



**Recibido:** 2026-06-08

**Aceptado:** 2026-06-18

**Publicado:** 2026-07-08

## **Prácticas de autocuidado y riesgo cardiometabólico en gestantes del primer nivel de atención**

## **Self-care practices and cardiometabolic risk in pregnant women in primary health care**

### **Autores**

**Michael Steven Sanchez Zhuma<sup>1</sup>**

Estudiante, Carrera de Enfermería

<https://orcid.org/0009-0005-0008-3656>

[msanchez33@utmachala.edu.ec](mailto:msanchez33@utmachala.edu.ec)

**Universidad Técnica de Machala**

Machala - Ecuador

**Ronny Brando Loayza Bustamante<sup>2</sup>**

Estudiante, Carrera de Enfermería

<https://orcid.org/0009-0000-7616-2565>

[rloayza3@utmachala.edu.ec](mailto:rloayza3@utmachala.edu.ec)

**Universidad Técnica de Machala**

Machala - Ecuador

**Carmen Liliana Paccha Tamay<sup>3</sup>**

Licenciada en Enfermería, Magíster en Salud Pública

<https://orcid.org/0000-0002-7323-2764>

[cpaccha@utmachala.edu.ec](mailto:cpaccha@utmachala.edu.ec)

**Universidad Técnica de Machala**

Machala - Ecuador



## Resumen

Describir las prácticas de autocuidado y los antecedentes vinculados al riesgo cardiometabólico en gestantes atendidas en el primer nivel de atención. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal en 122 gestantes en tercer trimestre que acudieron al control prenatal en el Centro de Salud Tipo C Velasco Ibarra, Machala, Ecuador, durante enero-marzo de 2026. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre características sociodemográficas, antecedentes patológicos personales, barreras y prácticas de autocuidado en alimentación, actividad física, control prenatal, sueño, salud mental y consumo de sustancias. La validez de contenido fue revisada por expertos y la confiabilidad interna alcanzó un alfa de Cronbach de 0,85. Los datos se analizaron mediante frecuencias y porcentajes en SPSS versión 26. Predominó el grupo de 23 a 29 años (46,7 %), el nivel educativo bachillerato (42,6 %) y la ocupación ama de casa (59,0 %). Los antecedentes más frecuentes fueron obesidad (28,7 %), colesterol o triglicéridos elevados (23,8 %), diabetes mellitus tipo 2 (10,7 %) e hipertensión arterial crónica (9,0 %). El autocuidado general fue bajo en 54,9 % de las gestantes. Las dimensiones con mayor proporción desfavorable fueron consumo de sustancias nocivas (86,9 %), sueño y descanso (78,7 %) y salud mental y manejo del estrés (76,2 %). Las prácticas insuficientes de autocuidado y la presencia de antecedentes cardiometabólicos evidencian la necesidad de fortalecer la educación prenatal, la consejería individualizada, la adherencia al control y las intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Embarazo; autocuidado; riesgo cardiometabólico; gestantes; atención primaria de salud; control prenatal.

## Abstrac

To describe self-care practices and history linked to cardiometabolic risk in pregnant women attended in primary health care. A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study was conducted with 122 third-trimester pregnant women who attended prenatal care at the Velasco Ibarra Type C Health Center, Machala, Ecuador, from January to March 2026. A structured questionnaire collected sociodemographic characteristics, personal pathological history, barriers, and self-care practices related to nutrition, physical activity, prenatal care, sleep, mental health, and substance use. Content validity was reviewed by experts, and internal consistency reached a Cronbach alpha of 0.85. Data were analyzed using frequencies and percentages in SPSS version 26. The predominant age group was 23 to 29 years (46.7%), high school was the most frequent educational level (42.6%), and homemaker was the main occupation (59.0%). The most common pathological antecedents were obesity (28.7%), elevated cholesterol or triglycerides (23.8%), type 2 diabetes mellitus (10.7%), and chronic arterial hypertension (9.0%). Overall self-care was low in 54.9% of pregnant women. The most unfavorable dimensions were harmful substance use (86.9%), sleep and rest (78.7%), and mental health and stress management (76.2%). Insufficient selfcare practices and the presence of cardiometabolic antecedents show the need to strengthen prenatal education, individualized counseling, adherence to follow-up, and preventive interventions from the primary health care level.

**Keywords:** Pregnancy; self-care; cardiometabolic risk; pregnant women; primary health care; prenatal care.

## Introducción

El autocuidado se entiende como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, reconocer síntomas y afrontar problemas de salud, con o sin el apoyo de profesionales sanitarios (Muñoz et al. 2024). En el contexto del embarazo, alude al conjunto de decisiones y prácticas orientadas a preservar la vida, la salud y el bienestar tanto de la gestante como del feto (Ulloa et al. 2024).

El embarazo impacta la salud y el bienestar de la mujer, debido a que la transición a la maternidad implica cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y biomecánicos que pueden convertir este periodo en una fuente de estrés, con repercusiones en el estado físico y mental, Rezaei et al. (2025). La Organización Mundial de la Salud recomienda que durante los controles prenatales se indague sobre comportamientos de salud, dieta saludable, actividad física, ingesta de suplementos alimenticios y uso de sustancias antes y durante el embarazo (Prabhakar et al. 2024)

Durante la gestación se evidencian factores de riesgo vinculados con el peso corporal, los estilos de vida y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que puede favorecer diabetes gestacional, hipertensión arterial, preeclampsia y otras complicaciones con repercusión materna y fetal (Ponce et al. 2023).

En este sentido, Nguyen et al. (2022) identificaron que solo el 13 % de las mujeres embarazadas realizaba ejercicio físico con frecuencia; el 40 % consumía suficiente fibra y cinco porciones de verduras al día; el 78,7 % evitaba el alcohol; el 53,9 % permanecía en ambientes libres de humo; el 71,7 % prevenía el uso de medicina tradicional; y el 66 % acudía con frecuencia a controles prenatales.

Las barreras para el autocuidado durante la gestación incluyen falta de conocimientos, estilos de vida poco saludables, limitaciones económicas y dificultades para manejar el estrés. En gestantes con hipertensión arterial Rachmawati et al. (2024) encontraron que el 54 % conocía la patología, pero ninguna participante estaba familiarizada con las prácticas de autocuidado necesarias para afrontarla.

El riesgo cardiometabólico durante el embarazo se relaciona con dieta de baja calidad, inactividad física, consumo de tabaco e ingesta de alcohol. Estos factores incrementan la



probabilidad de hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional y preeclampsia, y en el feto se asocian con nacimiento por cesárea, macrosomía, muerte fetal, mortalidad infantil y mayor riesgo de enfermedades metabólicas en etapas posteriores de la vida. McLaughlin et al. (2025) refirieron que el 61,6 % de gestantes presentaba al menos un factor de riesgo cardiometabólico pregestacional, mientras que el 14,8 % tenía dos o más factores y solo el 38,4 % contaba con salud cardiometabólica óptima. En consecuencia, el objetivo del estudio fue describir las prácticas de autocuidado y los antecedentes vinculados al riesgo cardiometabólico en gestantes atendidas en el primer nivel de atención.

## Metodología

Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. La investigación se realizó en el Centro de Salud Tipo C Velasco Ibarra, ubicado en Machala, provincia de El Oro, Ecuador, durante enero-marzo de 2026.

La población estuvo conformada por gestantes que acudieron a control prenatal durante el tercer trimestre. La muestra quedó integrada por 122 gestantes, estimada mediante fórmula para estudios de prevalencia con nivel de confianza del 95 % y error absoluto del 5 %. Se incluyeron mujeres mayores de 16 años, con gestación única confirmada clínica o ecográficamente, edad gestacional entre 28 y 42 semanas, al menos dos controles prenatales registrados y capacidad para otorgar consentimiento informado. Se excluyeron gestantes con cardiopatía congénita o adquirida previa conocida, enfermedades oncológicas activas u otras condiciones graves que limitaran la participación o modificaran sustancialmente las prácticas de autocuidado.

Para medir las prácticas de autocuidado se utilizó un cuestionario estructurado, autoaplicado o administrado mediante entrevista, construido a partir de la revisión de instrumentos previos sobre autocuidado, conductas nutricionales, hábitos dietéticos en gestantes y prácticas preventivas durante el embarazo. El instrumento incluyó seis secciones: datos sociodemográficos, obstétricos y antecedentes patológicos personales; alimentación y nutrición; actividad física y control de peso; control prenatal y adherencia terapéutica; sueño, descanso, salud mental y manejo del estrés; y consumo de sustancias nocivas.

La validez de contenido fue revisada por un panel de expertos. La confiabilidad interna del instrumento alcanzó un alfa de Cronbach de 0,85 valor considerado adecuado para estudios de naturaleza descriptiva. Las prácticas de autocuidado se clasificaron en niveles favorable y desfavorable por dimensión, y en nivel general bajo, moderado y alto de acuerdo con los puntos de corte definidos por el instrumento.

La información se procesó en SPSS versión 26. Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Debido al alcance descriptivo del estudio, no se realizaron inferencias causales ni se interpretaron asociaciones como determinantes.



Durante el proceso investigativo se garantizó la confidencialidad de la información, el uso académico de los datos y el respeto a los principios éticos aplicables a investigaciones con seres humanos. Las participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio y su participación voluntaria mediante consentimiento informado.

## Resultados y discusión

La población de estudio estuvo constituida por 122 gestantes atendidas en el primer nivel de atención. La caracterización sociodemográfica se presenta en la Tabla 1. Este perfil permite contextualizar las prácticas de autocuidado desde una perspectiva social y sanitaria, debido a que la edad, la escolaridad, el estado civil y la ocupación pueden influir en la comprensión de las recomendaciones prenatales, la disponibilidad de tiempo y la capacidad para sostener hábitos saludables durante la gestación.

**Tabla 1.**

*Caracterización sociodemográfica de las gestantes*

| Variable        | Categoría    | n  | %    |
|-----------------|--------------|----|------|
| Grupo de edad   | 16-22 años   | 35 | 28,7 |
|                 | 23-29 años   | 57 | 46,7 |
|                 | 30-36 años   | 24 | 19,7 |
|                 | 37-43 años   | 6  | 4,9  |
| Estado civil    | Soltera      | 25 | 20,5 |
|                 | Casada       | 33 | 27,0 |
|                 | Unión libre  | 30 | 24,6 |
|                 | Separada     | 33 | 27,0 |
|                 | Divorciada   | 1  | 0,8  |
| Nivel educativo | Ninguno      | 1  | 0,8  |
|                 | Básica       | 4  | 3,3  |
|                 | Bachillerato | 52 | 42,6 |
|                 | Técnico      | 34 | 27,9 |
|                 | Superior     | 28 | 23,0 |
|                 | Posgrado     | 3  | 2,5  |
| Ocupación       | Ama de casa  | 72 | 59,0 |
|                 | Profesional  | 16 | 13,1 |
|                 | Estudiante   | 14 | 11,5 |
|                 | Comerciante  | 20 | 16,4 |

**Nota:** n = 122. Los porcentajes se presentan con un decimal.

El grupo de edad predominante fue de 23 a 29 años (46,7 %), seguido de 16 a 22 años (28,7 %). En el estado civil, las categorías con mayor frecuencia fueron casada y separada, ambas con 27,0 %. El nivel educativo se concentró en bachillerato (42,6 %) y formación técnica (27,9 %). La ocupación predominante fue ama de casa (59,0 %), seguida de comerciante (16,4 %). Estos resultados son comparables con investigaciones recientes que describen predominio de gestantes jóvenes y adultas jóvenes en servicios prenatales, como los



estudios de Pachón et al. (2025) y Abera et al. (2025). El predominio de bachillerato y de actividades domésticas también se aproxima a lo reportado por Acosta et al. (2023), Gani et al. (2025) y Simbar et al. (2023), lo que sugiere que las intervenciones educativas deben emplear mensajes claros, prácticos y ajustados a las condiciones cotidianas de las gestantes. Asimismo, la distribución del estado civil muestra la necesidad de valorar el apoyo familiar y social, debido a que la presencia o ausencia de redes puede condicionar la adherencia al control prenatal y la continuidad de las prácticas de autocuidado.

**Tabla 2**

*Antecedentes patológicos personales asociados al riesgo cardiometabólico*

| <b>Antecedente patológico personal</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------------|----------|----------|
| Hipertensión arterial crónica          | 11       | 9,0      |
| Diabetes mellitus tipo 2               | 13       | 10,7     |
| Obesidad                               | 35       | 28,7     |
| Colesterol o triglicéridos elevados    | 29       | 23,8     |
| Ninguno                                | 34       | 27,9     |
| Total                                  | 122      | 100,0    |

**Nota:** Los antecedentes fueron reportados por las gestantes al momento de la recolección de datos.

Respecto a los antecedentes patológicos personales, la obesidad fue el antecedente más frecuente (28,7 %), seguida de colesterol o triglicéridos elevados (23,8 %), diabetes mellitus tipo 2 (10,7 %) e hipertensión arterial crónica (9,0 %). El 27,9 % reportó no presentar antecedentes patológicos personales; este resultado es consistente con investigaciones recientes que evidencian elevada carga de exceso de peso en gestantes. Arcos et al. (2024) reportaron prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad del 34,4 %, mientras que Bayona et al. (2025) identificaron el sobrepeso como condición frecuente. Asimismo, Álvarez et al. (2023) y Klare et al. (2024) describieron la obesidad como comorbilidad relevante durante la gestación.

**Tabla 3**

*Nivel desfavorable y favorable de autocuidado por dimensiones en gestantes*

| <b>Dimensión de autocuidado</b>    | <b>Desfavorable</b> |          | <b>Favorable</b> |          |
|------------------------------------|---------------------|----------|------------------|----------|
|                                    | <b>n</b>            | <b>%</b> | <b>n</b>         | <b>%</b> |
| Alimentación y nutrición           | 45                  | 36,9     | 77               | 63,1     |
| Actividad física y control de peso | 66                  | 54,1     | 56               | 45,9     |



|                                           |     |      |    |      |
|-------------------------------------------|-----|------|----|------|
| Control prenatal y adherencia terapéutica | 75  | 61,5 | 47 | 38,5 |
| Sueño y descanso                          | 96  | 78,7 | 26 | 21,3 |
| Salud mental y manejo del estrés          | 93  | 76,2 | 29 | 23,8 |
| Consumo de sustancias nocivas             | 106 | 86,9 | 16 | 13,1 |

**Nota:** Elaboración propia

En la mayoría de dimensiones evaluadas predominaron niveles desfavorables de autocuidado en gestantes. Las mayores proporciones correspondieron al consumo de sustancias nocivas (86,9 %), sueño y descanso (78,7 %) y salud mental y manejo del estrés (76,2 %). La única dimensión favorable fue alimentación y nutrición (63,1 %), coincidiendo con Bittar & Esperanza (2025) y Chafloque et al. (2023), quienes reportaron prácticas alimentarias aceptables y ganancia de peso adecuada.

La actividad física y control de peso fue desfavorable en 54,1 %, similar a Rebolledo et al. (2023), quienes evidenciaron alta inactividad. El control prenatal y la adherencia terapéutica también resultaron deficientes (61,5 %), asociado con baja asistencia y continuidad del seguimiento prenatal. Asimismo, las alteraciones del sueño y el estrés coinciden con estudios recientes. Finalmente, el alto porcentaje desfavorable en consumo de sustancias refleja conductas de riesgo o insuficiente prevención durante el embarazo.

**Tabla 4**

*Distribución del nivel general de autocuidado en gestantes*

| Nivel de autocuidado | n   | %     |
|----------------------|-----|-------|
| Bajo                 | 67  | 54,9  |
| Moderado             | 8   | 6,6   |
| Alto                 | 47  | 38,5  |
| Total                | 122 | 100,0 |

**Nota:** Elaboración propia

El nivel general de autocuidado predominante fue bajo, con 67 casos equivalentes al 54,9 %. El nivel alto se observó en 47 gestantes (38,5 %), mientras que el nivel moderado registró la menor frecuencia, con 8 gestantes (6,6 %). Este resultado sintetiza la tendencia observada por dimensiones y refleja una limitada incorporación de conductas protectoras durante el embarazo. La proporción de autocuidado bajo es concordante con AmbuludíChamba et al. (2025) y Sherif et al. (2025), quienes también informaron prácticas insuficientes de autocuidado en gestantes. Desde la perspectiva de enfermería, este hallazgo respalda la necesidad de intervenciones educativas continuas, seguimiento individualizado y

estrategias de empoderamiento materno basadas en modelos de promoción de la salud, como el enfoque de Pender aplicado por Rezaei et al. (2025).

En la table 5 se observa que, la principal barrera para realizar prácticas de autocuidado fue la falta de tiempo (34,4 %), seguida de la falta de recursos económicos (19,7 %). También se identificaron barreras personales e informativas, como desmotivación o cansancio (13,9 %), falta de información (13,1 %) y percepción de que no era necesario cambiar los hábitos (9,8 %). La falta de apoyo familiar representó el 9,0 %.

**Tabla 5**

*Distribución de las barreras para las prácticas de autocuidado en gestantes*

| Barrera                                    | n   | %     |
|--------------------------------------------|-----|-------|
| Falta de tiempo                            | 42  | 34,4  |
| Falta de recursos económicos               | 24  | 19,7  |
| Falta de apoyo familiar                    | 11  | 9,0   |
| Falta de información                       | 16  | 13,1  |
| Desmotivación o cansancio                  | 17  | 13,9  |
| No considera necesario cambiar sus hábitos | 12  | 9,8   |
| Total                                      | 122 | 100,0 |

**Nota:** Elaboración propia

Guillén et al. (2024) evidenciaron que los horarios de trabajo inflexibles influyen en la asistencia oportuna a controles prenatales, mientras que Cano & Marrero (2024) identificaron barreras percibidas para el acceso al control prenatal. Las limitaciones económicas descritas por Manzouri et al. (2025), Schwarz et al. (2024), Ribeiro et al. (2026) y Unternaher et al. (2024) también muestran que las condiciones socioeconómicas influyen en prácticas protectoras, adherencia y acceso efectivo a los servicios de salud.

## Conclusiones

Se concluye que la población estudiada estuvo conformada principalmente por gestantes jóvenes, con nivel educativo de bachillerato y dedicadas a las actividades del hogar. Se evidenció presencia de antecedentes patológicos prevenibles relacionados con el riesgo cardiometabólico, especialmente obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica. El nivel general de autocuidado fue bajo en más de la mitad de las gestantes, con dimensiones desfavorables principalmente en consumo de sustancias,



sueño y descanso, salud mental y manejo del estrés, control prenatal y actividad física. Además, la falta de tiempo y los recursos económicos limitados se identificaron como barreras relevantes para adoptar prácticas saludables. Estos hallazgos muestran la necesidad de fortalecer la educación prenatal, la valoración integral del riesgo cardiometabólico, la consejería sobre estilos de vida saludables y el acompañamiento continuo desde el primer nivel de atención, con énfasis en intervenciones culturalmente pertinentes, accesibles y centradas en la gestante.



## Referencias Bibliográficas

Abera, M., Belay, A., Derribow, A., Bacha, G., Belina, S., (2025). Práctica de autogestión de trastornos menores del embarazo y factores asociados entre mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales en el Hospital General Tulu Bolo, Etiopía. *Enfermería Abierta Sage*, 11.

<https://doi.org/10.1177/23779608251345324>

Acosta, K., Gómez, Y., Palomino, L., Vidal, F., (2023). Estado nutricional y prácticas alimentarias en gestantes peruanas a término. *Nutr Clín Diet Hosp*, 43(4), 72-79.

[https://api.index-360.com/media/article/pdf\\_1/19709/nutricion-clinica-425.pdf?action=open](https://api.index-360.com/media/article/pdf_1/19709/nutricion-clinica-425.pdf?action=open)

Ali, R., Nour, S., & Abdelaati, I. (2022). Efecto de las guías de autocuidado en el conocimiento y la práctica de mujeres embarazadas con diabetes gestacional. *Investigación en enfermería basada en la evidencia*, 4 (3), 9–21.

<https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i3.244>

Alvarez, Y., Vital, E., & Fujishiro, L. (2023). Complicaciones materno-fetales en gestantes obesas del municipio Artemisa. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 39(1), Epub 01 de marzo de 2023.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9935314>

Ambuludí-Chamba, A. P., González Guambaña, K. M., Cabrera Macas, J. del C., Allaico Muyudumbay, R. C., & Delgado, L. F. (2025). Vinculación Afectiva, Adaptación Prenatal y Autocuidado: Claves para una Maternidad Saludable. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 12241-12258.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1.16798](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16798)

Arcos-García, D., Aguilar-Hernández, G., & Sosa-Martínez, M. de J. (2024). Síndrome Metabólico y Factores de Riesgo Asociados en Embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No.9 de Acapulco, Guerrero. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 564-580. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.9440](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9440)



- Auza Pérez, A., Rojas Tzoni, D., De la Rosa Abraham, L., & Salazar Arrieta, M. G. (2026). Nivel de cumplimiento con el abandono de cuidados prenatales en mujeres embarazadas de dos unidades rurales. *MENTOR Revista De investigación Educativa Y Deportiva*, 5(2), 86–96. <https://doi.org/10.56200/mentor.v5i2.12277>
- Awlachew, S., Desalew, A., Jibro, U. *et al.* Calidad del sueño de las mujeres embarazadas y sus factores asociados entre los asistentes de atención prenatal en la ciudad de Bahir Dar, noroeste de Etiopía. *Sci Rep* 15, 15613 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00288-9>
- Bayona, A., Saavedra, J., & Sotelo-Gonzales, S. (2025). Factores de Riesgo Asociados al Obesidad en Gestantes atendidas en un Establecimiento de Salud en Tacna. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue De Tacna*, 18(2), 28–33. <https://doi.org/10.70409/rmhut.v18i2.112>
- Bittar, J., Esperanza, P., (2025). Hábitos alimentarios de gestantes: Hospital General de San Lorenzo, Paraguay, 2023. *Academic disclosure* 2024, 7(2), 49-55. [h https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10249517](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10249517)
- Blanco Llamo, J. L., Vásquez Idrogo, E. M., & Tenorio Carranza, J. R. (2025). Niveles de estrés en gestantes del Centro de Salud Virgen del Carmen Bambamarca- Cajamarca. *Revista Ciencia Nor@ndina*, 8(1), 15–22. <https://doi.org/10.37518/2663-6360X2025v8n1p14>
- Cano Montesdeoca, M. V., & Marrero González, D. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Revista Eugenio Espejo*, 18(1), 39-57. <https://doi.org/10.37135/ee.04.19.05>
- Chafloque, J., Leon, P., Liñan, A., Barja, J., Ganancia de peso relacionada con la práctica alimentaria en gestantes de un centro materno infantil. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2023;52(3). <https://research.upn.edu.pe/es/publications/ganancia-de-pesorelacionada-con-la-pr%C3%A1ctica-alimentaria-en-gesta/>



- Crisóstomo, B. S., Nascimento, A. S., Oliveira, R. A., Balsells, M. M. D., Ribeiro, S. G., Gadelha, I. P., & Aquino, P. S. (2022). Determinantes sociales de la salud y el uso de drogas psicoactivas en el embarazo. *Acta Paul Enferm*, 35, eAPE0340345. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0340345>
- Félix, N., & Ceolim, M., (2023). El sueño en el trimestres gestacionales: un estudio longitudinal. *Rev Gaúcha Enferm*, 44, 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210278.en>
- Gani, N. F., Ilmawanti, Nurhidayah, Hasnah, & Seman, N. (2025). Alfabetización en salud y autocuidado entre mujeres embarazadas en un país de bajos ingresos: un estudio piloto en Indonesia. *Ethiop J Health Sci*, 35(5), 320–327. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13077159/>
- Guillén-Calle BE, Zagaceta-Guevara Z, Santos-Rosales YR. Motivos de abandono y ausencia de atención prenatal en mujeres en el puerperio de un hospital público del Perú. *Ginecol Obstet Mex* 2023; 91 (10): 715-722. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i10.8914>
- Hernández, F., Báez, M., Reyes., E., Tovar, C., Aguiñaga, C., & Palomino, E; (2025). Nivel de estrés y ansiedad en gestantes en control prenatal en primer nivel de atención. *Lux Médica*, 20(59). <https://doi.org/10.33064/59lm20255933>
- Klare M, Dougherty AM, Chang M, et al., (2024). Barreras del sistema sanitario y predictores de la utilización de la atención prenatal en un gran centro médico académico. *Discov Soc Sci Health*; 4:38. <https://link.springer.com/article/10.1007/s44155-024-00096-y#citeas>
- Loaiza, S., Marrodán, M., & González, E., (2024). Sobrepeso y obesidad en gestantes controladas en la atención primaria de salud Punta Arenas, Chile. *Ciencia y enfermería*, 30, 02. <https://dx.doi.org/10.29393/ce30-2sosm30002>
- Manzouri, L., Karami, M., Seyed-Nezhad, M. *et al.* (2025). Factores socioeconómicos que afectan a la salud mental posparto en madres derivadas a un hospital en Yasuj, suroeste de Irán. *BMC Embarazo Parto* 25, 761. <https://doi.org/10.1186/s12884-025->



07879-4

McLaughlin, Megan M. MD, MPH; Lee, Catherine PhD; Ghaffari, Neda MD; Gonzalez Vélez, Juan M. MD, PhD; Beatty, Alexis L. MD, MAS. (2025). Tendencias nacionales en el riesgo cardiometabólico preembarazo y asesoramiento. Un análisis del Sistema de Evaluación del Riesgo de Embarazo, 2016–2022. *Obstetricia y Ginecología*. 146(3): p 422-433. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005990>

Monterrosa-Castro, A., Gonzalez-Sequeda, A., & Romero-Martinez, S. (2022). Estrés psicológico percibido y factores asociados en gestantes de bajo riesgo que acuden a control prenatal. *Archivos De Medicina (Manizales)*, 22(1).

<https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4085.2022>

Motevalizadeh, E., Díaz-López, A., Martín-Luján, F., Basora, J., & Arija, V. (2023). Factores prenatales asociados con marcadores de riesgo cardiometabólico materno durante el embarazo: El estudio ECLIPSES. *Nutrients*, 15(5), 1135. <https://doi.org/10.3390/nu15051135>

Muñoz, Elena., Camarelles, Francisco., Campo, Maria., (2024). Fomento del autocuidado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(2), 132-139. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170207>

Nguyen, L., Nguyen, L., Ninh, T., (2022). Comportamientos holísticos de autocuidado de las mujeres durante el embarazo y asociaciones con el bienestar psicológico: implicaciones para los centros de atención materna. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2022;):22:631. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04961-z>

Osman, W. A., Abdullahi, A. A. M., Ahmed, H. M., Osman, K. A., Abdiwali, A. A., & Hussein, A. M. (2025). Factores que afectan la asistencia a la atención prenatal entre mujeres embarazadas en Mogadiscio, Somalia. *Enfermería Abierta Sage*, 11, 23779608251391489. <https://doi.org/10.1177/23779608251391489>

Pachón, L., Mosquera, J., Ramírez, D., Perdomo, M., y López, P. (2025). Hábitos de vida saludable en gestantes que asisten a hogares FAMI en la ciudad de Neiva, 2023. *Movimiento científico*, 18(2), 31–39. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mtc.18204>





- Ponce G., García, J., Quezada, A., Rodríguez, M., (2023). Evaluación de factores de riesgo cardiometabólico en embarazadas, niños y adolescentes de una población patagónica argentina. *ByPC*, 87(2), 43-7. <https://doi.org/10.62073/bypc.v87i2.251>
- Prabhakar, L., S Herenjal, S., K Deshpande, M., Choudhary, A., Chaudhary, A., Sana Ansar, S., Pappuswamy, M. y Balasubramanian, B. (2024). Explorando las consecuencias de gran alcance de la desnutrición durante el embarazo y después del parto: una revisión exhaustiva. *Recursos Naturales para la Salud Humana*, 4(4), 427–452. <https://doi.org/10.53365/nrfhh/192940>
- Rachmawati, I., Hermayanti, Y., Ermiati, E., (2024). Eficacia de los medios didácticos de autocuidado para mujeres embarazadas y mujeres embarazadas con hipertensión. *Jurnal Kesehatan*, 15(3). <https://doi.org/10.26630/jk.v15i3.4665>
- Rebolledo, R., Ardila, L., Pulido, T., Montealegre-Esmeral, L., Amador, E., Johnson, D., & Yepes-Charris, Y. (2023). Actividad física en gestantes de bajo nivel socioeconómico Barranquilla, Colombia en el 2023. *Duazary*, 20(4), 252–260. <https://doi.org/10.21676/2389783X.5623>
- Rezaei, Z., Yazdanpanahi, Z., Asadollahi, A. et al. (2025). Evaluación del impacto de una intervención educativa de autocuidado en el empoderamiento de mujeres embarazadas primigravida cubiertas por el programa de medicina familiar en la ciudad de Estahban —una aplicación del modelo de promoción de la salud de Pender. *BMC Embarazo Parto*, 25, 308. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07437-y>
- Ribeiro, T. da C., Rodrigues, R. D., Vitorino, A. L. da S., Silva, A. G. da., Chaves, M. M. G., Freitas, G. L. de., & Moreira, A. D. (2026). Desigualdades socioeconómicas en conductas de riesgo y protección relacionadas con la salud en mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes mellitus gestacional. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 47(20250179). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250179.en>
- Samayoa Valladarez, E. C. (2025). Calidad del sueño en pacientes embarazadas. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 9(1), 1-14. <https://doi.org/10.36314/cunori.v9i1.308>



- Schwarz, M., Gyawali, B., Nkonge-Ngumba, DM et al. (2024). Un estudio transversal sobre correlatos sociodemográficos de prácticas de autocuidado autoinformadas para hipertensión y diabetes tipo 2 entre adultos que viven en zonas rurales de Kenia. *BMC Servicios de Salud en Investigación*, 24(1624). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12088-4>
- Sherif, N., Taye, A., Hardido, T., Kebede, C., Tesfaye, D., Gerete, T. (2025) Prácticas de autocuidado durante el embarazo y factores asociados entre madres embarazadas que acudieron y realizaron seguimiento en centros de salud pública en Jimma Town, Oromia, suroeste de Etiopía, en 2023. *Fronteras en la salud global de la mujer* 6:1567973. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1567973>
- Simbar, M., Kiani, Z., Nasiri, Z. et al. (2023). Análisis de la situación del autocuidado de las mujeres en edad reproductiva en Teherán: un estudio de encuesta. *BMC Women's Health*, 23(624). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02763-9>
- Ulloa, I., Arias, E., y Salazar, D. (2024). Validez y confiabilidad del cuestionario conocimientos y comportamientos de autocuidado ante hipertensión del embarazo. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 21(1), 47–57. <https://doi.org/10.22463/17949831.4056>
- Unternaher, J., Rafael, J., Ortiz, J., Megan, S., Barriga, M., Jairo, J., Ramirez, J., et al. (2024). Factores asociados con la asistencia y finalización de visitas prenatales en Colombia entre mujeres refugiadas y migrantes venezolanas que viven en zonas urbanas. *Revista de Migración y Salud*, 10(100273). <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100273>
- Vivanco, K., & Reyes, E., (2023). Factores que influyen en el Control Prenatal. *Polo del Conocimiento*, 8(8), 448-462. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5857/0>
- Yaelim, L., Seohyeon, K., Soeun, C., (2023). Eficacia de la intervención basada en dispositivos móviles Autocuidado para mujeres embarazadas en el trabajo: un ensayo controlado aleatorizado. *Journal of Occupational Health*, 65(1). <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12402>



**Michael Steven Sanchez Zhuma<sup>1</sup>:** Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

**Ronny Brando Loayza Bustamante<sup>2</sup>:** Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

**Carmen Liliana Paccha Tamay<sup>3</sup>:** Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

**Agradecimiento:** No se declara financiación pública o privada para este trabajo. Se agradece la colaboración de las gestantes participantes y del personal de salud que facilitó el proceso de recolección de información.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existe conflicto de interés