que se refleja en el cuadro.

Tabla 2.

Describir la población de gestantes que realizan controles prenatales en el municipio de Guaqui.

Tipos de controles prenatales	Nro.	%
Controles prenatales con (Teleinterconsultas)	46	70%
Controles prenatales con (Telemetrias)	20	30%
Total de controles prenatales	66	100%

Nota: Fuente elaboración propia.

En la tabla se observa un total de 66 controles prenatales realizados en el servicio de telemedicina del Centro de Salud Integral Guaqui, con un mayor porcentaje de 70% a controles prenatales con Teleinterconsulta realizadas y valoradas por especialista de un Hospital de 2do nivel, y en un 30% controles prenatales con telemetrías usando algún dispositivos en el servicio mencionado.

Tabla 3.

Identificar gestantes de alto riesgo obstétrico por el servicio de telemedicina según factores predisponentes.

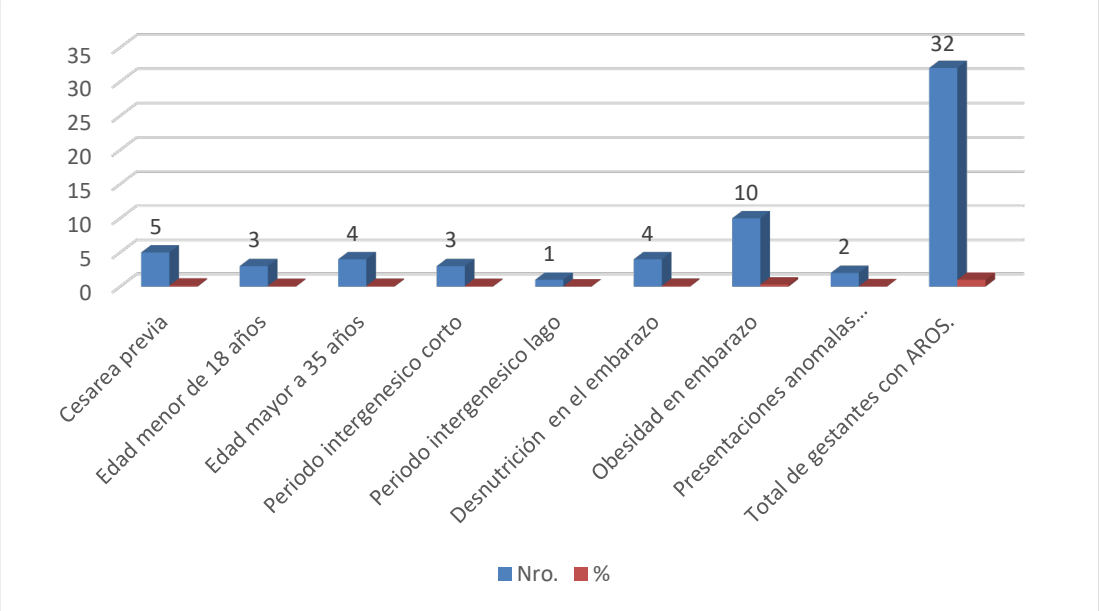
Gestantes Aros.	Nro.	%
Cesárea previa	5	16%
Edad menor de 18 años	3	9%
Edad mayor a 35 años	4	11%
Periodo intergenésico corto	3	9%
Periodo intergenésico lago	1	3%
Desnutrición en el embarazo	4	13%
Obesidad en embarazo	10	31%
Presentaciones anómalas (podálica, Transversa)	2	6%
Total de gestantes con AROS.	32	100%

Nota: Fuente elaboración propia.

En la tabla se observa una mayor proporción de un 31% de gestantes con obesidad seguidas de gestantes de con cesárea previa con un 16%, y en menor proporción 3% identificando a gestantes con un periodo intergenésico largo, para un total de 32 gestantes con alto Riesgo obstétrico.

Gráfico 1.

Identificación de Gestantes de alto riesgo obstétrico, identificados según factor de riesgo.



Nota: Fuente elaboración propia.

En la presente grafica se observa un total de 32 gestantes de alto riesgo obstétricos identificados y distribuidos según factor predisponente en el servicio de telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui del municipio de Guaqui.

Tabla 4.

Doble factor de Riesgo predisponente en AROS.

Doble factor asociado a AROS.	Nro.	%
Amenaza de aborto	4	57%
Hernia umbilical patología asociada	1	14%
Rotura prematura de membranas	1	14%
Macrosomía fetal	1	14%
Total	7	100%

Nota: Fuente elaboración propia.

En la tabla se identifica también el doble factor predisponente en mayor proporción de un 57% en amenazas de aborto, y con un 14% como Hernia Umbilical, rotura prematura

de membranas, y macrosomia fetal, para un total de 7 gestantes con dobles factor de riesgo.

Tabla 5.

Describir las teleinterconsultas sincrónicas, asincrónicas uso de los dispositivos realizados a las gestantes de alto riesgo obstétrico para su adecuado seguimiento.

Tipos de teleinternconsultas	Nro	%
Teleinterconsulta en tiempo diferido. (Asincrónica)	26	57%
Teleinterconsulta en tiempo real. (Sincrónica)	20	43%
Total.	46	100%

Nota: Fuente elaboración propia.

Se observa una mayor proporción de un 45% de atención asincrónica con un especialista de un Hospital, y en un 34% de atención sincrónica en tiempo real con especialista.

Tabla 6.

Describir la conducta realizada a las gestantes de alto riesgo obstétrico.

Tipos de conducta.	Nro.	%
Atención en sitio	57	86%
Referencia coordinada.	9	14%
Total	66	100%

Nota: Fuente elaboración propia.

Se observa en la tabla de los 66 gestantes atendidas, un 86% recibió atención médica especializada en el establecimiento de salud de primer Nivel de atención Centro de Salud Integral Guaqui, y un 14% se realizó la referencia a un Hospital de 2do Nivel de manera coordinada de manera oportuna adecuada sin llegar a las complicaciones o emergencias obstétricas en el Establecimiento de salud.

CONCLUSIONES

En las actividades sobresalientes que realiza el servicio de Telesalud del Centro de Salud Integral Guaqui son Teleinterconsultas en tiempo real y diferido para la atención médica teledirigida por especialidad; Teleconsultas donde se comunica el personal de salud con el paciente, Telemetrías donde se utiliza dispositivos digitales para la atención médica adecuada oportuna y con calidad, todas estas actividades se desarrollan utilizando las TICs

Se identificaron 66 gestantes que acudieron a recibir servicios de telesalud en el periodo estudiado identificándose 46 gestantes con Teleinterconsultas y 20 gestantes que acudieron a la realización de telemetrías con el uso de algún dispositivo médico del carro de telemedicina.

Se identificaron en el servicio 32 gestantes de alto riesgo obstétrico siendo los factores predisponentes predominantes como la Obesidad asociada a doble factor, y en menor proporción una gestante con periodo intergenesico largo.

Se describe un 57% de gestantes que se realizaron teleintercosulta en tiempo diferido (asincrónico) y un 43% la teleinterconsulta en tiempo Real (sincrónica) los mismos ayudaron a realizar un manejo adecuado en el establecimiento de salud, mejorando la capacidad resolutiva y la satisfacción a las mujeres embarazadas.

Se observó 66 gestantes atendidas, un 86% recibió atención médica especializada en el establecimiento de salud de primer Nivel de atención Centro de Salud Integral Guaqui, y un 14% se realizó la referencia a un Hospital de 2do Nivel de manera coordinada y oportuna adecuada sin llegar a las complicaciones o emergencias obstétricas en el Establecimiento de salud de 1er Nivel.

RECOMENDACIONES

Se observa el gran beneficio que brinda el Servicio de Telesalud como parte del Programa Nacional de Telesalud, a la población vulnerable como lo es las mujeres gestantes y sus riesgos asociados, por lo que se necesita el apoyo continúo de las organizaciones Gubernamentales y otras instituciones para su funcionamiento.

Se evidencia que la telesalud acorta distancias no solo en cuanto a la identificación o diagnóstico oportuno de los pacientes que acuden, si no también beneficia al establecimiento y su personal en la capacitación continua para desarrollar sus actividades como profesional con conocimientos actualizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khayat S, Palizvan M, Navidian A, Fanaeei H, Pahlavani Z. Comparación del efecto de la formación presencial y la telemedicina sobre el autocuidado en mujeres embarazadas adolescentes: un estudio cuasiexperimental. Revista de Educacion y Promocion de la Salud [Internet]. Octubre 2022 [23 febrero 2025];11: 1-8. Disponible en: https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2022/11000/comparison_of_the_effect_of_face_to_face_training.318.aspx

2. Arango S, Barrientos J G, Torres E A, Sanchez E. Impacto en los resultados en salud de la telesalud aplicada para la atención y seguimiento ambulatorio del alto riesgo obstétrico: revisión narrativa de la literatura. Revista de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.[internet]. Julio-diciembre 2024[23 febrero 2025];43(2):43-51. Disponible en: https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/8314

3. Sullivan C, Cazin M, Higa C, Zalud I, Lee M J. Telesalud materna: innovaciones y perspectivas de Hawái. J Perinat Medicina [internet].14 de noviembre de 2022 [23 febrero 2025]; 51(1): 69–82. Disponible en: https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0394

4. Whittington J R, Ramseyer A M, Osteópata, Taylor C B, Telemedicina en bajo riesgo obstetricia. Clínicas de obstetricia y ginecología de America del Norte [internet]. Junio 2020 [23 febrero 2025]. 47(2). 241-247. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854520300206?via%3Dihub

5. Montealegre Inuma J J "et al" Ventajas del uso de telemedicina en gestantes en países de Latinoamerica. Rev obstet Ginecol Venz. [internet]. Junio 2024[30 octubre 2024]. 84(4). 481-492- Disponibles en: https://doi.org/10.51288/00840416

6. Arango S, Barrientos JG, Torres EA, Sánchez E. Impacto en los resultados en salud de la telesalud aplicada para la atención y seguimiento ambulatorio del alto riesgo obstétrico: revisión narrativa de la literatura. Med UPB. 2024;43(2): 43-51. Disponibles en DOI:10.18566/medupb.v43n2.a06

7. Medinacelli N. Proteccion Social y los efectos en el Trabajo infantil en Bolivia. *ARU SEARCH: Revista de Investigación Aplicada de Economía Social y Desarrollo N°1 - Diciembre 2022*

8. Carmenza R, Alvarez M, Ocampo M V, Tirado A F, Prevalencia de tamizaje positivo para depresion y ansiedad en gestantes de Alto riesgo obstétrico en una clínica de Medllin (Colombia), entre Enero y Agoto de 2013. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 2 • Abril-Junio 2015 • (94-102) DOI: http://dx.doi.org/10.18597/rcog.

9. Villanueva Bustamante J. et al., Factores de riesgo asociados a la recurrencia de preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2017 - 2018. Rev Peru Investig Matern Perinat 2020; 9(2):26-30. DOI https://doi.org/10.33421/inmp.2020202

10. Martinez J, Pereira M, Caracterización de las gestantes.de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia) 2015. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 452-460https://es.wikipedia.org/wiki/Guaqui

11. Julian R B, Preeclampsia con criterios de severidad en una Gestante atendida en el Hospital San Bartolome, Lima 2024. http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2603

12. Chavez D F, Eficiencia del Programa"Telesalud VMJ" al momento de satisfacer las necesidades para auto gestionar la salud de las gestantes y mamas lactantes de Lima. 2024. Universidad EAFIT Pontificia Universidad Católica del Perú. http://hdl.handle.net/20.500.12404/26897

13. Fuenzalida C, Javiera et al. **Evaluación de un modelo remoto de seguimiento de pacientes embarazadas y puérperas con infección por SARS-CoV-2.** *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2020, vol.85, suppl.1, pp.S35-S49. ISSN 0048-766X. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000700007

14. Chueke D. Prevalencia de la Telemedicina y la Telesalud en los Hospitales de America Latina.Telehealth and Medicine Today © 2023, **8**: 406 - http://dx.doi.org/10.30953/tmt.v8.383

ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento de recojo de datos

N°	Código	Fecha Nac	Estado civil	Peso	Talla	Nro de productos actual.	Teleintercon sultas o telemetrias.	Variables de presentación	Cesareas previas
1	RMQ	03/03/2002	.Soltera	80kg	1.40 mts	Unico o multiple	USD, MSV.	Podálica, transversa	SI
2	.. .	.. ..	….	… …	….	…….	….	…….	
3									

Anexo 2.

Cronograma

Fase preparatoria Marzo 2025 Abril 2025 junio 2025

Fase de trabajo de campo X

Fase de campo. Abril y mayo y junio

Fase analítica. Junio julio

Fase informativa Julio y agosto

Anexo 3.

Presupuesto.

Inversión propia.