

Conductas de salud durante el embarazo y antecedentes de muerte fetal: análisis comparativo Health Behaviors During Pregnancy and a History of Fetal Death: A Comparative Analysis Conduitas de Saúde Durante a Gravidez e Antecedentes de Morte Fetal: Uma Análise Comparativa

Palma-Vázquez, Shirley Abigail  0009-0003-6146-3236

Instituto de Formación Profesional en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE).
Cancún, Quintana Roo, México. Estudiante de licenciatura.
shirleyabigailp@gmail.com

López-Velázquez, Gemma Guadalupe  0009-0008-0941-5137

Instituto de Formación Profesional en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE).
Cancún, Quintana Roo, México. Estudiante de licenciatura.
gemmaelopvel@gmail.com

Huh-Cahum, Andrea Paola  0009-0000-5971-8170

Instituto de Formación Profesional en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE).
Cancún, Quintana Roo, México. Estudiante de licenciatura.
paolahuh111@gmail.com

***Catalán-Gómez, Carlos Alberto**  0000-0002-9970-4272

Instituto de Formación Profesional en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE).
Cancún, Quintana Roo, México. Doctor en Ciencias de Enfermería. *Autor corresponsal.
carloscg8@outlook.es

Sepulveda-Covarrubias, Maribel  0000-0003-3764-5219

Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería,
Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, México. Doctora en Desarrollo Humano.
sepcov@hotmail.com

Recibido: 14 de febrero de 2026. **Aceptado:** 14 de abril de 2026.



RESUMEN

Introducción. La muerte fetal constituye un problema de salud pública mundial, con implicaciones médicas, sociales y emocionales para mujeres y familias. En México, persiste como indicador sensible de la atención prenatal y del entorno socioeconómico. Los estilos de vida durante el embarazo, como alimentación, actividad física, consumo de sustancias y manejo del estrés.

Objetivo. Analizar comparativamente los estilos de vida y la atención prenatal entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal.

Metodología. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y comparativo en 35 mujeres embarazadas en Cancún, Quintana Roo. Se emplearon cuestionarios sobre estilos de vida y atención prenatal, aplicados mediante entrevistas estructuradas y análisis estadístico descriptivo.

Resultados. El grupo sin antecedentes 47.1 % con educación superior y 47.1 % en primer trimestre, el grupo con antecedentes 44.4 % media superior y 61.1 % en tercer trimestre. El consumo de alcohol (22.1 %) y tabaco (16.7 %) fue mayor en el grupo con antecedentes. Se identificaron asociaciones entre el trimestre de control en el grupo de antecedentes ($Fisher = 17.72, p < .05$) y el grupo con antecedentes ($Fisher = 32.15, p < .05$), en el grupo con antecedentes de muerte fetal. El consumo de alcohol ($Fisher = 18.48, p < .05$) y el tabaquismo ($Fisher = 16.91, p < .05$), el conocimiento en el grupo sin antecedentes ($Fisher = 19.84, p < .05$), y con antecedentes ($Fisher = 27.39, p < .05$).

Conclusión. Las mujeres con antecedente de muerte fetal presentaron mayor exposición a factores de riesgo conductuales y menor oportunidad en la atención prenatal.

Palabras clave: Salud Materna, Comportamiento de Salud, Muerte Fetal, Enfermería (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Fetal death is a global public health issue, with medical, social, and emotional implications for women and their families. In Mexico, it remains a sensitive indicator of prenatal care and socioeconomic conditions. Lifestyle behaviors during pregnancy, such as nutrition, physical activity, substance use, and stress management, influence perinatal outcomes.

Objective. Comparatively analyze lifestyles and prenatal care among women with and without a history of fetal death.

Methodology. A quantitative, descriptive, and comparative study was conducted with 35 pregnant women in Cancún, Quintana Roo. Questionnaires on lifestyle behaviors and prenatal care were administered through structured interviews, and descriptive statistical analyses were performed.

Results. In the group without a history of fetal death, 47.1 % had higher education and 47.1 % initiated prenatal care in the first trimester, whereas in the group with a history, 44.4 % had



a high school level of education and 61.1 % initiated prenatal care in the third trimester. Alcohol (22.1 %) and tobacco (16.7%) consumption was higher in the group with a history of fetal death. Significant associations were identified between the trimester of prenatal care in the group with a history ($Fisher = 17.72, p < .05$) and in the group with no history of fetal death ($Fisher = 32.15, p < .05$). Alcohol consumption ($Fisher = 18.48, p < .05$) and smoking ($Fisher = 16.91, p < .05$), and knowledge in both the group without a history ($Fisher = 19.84, p < .05$) and in the group with a history of fetal death ($Fisher = 27.39, p < .05$).

Conclusion. Women with a history of fetal death showed greater exposure to behavioral risk factors and reduced access to prenatal care.

Keywords: Maternal Health, Health Behavior, Fetal Death, Nursing (MeSH).

RESUMO

Introdução. A morte fetal é um problema de saúde pública global, com implicações médicas, sociais e emocionais para mulheres e suas famílias. No México, permanece como um indicador sensível dos cuidados pré-natais e das condições socioeconômicas. Estilos de vida durante a gestação, como alimentação, atividade física, consumo de substâncias e manejo do estresse, influenciam os desfechos perinatais.

Objetivo. Analisar comparativamente estilos de vida e cuidados pré-natais entre mulheres com e sem histórico de morte fetal para gerar evidências que fortaleçam estratégias de prevenção e cuidados materno-infantis.

Metodologia. Estudo quantitativo, descritivo e comparativo realizado com 35 gestantes em Cancún, Quintana Roo. Questionários sobre estilos de vida e cuidados pré-natais foram aplicados por meio de entrevistas estruturadas e análise estatística descritiva.

Resultados. Foi identificado que o grupo sem antecedentes apresentou maior escolaridade (47,1 % com ensino superior) e início precoce do controle prenatal (47,1 % no primeiro trimestre), enquanto o grupo com antecedentes mostrou escolaridade mais baixa (44,4 % com ensino médio) e controle tardio (61,1% no terceiro trimestre). O consumo de álcool e tabaco foi maior no grupo com antecedentes (22,1 % e 16,7 %, respectivamente). Foram identificadas associações significativas entre o trimestre de controle no grupo com antecedentes de morte fetal ($Fisher = 17,72, p < .05$) e no grupo sem antecedentes de morte fetal ($Fisher = 32,15, p < .05$). Também houve associações com o consumo de álcool ($Fisher = 18,48, p < .05$) e o tabagismo ($Fisher = 16,91, p < .05$), assim como com o conhecimento no grupo sem antecedentes de morte fetal ($Fisher = 19,84, p < .05$) e no grupo com antecedentes de morte fetal ($Fisher = 27,39, p < .05$).

Conclusão. Mulheres com histórico de morte fetal apresentam riscos comportamentais e cuidados pré-natais tardios, exigindo estratégias para promover estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Saúde Materna, Comportamento de Saúde, Morte Fetal, Enfermagem (DeCS).



Introducción

La muerte fetal constituye un problema de salud pública relevante a nivel mundial, con profundas implicaciones médicas, sociales y emocionales para las mujeres y sus familias. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2026), se estima que en el 2023 se presentaron alrededor de 1.9 millones de muertes fetales, la mayoría en países de ingresos medios y bajos, donde persisten desigualdades en el acceso a servicios de salud materna. En México, aunque se han logrado avances en la reducción de la mortalidad materna, la muerte fetal continúa siendo un indicador sensible de las condiciones de atención prenatal y del entorno socioeconómico (Secretaría de Salud [SS], 2015).

En este contexto, los estilos de vida durante el embarazo, incluyendo la alimentación, el consumo de sustancias, la actividad física, el manejo del estrés y la adherencia a controles médicos desempeñan un papel determinante en el desarrollo fetal y en los desenlaces perinatales (Blencowe *et al.*, 2016). Diversos estudios han señalado que factores como el tabaquismo, la obesidad, la mala nutrición y el acceso tardío o insuficiente a la atención prenatal se asocian significativamente con un mayor riesgo de muerte fetal (Flenady *et al.*, 2011; Jáquez *et al.*, 2026).

En México, particularmente en regiones con alta diversidad sociocultural como la Península de Yucatán, estos factores adquieren características específicas. En el estado de Quintana Roo y especialmente en zonas urbanas como Cancún, coexisten contrastes importantes entre población con acceso a servicios privados y comunidades con limitaciones en infraestructura sanitaria, lo que impacta directamente en la calidad y continuidad de la atención prenatal (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2021). Rodríguez-Angulo *et al.* (2023), han reportado que las barreras de acceso relacionadas con transporte, demoras en atención y falta de recursos se asocian con peor acceso efectivo a servicios de salud materna en zonas rurales, algo que puede extrapolarse a contextos similares de Quintana Roo. Asimismo, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señaló que existen factores como la migración interna, las condiciones laborales del sector turístico y las desigualdades socioeconómicas influyen en los estilos de vida de las mujeres embarazadas (CONAPO, 2024).

El antecedente de muerte fetal representa, además, un factor de riesgo importante en embarazos subsecuentes, no solo desde el punto de vista clínico, sino también en términos de salud mental, ansiedad y modificaciones en el comportamiento durante la gestación (Heazell *et al.*, 2016). Las mujeres con este antecedente pueden presentar mayor adherencia a la atención prenatal, pero también mayores niveles de estrés y conductas de riesgo asociadas a factores psicosociales (Camacho *et al.*, 2020). En contraste, aquellas sin antecedentes pueden subestimar ciertos riesgos, lo que repercute en la adopción de estilos de vida menos saludables.



En la región de Quintana Roo, la evidencia sobre la relación entre estilos de vida y antecedentes de muerte fetal es aún limitada, lo que resalta la necesidad de estudios comparativos que permitan identificar diferencias significativas entre estos grupos de mujeres (Unar-Munguía *et al.*, 2023). Dicho análisis resulta fundamental para el diseño de intervenciones focalizadas, culturalmente pertinentes y basadas en evidencia, que contribuyan a mejorar los resultados perinatales y reducir la incidencia de muerte fetal en contextos locales (Huerta *et al.*, 2017).

Por lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo analizar comparativamente los estilos de vida y la atención prenatal entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal en Cancún, Quintana Roo, con el fin de generar evidencia que fortalezca las estrategias de prevención y atención materno-infantil en la región.

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo con un enfoque descriptivo, comparativo y de alcance transversal, con el propósito de realizar un análisis preliminar de los estilos de vida y la atención prenatal en mujeres embarazadas con y sin antecedente de muerte fetal a través de un pilotaje. La población estuvo conformada por mujeres que acudieron a una institución de primer nivel de atención en Cancún, Quintana Roo, México, durante el periodo de recolección de datos del 12 de enero al 16 de febrero. Se seleccionó una muestra por conveniencia, que incluyó un total de 35 participantes, distribuidas en dos grupos, 17 mujeres sin antecedentes de muerte fetal y 18 mujeres con antecedentes de este desenlace perinatal.

Para formar parte del estudio, se consideraron los siguientes criterios: las participantes debían aceptar voluntariamente responder los cuestionarios y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos casos en los que la participación se viera afectada por dificultades relacionadas con el lenguaje, el razonamiento o la audición, como problemas para comprender el cuestionario o la imposibilidad de hablar el idioma del estudio. Se eliminaron aquellas participantes que decidieron retirarse del estudio y a aquellas que no quisieron responder el cuestionario completo.

Para la recolección de los datos se aplicó un instrumento cuantitativo cerrado en formato de encuesta, el cual fue administrado mediante entrevistas dirigidas realizadas por el investigador. Las entrevistas, en este caso, tuvieron como único propósito aplicar el cuestionario estructurado, en consonancia con el diseño cuantitativo y descriptivo del estudio. Antes de iniciar la aplicación del instrumento, se explicó a cada participante el propósito del estudio, asegurando que la información se utilizaría únicamente con fines académicos y garantizando la confidencialidad de los datos. Este procedimiento permitió resolver dudas y asegurar la correcta comprensión de cada reactivo, reduciendo posibles sesgos en las respuestas.



Se emplearon dos instrumentos. El primero fue una cédula de datos diseñada específicamente para el estudio, que recopiló información sobre variables obstétricas, así como antecedentes médicos y variables sintomáticas relevantes para el análisis. El segundo instrumento fue el cuestionario denominado “Estilos de vida en mujeres embarazadas”, basado en la tarjeta de puntuación de Reducción del Riesgo Reproductivo de Róterdam (R4U), desarrollado por Amber A. (2015). Este cuestionario evaluó los estilos de vida y los factores maternos asociados a la muerte fetal y está compuesto por 52 reactivos distribuidos en tres dimensiones, la primera, de ítems 1 a 29, evalúa variables sociodemográficas; la segunda, de ítems 30 a 47, analizó la atención prenatal; y la tercera, de ítems 48 a 52, incorporó el cuestionario APGAR familiar, que evaluó la percepción de la funcionalidad de la familia. El cuestionario reportó una fiabilidad de $\alpha = .80$.

Los datos obtenidos fueron organizados en una base de datos para su análisis estadístico mediante un programa de cómputo especializado. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para caracterizar a la población y métodos inferenciales para identificar diferencias significativas entre las mujeres con y sin antecedente de muerte fetal. Todo el proceso se llevó a cabo respetando los principios éticos de investigación en seres humanos enmarcados en la Ley General de Salud, se garantizó la confidencialidad de la información, la participación voluntaria y el anonimato de las participantes mediante la firma del consentimiento informado, bajo los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Asimismo, el estudio contó con autorización ética, aprobado y registrado con número 650IFEN2025.

Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos, estos fueron categorizados en dos grupos, aquellas mujeres que habían experimentado muerte fetal previa y las que no. Respecto al análisis de los factores sociodemográficos, se identificó que existían diferencias relevantes en las condiciones de vida entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal, las cuales podrían influir en la adopción de estilos de vida y en el acceso a la atención prenatal. En relación con la escolaridad, se observó una tendencia a mayores niveles educativos en el grupo sin antecedente, lo que podría favorecer una mejor comprensión de las recomendaciones de salud y una mayor capacidad para tomar decisiones informadas durante el embarazo. Por el contrario, en el grupo con antecedente se identificó una mayor concentración en niveles educativos más bajos, lo que podría representar una barrera para el acceso a información y servicios de salud.

Por otro lado, el estado civil, en ambos grupos predominó la presencia de pareja, lo que sugiere la existencia de redes de apoyo cercanas; sin embargo, este factor por sí solo no pareció ser determinante en la prevención de desenlaces adversos. En cuanto a la ocupación, se observó que



la mayoría de las mujeres se encuentra laboralmente activa, especialmente en el grupo con antecedente de muerte fetal, lo que podría implicar mayores cargas de trabajo y posibles limitaciones para el autocuidado y la asistencia regular a consultas médicas.

Tabla 1. Factores sociodemográficos.

	Sin muerte fetal previa		Muerte fetal previa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escolaridad				
Básica	3	17.6	5	27.8
Medio Superior	6	35.3	8	44.4
Superior	8	47.1	5	27.8
Estado civil				
Con pareja	13	76.5	14	77.8
Sin pareja	4	23.5	4	22.2
Ocupación				
Ama de casa	4	23.5	5	27.8
Estudiante	4	23.5	1	5.5
Empleada	9	53.0	12	66.7

Nota. *f* = frecuencia, % = Porcentaje.

El análisis del control prenatal y las variables asociadas permitió identificar diferencias importantes en los patrones de cuidado entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal. Se observó que las mujeres sin antecedente tienden a incorporarse de manera más oportuna a los servicios de salud, lo que sugiere una mayor adherencia a las recomendaciones médicas desde etapas tempranas del embarazo. En contraste, en el grupo con antecedentes de muerte fetal, se identificó una tendencia a iniciar el seguimiento prenatal en etapas más avanzadas, principalmente debido a factores personales y de su pareja. Esto podría dificultar la detección temprana de riesgos y la implementación oportuna de intervenciones preventivas.

En relación con el estilo de vida, en ambos grupos predominaron conductas no saludables, lo que subraya la urgente necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud durante el

embarazo. En este sentido, el grupo con antecedentes de muerte fetal muestra una mayor exposición a factores de riesgo conductuales, especialmente en lo relacionado con el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas. Estos hábitos podrían tener un impacto negativo en los desenlaces perinatales, aumentando el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé.

El nivel de conocimiento sobre los cuidados durante el embarazo no presentó diferencias marcadas entre los grupos, lo que sugiere que el conocimiento por sí mismo no fue suficiente para garantizar la adopción de prácticas saludables. Esto resaltó la importancia de implementar intervenciones integrales que no solo informen, sino que también favorezcan cambios conductuales sostenidos en las mujeres embarazadas.

Tabla 2. Control prenatal.

	Sin muerte fetal previa		Muerte fetal previa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Trimestre de control				
1	8	47.1	4	22.2
2	6	35.3	3	16.7
3	3	17.6	11	61.1
Estilo de vida				
Adecuado	8	47.1	8	44.4
Inadecuado	9	52.9	10	55.6
Consumo de sustancias				
Alcohol	1	5.9	4	22.2
Drogas	-	-	1	5.5
Tabaco	1	5.9	3	16.7
No consume	15	88.2	10	55.6
Conocimiento sobre cuidados				
Desconoce	8	47.1	8	44.4
Conoce	9	52.9	10	55.6

Nota. *f* = frecuencia, % = Porcentaje.

El análisis de las asociaciones entre las variables sociodemográficas y de comportamiento con el estilo de vida durante el embarazo reveló patrones diferenciados entre las mujeres con y sin antecedentes de muerte fetal. En cuanto al estado civil, los resultados no mostraron una asociación significativa con el estilo de vida en ninguno de los grupos. Las mujeres sin antecedentes de muerte fetal (*Fisher* = .13, *p* > .89) y para aquellas con antecedentes de muerte fetal (*Fisher* = .18, *p* > .87) sugirieron que la presencia de pareja no tenía un impacto determinante en los hábitos saludables



durante el embarazo. Esto podría implicar que otros factores, como el apoyo emocional y social, juegan un papel más importante que el estado civil.

Con respecto a la escolaridad, no se encontró una relación significativa entre el nivel educativo y el estilo de vida en el grupo sin antecedentes de muerte fetal ($Fisher = .89, p > .71$). No obstante, en el grupo con antecedentes de muerte fetal ($Fisher = 9.50, p < .12$), sugirió una posible tendencia hacia una influencia del nivel educativo en los comportamientos de salud. Esto podría indicar que el nivel educativo podría tener un papel moderador en la adopción de conductas saludables, pero no se consideró un factor decisivo en todos los casos.

El trimestre de inicio del control prenatal mostró una asociación significativa con el estilo de vida en ambos grupos. En el grupo sin antecedentes de muerte fetal ($Fisher = 17.72, p < .04$) y en el grupo con antecedentes de muerte fetal ($Fisher = 32.15, p < .03$), estos resultados subrayan la importancia de iniciar el control prenatal en etapas tempranas del embarazo para promover mejores prácticas de salud y prevenir complicaciones. La atención prenatal oportuna es crucial no solo para la vigilancia clínica, sino también para fomentar cambios de comportamiento que puedan reducir los riesgos perinatales.

El consumo de alcohol y tabaco se mostró como una variable importante en la asociación con el estilo de vida, especialmente en el grupo con antecedentes de muerte fetal. En este grupo, el consumo de alcohol ($Fisher = 18.48, p < .04$), y el tabaquismo ($Fisher = 16.91, p < .04$), fueron factores de riesgo relevantes. Las asociaciones significativas sugieren la necesidad de intervenciones preventivas focalizadas en reducir el consumo de estas sustancias, ya que pueden tener un impacto negativo en los desenlaces perinatales. En cambio, en el grupo sin antecedentes de muerte fetal, las asociaciones no fueron significativas, lo que podría reflejar la menor prevalencia de estos comportamientos de riesgo.

En este sentido, el conocimiento sobre los cuidados durante el embarazo también se asoció de manera significativa con el estilo de vida en ambos grupos, lo que resaltó la importancia de la educación prenatal, en ambos grupos se encontraron asociaciones significativas, el grupo sin antecedentes ($Fisher = 19.84, p < .03$) y el grupo con antecedentes ($Fisher = 27.39, p < .02$), lo que sugirió que un mayor conocimiento sobre el cuidado prenatal está relacionado con una mejor adopción de prácticas saludables.

**Tabla 3.** Asociación de variables con el estilo de vida.

	Sin muerte fetal previa		Muerte fetal previa	
	<i>Fisher</i>	<i>p</i>	<i>Fisher</i>	<i>p</i>
Estado civil	.13	.89	.18	.87
Escolaridad	.89	.71	9.50	.12
Trimestre de control	17.72	.04	32.15	.03
Alcohol	.56	.79	18.48	.04
Tabaco	.73	.60	16.91	.04
Conocimiento	19.84	.03	27.39	.02

Nota. *Fisher* = prueba estadística, *p* = valor de significancia, 2026.

Discusión

Los resultados de este estudio mostraron diferencias sociodemográficas y conductuales relevantes entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal, lo que concuerda con hallazgos recientes que destacan la importancia de los determinantes sociales de salud en los desenlaces perinatales. En particular, las mujeres sin antecedente de muerte fetal presentaron mayores niveles de escolaridad, lo cual podría facilitar la comprensión de recomendaciones de salud y la toma de decisiones informadas durante el embarazo. Estudios actuales han encontrado que mayores niveles educativos se asocian con comportamientos de salud más favorables y mejor utilización de servicios prenatales (Misu, 2025; Rahman *et al.*, 2024).

La educación no solo incrementaba el conocimiento, sino que también influía en la capacidad de navegación dentro del sistema de salud, un factor clave para la adherencia al control prenatal oportuno. Este resultado coincide con lo identificado por Jácquez *et al.* (2026), quienes identificaron que la educación en salud materna sí predice la adherencia al control prenatal. En relación con esto, Say *et al.* (2014), describen que mejorar los sistemas de información es clave para diseñar estrategias efectivas en salud de la mujer durante el embarazo, refiriendo que el problema es más de acceso y calidad de atención que de falta de conocimiento médico.

Aunque en ambos grupos prevaleció el estado civil con pareja, las participantes con antecedentes sugirieron que sus parejas influyeron en la decisión de iniciar tardíamente su control, en relación con esto Cohen *et al.* (2016), encontraron que la presencia de una pareja no garantiza necesariamente apoyo emocional o instrumental suficiente para influir en prácticas saludables durante el embarazo. Este resultado es consistente con lo reportado por Menkes y Sosa (2025), reportando que las reacciones de la



pareja pueden incluir rechazo, ambivalencia o ausencia, lo que confirma que tener pareja no garantiza apoyo positivo durante el embarazo. Esto es consistente con los resultados del análisis estadístico donde el estado civil no mostró asociación significativa con estilos de vida saludables.

Por el contrario, factores como la escolaridad y el inicio tempranamente del control prenatal se asociaron significativamente con estilos de vida más saludables, lo cual fue respaldado por estudios que señalan la atención prenatal temprana como un predictor de mejores desenlaces perinatales al permitir la detección y manejo oportuno de riesgos (Hooper *et al.*, 2025; Hüge *et al.*, 2021). Esto es reforzado por lo descrito por Bogdan *et al.* (2025), la educación materna desempeña un papel fundamental en la configuración de los resultados del embarazo, más allá de la disponibilidad de atención prenatal.

El comportamiento relacionado con el estilo de vida en ambos grupos reflejó una alta prevalencia de conductas no saludables, con mayor exposición a consumo de sustancias en mujeres con antecedentes de muerte fetal (Mulatu *et al.*, 2025). La evidencia científica reciente resaltó que el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, incluyendo muerte fetal, bajo peso al nacer y parto prematuro (Colom *et al.*, 2021; Lange *et al.*, 2020).

Lo anterior se relaciona con lo reportado por Palomo *et al.* (2024), el estudio encontró que el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo estuvo relacionado con desenlaces obstétricos adversos, siendo el bajo peso al nacer la consecuencia desfavorable más frecuente entre los neonatos de madres que consumieron estas sustancias durante la gestación. Estos factores de riesgo conductuales representan puntos críticos de intervención, especialmente en grupos vulnerables con menor nivel educativo o acceso limitado a servicios de salud.

Aunque el nivel de conocimiento sobre cuidados durante el embarazo no mostró diferencias marcadas entre los grupos, esto apoya la idea de que el solo conocimiento no es suficiente para inducir un cambio de comportamiento. En relación con esto, Jácquez *et al.* (2026), identificaron que las mujeres con educación prenatal formal tenían alto nivel de conocimiento, pero la adherencia a hábitos como ejercicio, dieta equilibrada y abandono de hábitos de riesgo no fue significativamente mayor, reforzando que el conocimiento por sí mismo no garantiza cambio de comportamiento. O'Connor *et al.*, (2025) señalan que las intervenciones que combinan información con apoyo conductual estructurado y estrategias de empoderamiento tienden a ser más efectivas.

El análisis comparativo entre los grupos con y sin antecedentes de muerte fetal mostró que ambos presentaron un estilo de vida insuficiente, caracterizado por una nutrición deficiente, sedentarismo, consumo de sustancias nocivas y una atención prenatal inadecuada. Estos hallazgos coinciden con estudios recientes que indican que factores como el estrés y la falta de hábitos saludables aumentan



significativamente el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluida la muerte fetal (Jácquez *et al.*, 2026; NIH, 2023).

La literatura sugiere que la adopción de un estilo de vida saludable, que incluya una dieta balanceada, ejercicio moderado y el abandono de hábitos perjudiciales, es crucial para la prevención de complicaciones graves (Figuroa-Oliva *et al.*, 2021; Jácquez *et al.*, 2025). En este sentido, la intervención temprana y la educación sobre cuidados prenatales son fundamentales para reducir el riesgo de muerte fetal en ambos grupos.

Limitaciones

El tamaño reducido de la muestra limita la potencia estadística y la capacidad para realizar análisis inferenciales robustos, por lo que los resultados no deben generalizarse a la población de mujeres embarazadas en Cancún. Además, al ser un muestreo no probabilístico en una sola institución, los resultados deben de tomarse con reserva, debido a las características específicas de esa población. Sin embargo, los hallazgos representan conocimiento válido en la muestra seleccionada y puede considerarse como un antecedente que fortalezca trabajos o proyectos de intervención en estas poblaciones. Se recomienda considerar este estudio como preliminar, y futuras investigaciones con muestras más grandes y representativas podrían fortalecer estos hallazgos.

Conclusión

El análisis comparativo de los estilos de vida y la atención prenatal entre mujeres con y sin antecedente de muerte fetal en Cancún, Quintana Roo, mostró diferencias significativas. Las mujeres sin antecedente de muerte fetal tienden a iniciar el control prenatal de manera más temprana y presentaron mayores niveles de escolaridad, lo que favoreció en la adopción de conductas de autocuidado más saludables. Por el contrario, las mujeres con antecedente de muerte fetal presentan un inicio tardío del control prenatal, menor nivel educativo y mayor exposición a factores de riesgo conductuales, especialmente el consumo de alcohol y tabaco, lo que podría contribuir a desenlaces perinatales adversos.

Asimismo, aunque el conocimiento sobre cuidados durante el embarazo fue similar en ambos grupos, los resultados indican que solo la información no garantiza cambios de comportamiento; es necesario un enfoque integral que combine educación, seguimiento médico oportuno y estrategias de promoción de estilos de vida saludables. Estos hallazgos permiten concluir que tanto los determinantes sociales como los hábitos conductuales son factores clave que diferencian los estilos de vida y la atención prenatal en mujeres con y sin antecedente de muerte fetal en esta región.



Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiese dañar a las participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a las participantes del estudio.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. La presente investigación no contó con ningún tipo de financiamiento.

Referencias

- Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F. B., Say, L., Chou, D., Mathers, C., Hogan, D., Shiekh, S., Qureshi, Z. U., You, D., Lawn, J. E. & The Lancet Stillbirth Epidemiology Investigator Group. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 4(2), e98–e108. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2)
- Buciu, V. B., Șerban, D. M., Olariu, S., Novacescu, D., Cîtu, C., Ciurescu, S., Tomescu, L., Rațiu, A. C., Sas, I., Ionac, M. & Chiriac, V. D. (2025). The impact of maternal education on neonatal outcomes in preeclamptic pregnancies from low-resource settings. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 3937, 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm14113937>
- Camacho Ávila, M., Fernández Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Hernández Sánchez, E. & Fernández-Sola, C. (2020). Parents' experiences about support following stillbirth and neonatal death. *Advances in Neonatal Care*, 20(2), 151–160. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000703>
- Cohen, K., Capponi, S., Nyamukapa, M., Baxter, J., Crawford, A. & Worly, B. (2016). Partner involvement during pregnancy and maternal health behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2291–2298. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2048-3>
- Colom, J., Segura-García, L., Bastons-Compta, A., Astals, M., Andreu-Fernandez, V., Barcons, N., Vidal, R., Ibar, A. I., Fumadó, V., Gómez, N., Russiñol, A. & Garcia-Algar, O. (2021). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders (FASD) among children adopted from Eastern European countries: Russia and Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1388, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041388>
- Consejo Nacional de Población. (01 de septiembre de 2024). *La situación demográfica de México 2024*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2024>



- Figuerola-Oliva, D. A., Negrin-García, V. A. & Garcell-Fernández, E. T. (2021). Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(5), e5051, 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n5/1561-3194-rpr-25-05-e5051.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Marzo 2026). Stillbirth. *UNICEF Data*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/#data>
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R. & Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1331–1340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)
- Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Toyin Saraki, H. E., Storey, C., Wojcieszek, A. M., Downe, S., for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group con The Lancet Ending Preventable Stillbirths Investigator Group. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604–616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Hooper, E., Mechkaroff, O., Uptis, A., Schofield, E., Carland, J. E. & Henry, A. (2025). The effectiveness of antenatal education on improving labour and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 38(1), 101843. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101843>
- Huerta Jiménez, O., Pérez Silva, S., De Jesús García, A., Jiménez Báez, M. V. & Sandoval Jurado, L. (2017). Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. *Revista CONAMED*, 22(1), 5–10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con171b.pdf>
- Hug, L., You, D., Blencowe, H., Mishra, A., Wang, Z., Fix, M. J., Wakefield, J., Moran, A. C., Gaigbe-Togbe, V., Suzuki, E., Blau, D. M., Cousens, S., Creanga, A., Croft, T., Hill, K., Joseph, K. S., Maswime, S., McClure, E. M., Pattinson, R., Pedersen, J., Smith, L. K., Zeitlin, J., Alkema, L. como miembros de UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation & Core Stillbirth Estimation Group. (2021). Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: A systematic assessment. *The Lancet*, 398(10302), 772–785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01112-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01112-0)
- Jáquez Sáenz, D. A., Amaro Hinojosa, M. D., Jiménez Vázquez, V., Orozco Gómez, C. & Paredes Morín, C. G. (2025). Factores de riesgo en la muerte perinatal: Revisión sistemática de la literatura. *Sanus*, 10, e517, 1-18. <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/517/588>
- Jáquez Sáenz, D. A., Amaro Hinojosa, M. D., Torres Obregón, R., Orozco Gómez, C. & Jiménez Vazquez, V. (2026). Alfabetización en salud y empoderamiento prenatal como predictores de la Adherencia al Control Prenatal. *Horizonte Sanitario*, 25(1), e6168, 1-16. <https://doi.org/10.19136/hs.a25n1.6168>



- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L. & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948–956. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>
- Menkes-Bancet, C., & Sosa-Sánchez, I. A. (2025). Reacciones de la familia y la pareja ante el embarazo adolescente en México. *Sociológica*, 40(111), 143–165. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732025000100143
- Misu, F., Gasbarro, D. & Alam, K. (2025). Inequality in utilization of maternal healthcare services in low- and middle-income countries: A scoping review of the literature. *Maternal and Child Health Journal*, 29, 741–766. <https://doi.org/10.1007/s10995-025-04111-9>
- Mulatu, S., Mekonnen, G. B., Tsehay, Y. T., Mamo, S. T., Mulatu, G., Messelu, M. A., Adal, O., Belayneh, A. G., Belay, A. E., Netsere, H. B., & Tazeb, W. (2025). Early antenatal care (ANC) booking and associated factors among pregnant women attending ANC services at public health facilities in Bahir Dar City Administration, Northwestern Ethiopia, 2023: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 1255, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08450-x>
- National Institute of Child Health and Human Development, Oficina de Comunicaciones. (11 de agosto de 2023). ¿Cuáles son los factores de riesgo de la mortinatalidad? *National Institute of Child Health and Human Development*. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/stillbirth/informacion/riesgo>
- O'Connor, H., Meloncelli, N., Wilkinson, S. A., Scott, A. M., Vincze, L., Rushton, A., Dawson, S., Hollis, J., Whiteoak, B., Gauci, S. & de Jersey, S. (2025). Effective dietary interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of behavior change techniques to promote healthy eating. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 112, 1-31. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07185-z>
- Palomo García, M., Álvarez Villalobos, N. A. & Feria Sosa, A. L. (2024). Asociación entre el grado de consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas y el desenlace obstétrico adverso. *Ginecología y Obstetricia de México*, 92(8), 326–340. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i8.9573>
- Pandey, S. & Karki, S. (2014). Socio-economic and demographic determinants of antenatal care services utilization in central Nepal. *International Journal of MCH and AIDS*, 2(2), 212–219. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4948147/>
- Rahman, M. A., Islam, M. A., Tohan, M. M., Muhibullah, S. M., Rahman, M. S. & Howlader, M. H. (2024). Socioeconomic inequalities in utilizing maternal health care in five South Asian countries: A decomposition analysis. *PLoS ONE*, 19(2), e0296762, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296762>
- Rodríguez-Angulo, E. M., Oliva-Peña, Y. & Andueza-Pech, G. (2023). Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: Una mirada con perspectiva de género. *CienciaUAT*, 17(2), 52–67.



<https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i2.1719>

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M. & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323–e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

Secretaría de Salud. (29 de septiembre de 2015). *Programa de salud materna y perinatal*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>

Unar-Munguía, M., Hubert, C., Bonvecchio Arenas, A. & Vázquez-Salas, R. A. (2023). Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Pública de México*, 65(suplemento 1), s55–s64. <https://doi.org/10.21149/14796>