

Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral
División de Salud Familiar e Infantil
Sección Madres, Niños y Adolescentes

PRAMS

Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo



2021-2022

AGRADECIMIENTOS

Ofrecemos nuestro sincero agradecimiento a todas las participantes que contestaron la encuesta.

Equipo PRAMS-Puerto Rico (PRAMS-PR):

Dr. Manuel Vargas Bernal, MD, MPH, Director Sección Madres Niños y Adolescentes (SMNA), División de Salud Familiar e Infantil, Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral, Departamento de Salud de Puerto Rico

Wanda I. Hernández Virella, MPH
Coordinadora PRAMS-PR

Idennys Magly Olmos, MS
Manejadora de Datos PRAMS-PR

Melanie Rivera Torres, PhD (c)
Entrevistadora PRAMS-PR

Áurea Rodríguez López, MPH
Bioestadística PRAMS-PR

Unidad de Monitoreo, Evaluación e Investigación y Desarrollo de Sistemas:

Marianne Cruz Carrión, MS
Epidemióloga en Salud Reproductiva
SMNA

Programa de Visitas al Hogar:

Teresa Taboas Sacarello, MPH
Coordinadora Programa de Visitas al Hogar
SMNA

Comité Ad Hoc PRAMS-PR:

Dra. Edna Acosta, PhD, MSc – Profesora Asociada Escuela Graduada de Salud Pública, Consultora/Directora, Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento, Colíder Oficina de Investigación y Participación Comunitaria, Alianza Hispana para la Alianza de Investigación Clínica y Traslacional, Coordinadora Iniciativa Comunitaria, INBRE

Lcda. Ivelisse Bruno, Programa de Lactancia, WIC

Sra. Rose M. Díaz, Evaluadora, Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud, Departamento de Salud de Puerto Rico

Sra. María Juiz, MPHE, Gerente de Proyecto, División de Calidad y Estadísticas Vitales, Registro Demográfico, Departamento de Salud de Puerto Rico

Lcda. Milane S. Medina, División de Nutrición, WIC

Sra. Miriam Ramos, MS, Principal Oficial de Epidemiología y Secretaria Auxiliar Interina de la Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico

Dra. Yadira Tabales, Gerente de Iniciativas de Salud Materna e Infantil, March of Dimes de Puerto Rico

Sra. Iliá Torres, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Sra. Anayra Túa, Principal Oficial Ejecutiva, Proyecto Nacer

TABLA DE CONTENIDO

1. AGRADECIMIENTOS	1
2. RESUMEN EJECUTIVO	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. METODOLOGÍA DE PRAMS	7
Resumen del proceso de recopilación de datos	7
Muestra	8
Pesaje de muestra	9
Por ciento de respuesta	10
5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	11
6. RESULTADOS	12
7. DOMINIO DE SALUD DE LA MUJER Y LA MADRE	13
1) Promover la salud y el bienestar de las mujeres	13
A. Depresión, estrés y ansiedad	13
B. Condiciones de salud en mujeres en edad reproductiva	16
Cuidado Preconceptivo	20
Cuidado Posparto	22
2) Mejorar los resultados del embarazo	25
A. Condiciones de salud durante el embarazo	25
B. Nutrición durante el embarazo	29
Cuidado prenatal	31
8. DOMINIO DE SALUD PERINATAL E INFANTIL	33
1) Disminuir la mortalidad infantil	33
A. Ambiente seguro al dormir	33
B. Prácticas de sueño infantil	34
Ambiente seguro al dormir	39
Lactancia	41
Experiencias de lactancia en el hospital	43
9. REFERENCIAS	46
10. BIBLIOGRAFIA	47
11. APÉNDICE: TABLAS	48

NOTA IMPORTANTE

PARA EL PRESENTE INFORME, SE UTILIZÓ EL FORMATO DEL INFORME GENERADO CON LOS DATOS PRAMS-PR 2019-2020 PARA FACILITAR LA COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DEL BLOQUE DE TÍTULO V ANALIZADOS. LOS HALLAZGOS SOLO INCLUYEN A LAS MUJERES QUE TUVIERON UN NACIMIENTO VIVO EN LOS AÑOS 2021 Y 2022. EN EL APÉNDICE SE ENCUENTRAN LOS RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA DE LOS AÑOS 2021 Y 2022.

RESUMEN EJECUTIVO

El Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés), es una encuesta estandarizada que provee datos sobre las actitudes y experiencias maternas que reportan las mujeres antes, durante y después de su embarazo más reciente. Además, provee información sobre factores de riesgos que influyen en la salud materna e infantil. El proyecto ha sido subvencionado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) desde el año 2016.

La continua recopilación de datos de PRAMS-Puerto Rico (PRAMS-PR) hace que la encuesta sea apropiada para monitorear comportamientos y prácticas de salud, además de tendencias en diferentes indicadores de salud a lo largo del tiempo. La Sección Madres, Niños y Adolescentes (SMNA) del Departamento de Salud (DS) ha utilizado los datos de PRAMS-Puerto Rico para implementar esfuerzos relacionados a la lactancia, salud oral en la embarazada, ambiente seguro al dormir para el infante, salud mental de la madre, salud oral durante el embarazo, visita anual de salud en mujeres en edad reproductiva, entre otros. A través de PRAMS-PR se monitorean varias medidas nacionales de ejecución en los Servicios de Salud Materno-Infantil del Bloque de Título V de la SMNA, e igualmente varios de los objetivos de Gente Saludable 2030 (HP 2030, por sus siglas en inglés). Otros datos que se recopilan en la encuesta están relacionadas a experiencias e impacto durante situaciones emergentes como los desastres naturales y epidemias, al igual que diversas experiencias maternas como la violencia de género, depresión y ansiedad, cuidado prenatal, entre otros.

A continuación, se presentan los resultados de varios indicadores prioritarios de Título V para los dominios de Salud de la Mujer y la Madre y Salud Perinatal e Infantil de los años 2021 al 2022, apoyados con los datos de la Fase 8 de PRAMS-PR. Esperamos que la información sea de utilidad para la evaluación de programas en salud pública dirigidos a las madres e infantes, no solo dentro del Departamento de Salud, sino también en la práctica privada de médicos y otras organizaciones que proveen servicios a esta población.

Cordialmente,



Víctor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud
Departamento de Salud

INTRODUCCIÓN

PRAMS proporciona estimaciones sobre una variedad de indicadores que no están disponibles en ninguna otra fuente de datos. La Fase 8 para los años 2017 al 2022 contiene un total de 74 preguntas. Por otro lado, la Fase 9, la cual comenzó en el año 2023, contiene 80 preguntas.

Importancia de PRAMS

- Provee datos para que los programas de salud estatales y otras organizaciones los utilicen para:
 - Identificar grupos de mujeres y bebés en alto riesgo de problemas de salud
 - Planificar y revisar programas y políticas destinadas a reducir los problemas de salud de las madres y los bebés
 - Medir el progreso en mejorar la salud de estas poblaciones
- Complementa la información de salud que contiene el certificado de nacimiento generado por el Registro Demográfico.
- Permite a los CDC y a las jurisdicciones participantes de la encuesta monitorear los cambios en los indicadores de salud materna e infantil incluidos en el cuestionario.
- La muestra de PRAMS se selecciona de todas las mujeres que tuvieron un nacimiento vivo reciente, por lo que los hallazgos se pueden aplicar a toda la población de mujeres que recientemente tuvieron un nacimiento vivo.
- Los datos de PRAMS-PR pueden ser comparados con aquellos de otras jurisdicciones que implementan la encuesta, debido a que se utiliza la misma metodología de recopilación de datos.
- Los datos de PRAMS están disponibles para realizar investigaciones en el campo de la salud materna e infantil.

Suplementos

PRAMS realiza preguntas suplementarias al cuestionario regular que son específicas a situaciones emergentes, para determinar cómo se impacta la salud y el acceso a la atención médica de las embarazadas e infantes. Desde el año 2017 hasta el año 2022, además de la encuesta regular de PRAMS, en PR se han implementado cinco (5) suplementos sobre los temas de Zika, desastres, opioides, COVID-19 y vacuna de COVID-19, para conocer las experiencias de las madres en torno a estas circunstancias. Los resultados de varios de estos temas, entre otros, se han publicado en hojas informativas, informes y publicaciones que se pueden acceder en los

siguientes enlaces [Pregnancy Risk Assessment Monitoring System \(PRAMS\)](#) y [Archivo Digital](#) de la Sección Madres, Niños y Adolescentes bajo las categorías de Estadísticas/Datos, Informes y Reportes, Investigaciones Científicas y Material educativo y de promoción.

METODOLOGÍA DE PRAMS

Resumen del proceso de recopilación de datos

PRAMS combina tres (3) modos de recopilación de datos: cuestionario enviado a las madres por correo, cuestionario cumplimentado a través de web (a partir de mayo 2022) y entrevistas telefónicas. Las madres son contactadas por primera vez por correo cuando su bebé tiene aproximadamente dos meses de edad. Se envían hasta dos encuestas por correo a las madres seleccionadas y un enlace para completar la encuesta por web. Las madres que no responden a la encuesta por correo o web son llamadas para completar la encuesta por teléfono. Las participantes que completan la encuesta reciben un obsequio como parte de su beneficio individual y como principio básico de la ética al implementar investigaciones con sujetos humanos. El obsequio podría variar para evitar que madres que hayan participado en años previos reciban el mismo regalo. La participación es completamente voluntaria y confidencial.

A continuación, se muestra un diagrama del proceso de recopilación de datos mensual:



*Incluye código QR para completar la encuesta por Internet

Muestra

PRAMS utiliza una técnica de muestreo llamada "muestreo aleatorio estratificado" en el que todos los nacimientos se dividen en categorías o "estratos". Debido a que se contacta a un porcentaje relativamente pequeño de la población total de todas las madres que tuvieron un nacimiento vivo, una muestra aleatoria simple puede que no produzca un número suficiente de respuestas de estas mujeres para informarnos sobre sus estilos de vida y comportamientos como grupo. En cambio, el muestreo aleatorio estratificado proporciona un medio para recopilar información más significativa sobre los grupos de población de alto riesgo. Se utiliza un proceso de ponderación que recombina las respuestas obtenidas de la encuesta para reflejar la población total de madres que tuvieron un nacimiento vivo y que son residentes de PR dentro de un año calendario. Anualmente se obtiene una muestra estratificada aleatoria de aproximadamente 1,400 madres de los certificados de nacimientos del Registro Demográfico de PR. La muestra se estratifica por el peso del bebé al nacer: normal ($\geq 2,500$ gramos) o bajo peso (menos de 2,499 gramos). Esta muestra anual se procesa en lotes ("batches") mensuales de aproximadamente 100 a 120 participantes.

Criterios de inclusión

Cualquier mujer residente de Puerto Rico, incluidas las adolescentes, que tengan un nacimiento vivo dentro de la isla, es elegible para ser incluida en la muestra de PRAMS. Cuando nacen gemelos o trillizos, solo se selecciona un bebé. Por ejemplo, para gemelos, se elige el primogénito si la fecha de nacimiento se encuentra entre el primero y el quince del mes; de lo contrario, se elige al segundo nacido. De manera similar, el mes se puede dividir en tres segmentos para trillizos. Nacimientos de 4 bebés o más no son incluidos en la muestra de PRAMS.

Limitaciones de PRAMS

Como encuesta autoadministrada, los datos de PRAMS están sujetos a respuestas inexactas de las madres participantes. Los tipos de sesgo en los datos de PRAMS pueden incluir sesgo de memoria, sesgo de información, e interpretación errónea de las preguntas. PRAMS también está sujeto a sesgos de no respuesta, especialmente entre las poblaciones más difíciles de alcanzar. Los datos representan estimaciones

del comportamiento y las experiencias de la población y pueden ser utilizados como una guía para desarrollar programas de salud.

Pesaje de muestra

El pesaje de la muestra incluye tres componentes: la ponderación de muestreo, un ajuste de no respuesta y un ajuste de no cobertura. Debido a que los datos del certificado de nacimiento están disponibles tanto para las madres que responden como para las que no responden la encuesta, la información disponible sobre las que no responden se puede usar para ajustar la falta de respuesta y para comprender los factores asociados con la falta de respuesta de la encuesta. El archivo final acumulativo del certificado de nacimiento se compara con el marco de muestreo PRAMS para identificar las madres elegibles que se perdieron y calcular los ajustes de no cobertura.

Además, el CDC hace un pesaje del tamaño de la muestra que no sea menor del 55%, para alcanzar una tasa de respuesta ponderada y realizar análisis significativos. Esto indica la proporción de mujeres de la muestra que completaron la encuesta, ajustadas por el diseño de la muestra. Luego de realizar la limpieza y pesajes correspondientes, las bases de datos de PRAMS-PR son suministradas por los CDC. Los resultados se manejan mediante el sistema de análisis estadístico SAS 9.4 para la interpretación y análisis de datos.

Para más información sobre PRAMS y su metodología, puede acceder a los siguientes enlaces:

<https://www.cdc.gov/prams/index.htm>, <https://www.salud.pr.gov/CMS/71>,
<https://www.cdc.gov/prams/methodology.htm> y
https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2018.304563?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed.

Por ciento de respuesta

La siguiente tabla muestra el porcentaje de respuesta de las mujeres que completaron la encuesta por modo de participación, durante los años 2021 y 2022:

Modo de participación	2021		2022	
	N	Por ciento	N	Por ciento
Correo	307	25.2	119	9.9
Teléfono	659	54.0	593	49.4
Web	-	-	260	21.6
Total	966	79.2%	972	80.9%

Datos para investigación

Los investigadores pueden acceder los datos de PRAMS para múltiples jurisdicciones abriendo una cuenta y descargando los conjuntos de datos del portal web PRAMS llamado "Automated Research File" (ARF) en el siguiente enlace: [PRAMS Automated Research File Data Portal Access Form | PRAMS | CDC](#)

Si los indicadores que los investigadores necesitan no se encuentran en el ARF, para poder obtener los mismos se requiere lo siguiente:

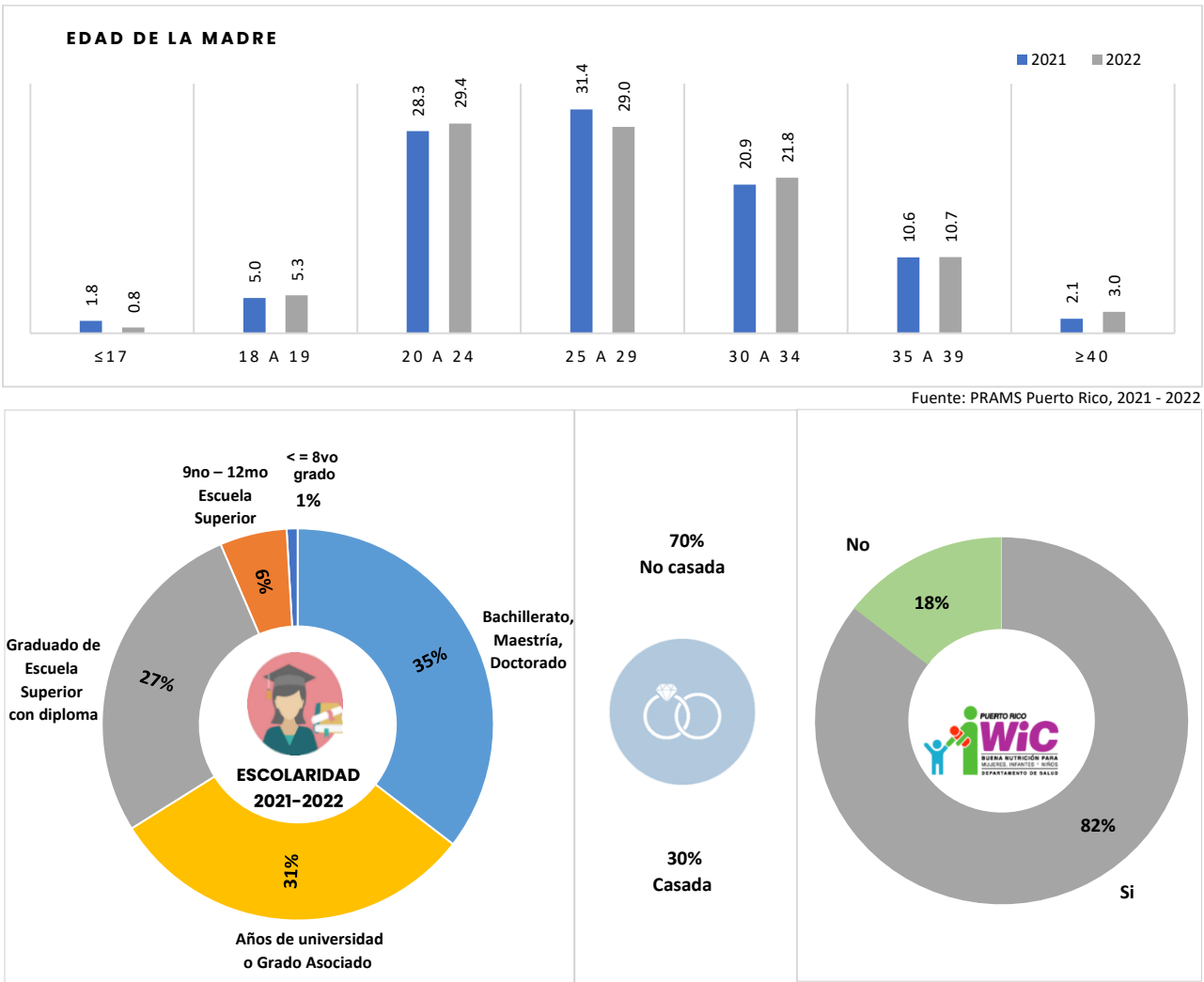
- Llenar un formulario de solicitud
- Elaborar un abstracto con un máximo de 500 palabras
- Firmar un acuerdo de intercambio datos

Para obtener los formularios e información adicional, o para solicitar tablas de frecuencias de indicadores específicos, favor escribir a PRAMSPR@salud.pr.gov o llamar al 787-765-2929, Ext. 4671.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La información sociodemográfica nos permite identificar poblaciones desproporcionalmente afectadas por los resultados de salud materno-infantil e implementar estrategias dirigidas a estas poblaciones. Para los años 2021 y 2022, la mayor parte de las participantes de PRAMS-PR se encuentran entre las edades de 20 – 29 años, 66% posee años de universidad, grado asociado, bachillerato, maestría o doctorado. Por otro lado, el 70% no está casada, 82% recibe los beneficios de WIC y 52% tiene un salario anual de 16 mil o menos.

Figura 1. Información sociodemográfica



SALARIO ANUAL

Fuente: Registro Demográfico, Departamento de Salud de Puerto Rico, 2021 - 2022



Fuente: PRAMS Puerto Rico, 2021 - 2022

RESULTADOS

Los datos de PRAMS-PR, entre otras fuentes, se han utilizado para determinar las necesidades prioritarias del Bloque de Título V 2020-2025 de la SMNA, entre la población materna e infantil.

Bajo el dominio de **Salud de la Mujer y la Madre**, las necesidades se resumen en dos prioridades principales:

- 1) Promover la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva
- 2) Mejorar los resultados del embarazo

Por otro lado, las necesidades en el dominio de **Salud Perinatal e Infantil** se resumen en una prioridad: Disminuir la mortalidad infantil.

A continuación, se presentan los datos de PRAMS-PR 2021-2022 que sustentan estas prioridades, las estrategias a implementar la SMNA a raíz de estos datos, la traducción de los hallazgos en acciones de salud pública y las medidas de ejecución que la SMNA implementa relacionados a estos dominios. El Apéndice de este informe, incluye las tablas de resultados de todas las preguntas de PRAMS-PR para los indicadores, excepto el tiempo que estuvo hospitalizado el bebé, si falleció o si vive con la madre.

Para más información sobre los Servicios de Salud Materno-Infantil del Bloque de TV, la Solicitud para el Año Fiscal 2025 y el Informe Anual del Año Fiscal 2023, favor acceder al siguiente enlace y seleccionar a Puerto Rico en el mapa ilustrado:

<https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/StateApplicationOrAnnualReport>

DOMINIO DE SALUD DE LA MUJER Y LA MADRE

Prioridad:

1) Promover la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva

Esta prioridad se enfoca en la promoción de la salud y en la educación, para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva durante el período preconceptico e interconceptivo.

Necesidades principales:

- A. Depresión, estrés y ansiedad
- B. Condiciones de salud en mujeres en edad reproductiva

A. Depresión, estrés y ansiedad

1. Datos de PRAMS-PR que sustentan estas necesidades:

- La depresión y la ansiedad se encuentran entre las primeras cinco condiciones principales, tres meses antes del embarazo, según lo informado por mujeres participantes de PRAMS-PR entre el 2021 y 2022, siendo la ansiedad la más reportada.
- El porcentaje de mujeres que experimentaron síntomas depresivos posparto después de un nacimiento vivo reciente fue de 13.6% en el 2021 y 17.7% en el 2022.

2. Estrategias para implementarse con los programas de la SMNA para estas necesidades:

- Diseminar la guía de cuidado preventivo para mujeres en edad reproductiva tamaño bolsillo (“Mi agenda de salud”).
- Establecer colaboraciones con entidades que promueven servicios de salud mental y de salud preventiva para mujeres en edad reproductiva.
- Ofrecer educación continua a las enfermeras del Programa de Visitas al Hogar (PVH) para fortalecer sus conocimientos y habilidades en la

identificación, manejo y referido de participantes que reportan problemas de salud mental.

- Continuar con las actividades del Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas.
- Diseminar una guía de preparación y respuesta a emergencias, que tome en consideración las necesidades de las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y madres, incluyendo la prevención de la violencia/maltrato, el cuidado prenatal, la nutrición adecuada, la prevención de parto prematuro, entre otros.

3. Traducción de los hallazgos en acciones de salud pública:

- El PVH cuenta con enfermeras visitantes (EV) que ofrecen servicios a mujeres embarazadas y a sus hijos, hasta 24 meses después del parto, en 73 municipios de PR. Las EV realizan exámenes de detección de depresión materna, violencia de pareja, uso de sustancias, entre otros. Además, refieren a las participantes a servicios en la comunidad, incluyendo salud mental, y realizan un seguimiento para garantizar que se complete el referido y el cumplimiento de cualquier tratamiento prescrito y ofrecen educación sobre temas de salud materno-infantil.
- Una Consultora de Salud Mental con Doctorado en Psicología, brinda capacitación y apoyo a las EV para manejar de manera efectiva la salud emocional de las participantes. Esta profesional está disponible para asesoramiento y apoyo, debido al riesgo de fatiga por compasión del personal en el manejo de familias que tienen pérdidas perinatales. Además, participa en las reuniones mensuales de coordinación del PVH.
- Las EV están capacitadas en salud mental y bienestar emocional. También reciben capacitación para administrar la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés), que está validada para administrarse por teléfono, desde agosto de 2020. El protocolo del PVH requiere que todas las participantes sean evaluadas para detectar depresión/ansiedad materna utilizando la EPDS de 10 preguntas, al menos una vez durante el embarazo y dos veces durante el primer año posparto. El PVH también utiliza los siguientes instrumentos: la Escala de Preocupación de Cambridge (CWS, por sus

siglas en inglés) para evaluar las fuentes de preocupación o estrés relacionadas con el embarazo y el parto; Experiencias Adversas en la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés) para identificar a las mujeres que tienen un historial de experiencias traumáticas y permitir que las EV adopten un enfoque informado sobre el trauma para las intervenciones; y la escala de Relación de Pareja (WEB, por sus siglas en inglés) para identificar a las mujeres en riesgo de violencia física o emocional. La información recopilada de los instrumentos de detección, junto con el perfil biopsicosocial de la participante (el registro central) y las observaciones de las EV, se utilizan para desarrollar el plan de cuidado de salud.

- Las EV cuentan con capacitación en primeros auxilios psicológicos para brindar apoyo a individuos y familias después de un evento traumático.
- Los temas de educación en salud para mujeres en edad reproductiva/salud materna proporcionados por los educadores de salud y los promotores de salud comunitarios de la SMNA, incluyen cuidado de salud mental preventiva para mujeres y servicios comunitarios relacionados con la depresión. Todas las presentaciones y materiales educativos son revisados y actualizados por los educadores en salud.

4. Cómo los datos ayudan en la promoción y difusión de prácticas de salud pública:

- Los datos permiten la identificación de necesidades relacionadas con la depresión, el estrés y la ansiedad, entre las mujeres en edad reproductiva, para abordarlas a través de los programas de la SMNA.
- Los datos se difunden entre los colaboradores y los proveedores de servicios de salud, para ser utilizados en el estudio de necesidades de salud y en la planificación de prestación de servicios de salud mental apropiados para las madres.

5. Indicadores de evaluación:

- Medida Nacional de Ejecución (NPM, por sus siglas en inglés) – Porcentaje de mujeres de 18 a 44 años con una visita de salud preventiva en el

último año (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento [BRFSS, por sus siglas en inglés]).

- Medidas basadas en evidencia o de estrategia informada (ESM, por sus siglas en inglés) – Porcentaje de mujeres de 18 a 44 años, con una visita de salud preventiva en el último año, que informaron haber usado la “Guía de bolsillo de cuidado preventivo para mujeres en edad reproductiva” para programar una visita anual de salud en Puerto Rico, de septiembre 2021-2025 (BRFSS).

6. Indicadores de evaluación suplementarios:

Porcentaje de participantes de PR-PRAMS 2021-2022 de 18 a 44 años que informan haber tenido una visita anual de salud en el último año antes de quedar embarazadas.

7. Datos adicionales:

De acuerdo con el estudio de los comentarios orales de la Fase 8 de la entrevista telefónica de PRAMS – PR 2017, la “Salud emocional durante y después del embarazo” y “Ser madre de un bebé prematuro” fueron dos de los cinco temas que surgieron del análisis. Ambos temas apuntan a la relevancia de la salud emocional en la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Las madres relataron haber experimentado dolor, angustia, tristeza, estrés, ansiedad y depresión por diversas circunstancias de su vida. También expresaron un fuerte llamado a brindar ayuda a las mujeres embarazadas y madres para hacer frente a las emociones que tenían, incluida la depresión posparto.

B. Condiciones de salud en mujeres en edad reproductiva

1. Datos de PRAMS-PR que sustentan esta necesidad:

Un 67.9% de las participantes de PRAMS-PR 2021-2022 informaron que fueron a una visita con un médico, enfermera u otro profesional de la salud, incluido un trabajador de salud dental o mental, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé. De las

participantes que buscaron cuidado médico, la gran mayoría fue en busca de los siguientes servicios preventivos: un promedio de 54.4% para una limpieza dental, 51.6% para un chequeo de rutina con el OB/GYN y 42.5% para chequeo de rutina con el médico de familia. De aquellas que no asistieron a cuidado médico en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé (32.1%), el 82.3% no lo hizo porque se sentía bien.

2. Estrategias para implementarse con los programas de la SMNA para esta prioridad:

Aplican las mismas estrategias de la sección “A. Depresión, estrés y ansiedad”.

3. Traducción de los hallazgos en acciones de salud pública:

- Guía de bolsillo de cuidado preventivo para mujeres en edad reproductiva – Desde 2020-2021, la SMNA desarrolló “Mi agenda de salud” para promover la salud y el bienestar en mujeres en edad reproductiva. La misma fue actualizada en noviembre 2023. Su propósito es motivar a las mujeres a tener una visita anual de salud con su médico primario y hablar sobre cualquier problema de salud o preocupación que tenga. Ofrece una lista de comportamientos que protegen la salud y explica la importancia de las vacunas, además de los procedimientos y pruebas más comunes por grupos de edad. Para más información sobre “Mi agenda de salud”, puede acceder el siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/433>.
- Pegatina con código “QR” – Se desarrolló una pegatina con un código “QR” para llevar a los usuarios de la guía de bolsillo “Mi agenda de salud” a la página web de la SMNA, donde también estarán disponibles materiales educativos complementarios para referencia. La pegatina se imprimió en octubre de 2021 y se ha colocado en espacios públicos tales como baños, ascensores, pasillos, otros, en colaboración con el Comité Asesor de TV y los miembros del Comité Directivo de PRAMS-PR, entre otros colaboradores.

- Actividad educativa – La Unidad de Monitoreo, Evaluación e Investigación y Desarrollo de Sistemas de la SMNA lideró un taller educativo, enfocada en niños y jóvenes entre 6to y 12mo grado, que explica la importancia de la visita anual de salud y cómo usar la guía de bolsillo “Mi agenda de salud”. El Programa de Alcance Comunitario, compuesto por Educadores en Salud y Promotores de salud, ofrecen este taller en las escuelas, campamentos de verano, residenciales e iglesias, además de otras comunidades, según se solicite.
- Evaluación de la distribución y uso de la guía “Mi agenda de salud” – Se incorporaron cuatro preguntas en el cuestionario BRFSS en PR, para evaluar la distribución y el uso de la guía entre mujeres de 18 a 44 años. En adición, el PVH realizó una encuesta con estas mismas preguntas a sus participantes con el mismo fin.
- Educación Continua – Unidad de Monitoreo, Evaluación e Investigación y Desarrollo de Sistemas de la SMNA desarrolló una actividad de educación continua que consiste en un video corto sobre la guía de bolsillo “Mi agenda de salud”. Está disponible en la plataforma de la Oficina de Ética Gubernamental, para que los empleados del gobierno completen horas de contacto sobre ética en este tema.
- PVH – El PVH continúa promoviendo el bienestar materno e infantil, fomentando la visita anual de salud, entre otras prácticas de salud.

4. Cómo los datos ayudan en la promoción y difusión de prácticas de salud pública:

- PR-PRAMS recopila información sobre la visita anual de salud en el último año antes de quedar embarazada, permitiendo observar las tendencias de esta práctica en mujeres en edad reproductiva.
- Los CDC definen el cuidado preconceptico como el que una persona recibe de su médico u otro profesional de la salud, enfocándose en las áreas de la salud que han demostrado aumentar las posibilidades de tener un bebé sano. El cuidado preconceptico es diferente para cada persona, según sus necesidades únicas. De acuerdo con la salud de una persona, el médico u otro profesional de la salud sugerirá una serie de tratamientos o cuidados de seguimiento¹.

- La salud oral y la salud mental son temas que deben ser discutidos durante una visita anual de salud. El médico debe proveer referidos a un dentista o un profesional de la salud mental cuando sea necesario.

5. Indicadores de evaluación:

Aplican los mismos NPMs y ESMs de la sección “A. Depresión, estrés y ansiedad”.

6. Indicadores de evaluación suplementarios:

Porcentaje de participantes de PR-PRAMS 2021-2022 que informan haber tenido:

- Una visita con un médico, enfermera u otro profesional de la salud, incluido un trabajador de salud oral o mental, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé
- Un chequeo de rutina con su médico de familia, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé
- Un chequeo de rutina con su ginecólogo-obstetra, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé
- Una consulta para una enfermedad o condición crónica, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé
- Una consulta para planificación familiar o anticonceptivos, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé
- Una consulta para depresión o ansiedad, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé.
- Una consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental, en los doce meses antes de quedar embarazadas de su nuevo bebé.

DATOS ADICIONALES

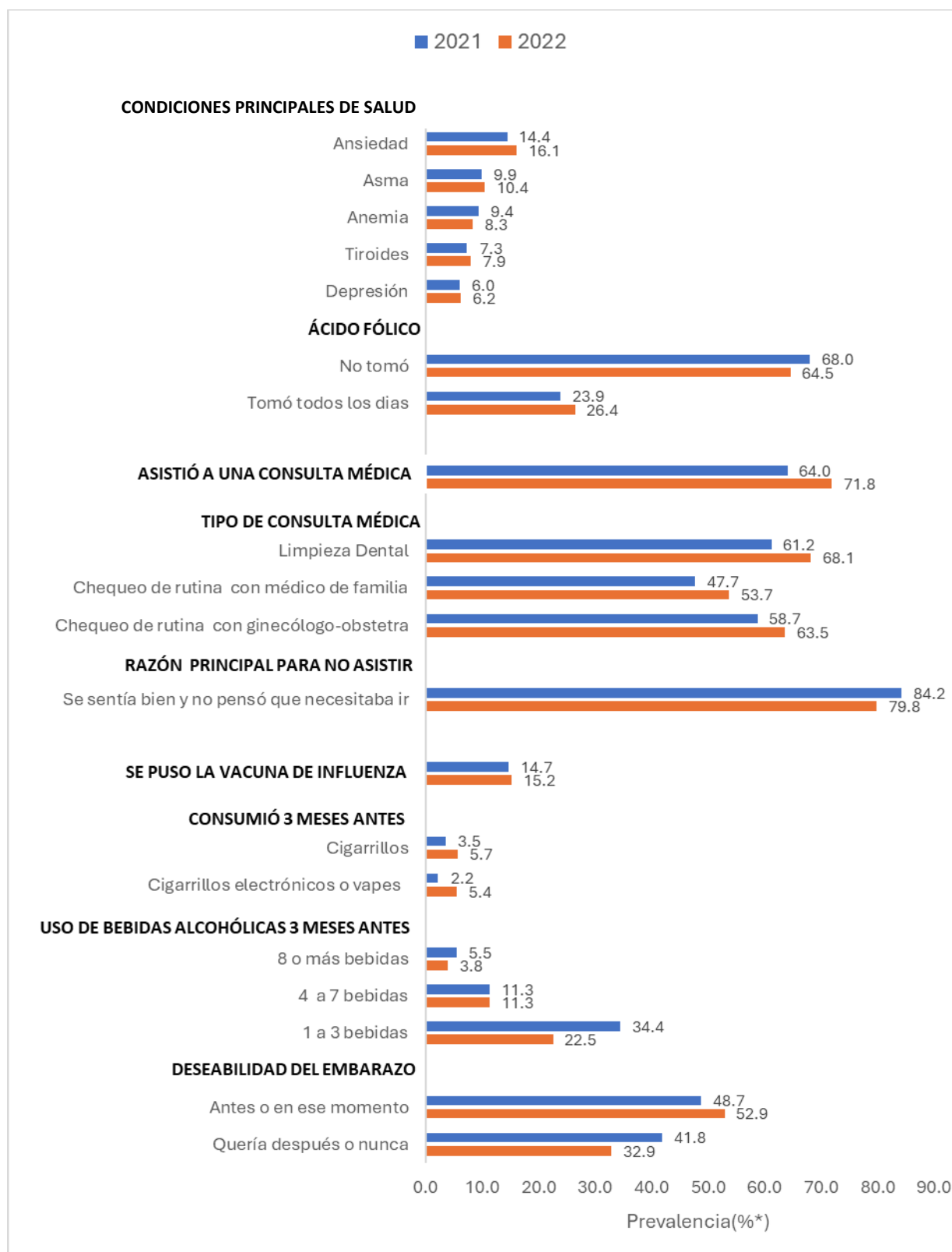
A continuación, se presentan datos adicionales sobre cuidado preconcepcivo y cuidado posparto, como parte de la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva.

CUIDADO PRECONCEPTIVO

Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) informan que tomar medidas para asegurarse de que se está saludable y el evitar la exposición a comportamientos dañinos y toxinas antes de quedar embarazada, puede disminuir la posibilidad de problemas durante el embarazo y mejorar la salud del bebé².

Existen muchos factores asociados con la preparación para un embarazo saludable y se están realizando esfuerzos en el campo de la salud materno-infantil, para promover y fomentar el asesoramiento previo a la concepción por parte de un profesional de la salud. El propósito de la consejería preconceptiva es ayudar a una mujer a prepararse para un embarazo saludable y tener un bebé sano. Los temas de discusión pueden variar desde tomar ácido fólico y exámenes genéticos para mujeres que tienen antecedentes familiares de enfermedades genéticas, hasta perder peso y controlar las enfermedades crónicas antes de la concepción³. La visita anual de salud propicia la identificación y el manejo temprano de condiciones y enfermedades que pueden afectar la salud y el bienestar físico y mental de la mujer y reducen la probabilidad de resultados adversos en el embarazo y la mortalidad materna e infantil. Con demasiada frecuencia, las mujeres no están conscientes de la conveniencia de la visita anual de salud, los exámenes de detección y las vacunas según la edad y los factores de riesgo. Es importante que las mujeres en edad reproductiva tomen medidas para protegerse de infecciones y lesiones y prevenir problemas de salud, ya sea que planeen tener un bebé o no. La siguiente gráfica muestra datos sobre cuidado preconceptivo.

Figura 2. Cuidado preconceptico de la mujer



CUIDADO POSPARTO

De acuerdo con las Guías clínicas para mujeres posparto y lactantes en atención primaria – una revisión sistémica, por Haran C, et al (2014), según citado en Postpartum Care of the New Mother (2022) ⁴:

“Las semanas posteriores al parto sientan las bases de la salud y el bienestar a largo plazo para la mujer y su bebé. Por lo tanto, es fundamental establecer un período posparto (después del parto) confiable que debe adaptarse a una atención continua, constante e integral. La mayoría de las muertes maternas e infantiles ocurren en el primer mes después del parto. Por lo tanto, la atención posparto eficaz es obligatoria para mejorar los resultados de salud tanto a corto como a largo plazo para la salud de la madre y el recién nacido”.

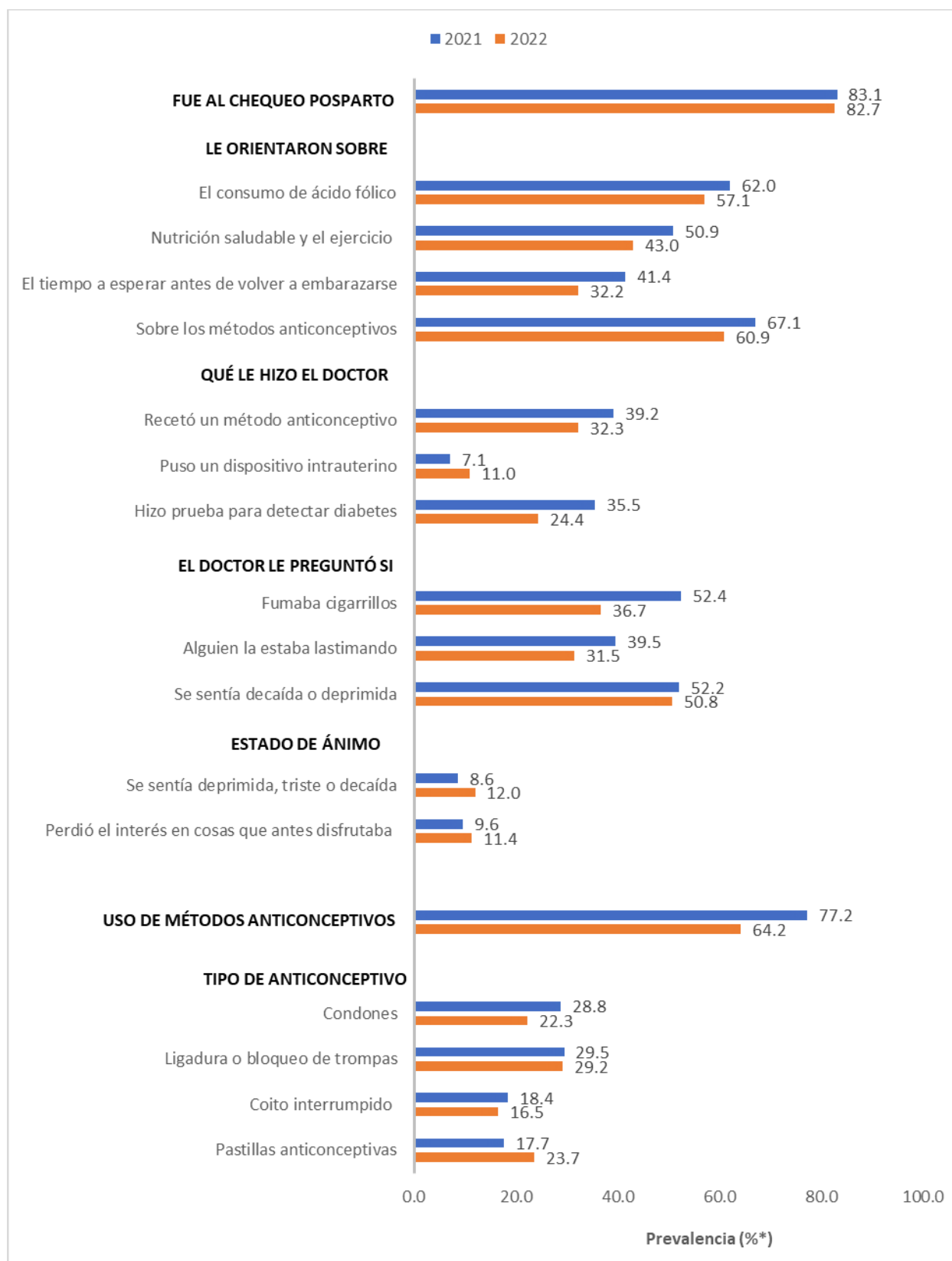
Por otro lado, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) declara que:

“Las semanas posteriores al parto son un período crítico para una mujer y su bebé, ya que preparan el escenario para la salud y el bienestar a largo plazo. Para optimizar la salud de las mujeres y los lactantes, la atención posparto debe convertirse en un proceso continuo, en lugar de un solo encuentro, con servicios y apoyo adaptados a las necesidades individuales de cada mujer. Se recomienda que todas las mujeres tengan contacto con su obstetra-ginecólogo u otros proveedores de atención obstétrica dentro de las primeras 3 semanas después del parto. Esta evaluación inicial debe ser seguida con atención continua según sea necesario, concluyendo con una visita posparto completa a más tardar 12 semanas después del nacimiento. La visita posparto integral debe incluir una evaluación completa del bienestar físico, social y psicológico, incluidos los siguientes dominios: estado de ánimo y bienestar emocional; cuidado y alimentación infantil; sexualidad, anticoncepción y espaciamiento de los nacimientos; el sueño y la fatiga; recuperación física desde el nacimiento; manejo de enfermedades crónicas; y el mantenimiento

de la salud. Las mujeres con afecciones médicas crónicas, como trastornos hipertensivos, obesidad, diabetes, trastornos de la tiroides, enfermedad renal y trastornos del estado de ánimo deben recibir asesoramiento sobre la importancia de un seguimiento oportuno con sus obstetras-ginecólogos o proveedores de atención primaria para la coordinación continua de la atención. Durante el período posparto, la mujer y su obstetra-ginecólogo u otro proveedor de atención obstétrica deben identificar al proveedor de atención médica que asumirá la responsabilidad principal de su atención continua en su hogar médico primario. Optimizar la atención y el apoyo para las familias en el posparto requerirá cambios en las políticas. Los cambios en el alcance de la atención posparto deben facilitarse mediante políticas de reembolso que apoyen la atención posparto como un proceso continuo, en lugar de una visita aislada. Los obstetras-ginecólogos y otros proveedores de atención obstétrica deben estar a la vanguardia de los esfuerzos políticos para permitir que todas las mujeres se recuperen del parto y cuiden a sus bebés”⁵.

La siguiente gráfica muestra datos sobre el chequeo posparto, orientación recibida, estado de ánimo y uso de anticonceptivos.

Figura 3. Cuidado posparto



Prioridad:

2) Mejorar los resultados del embarazo

Esta prioridad incluye los nacimientos prematuros y otras condiciones y procedimientos que pueden afectar la salud y la supervivencia del (la) niño (a). Las necesidades se enfocan en el cuidado prenatal temprano y la salud oral para reducir las condiciones de salud durante la gestación y, por consiguiente, mejorar los resultados del embarazo.

Necesidades principales:

- A. Condiciones de salud durante el embarazo
- B. Nutrición durante el embarazo

A. Condiciones de salud durante el embarazo

1. Datos de PRAMS-PR que sustentan esta necesidad:

- Entre las primeras cinco (5) condiciones que informaron padecer las mujeres durante el embarazo se encuentran los siguientes:

Condición	2021	2022
Ansiedad	18.0	18.1
Anemia	17.5	15.4
Alta presión sanguínea	12.6	15.2
Diabetes gestacional	10.3	7.7
Depresión	9.3	8.6

- La salud oral inadecuada durante el embarazo está relacionada con resultados adversos del embarazo. Un promedio de 44.8% de las mujeres informaron haber visitado a un dentista o a un higienista para una limpieza dental de rutina durante su embarazo (PR-PRAMS 2021: 42.0%; PR-PRAMS 2022: 47.6%).
- Un promedio de 18.4% de las mujeres informaron no tener una visita de limpieza dental de rutina, principalmente porque no creían que fuera seguro ir al dentista durante el embarazo (PR-PRAMS 2021: 22.1%; PR-PRAMS 2022: 14.6%).

2. Estrategias para implementarse con los programas de la SMNA para estas necesidades:

- I. Fortalecer las colaboraciones para desarrollar estrategias que promuevan las visitas preventivas de cuidado de salud oral en mujeres embarazadas.
- II. Proveer información a la población de interés sobre los beneficios de las visitas preventivas de salud oral durante el embarazo a través de las redes sociales y actividades educativas en la comunidad.
- III. Promover las visitas de salud oral preventiva entre las participantes embarazadas del PVH.
- IV. Continuar brindando actividades educativas relacionadas al cuidado prenatal a través de talleres, como el Curso Prenatal.
- V. Continuar alcanzando y refiriendo mujeres embarazadas para que inicien el cuidado prenatal.
- VI. Promover estilos de vida saludables durante el embarazo mediante redes sociales y actividades educativas en la comunidad.

3. Traducción de los hallazgos en acciones de salud pública:

- La campaña multimedios, “El encuentro de mi vida” fue relanzada en 2018 con el propósito de promover el mensaje de que el embarazo dura 40 semanas, la importancia de la atención prenatal adecuada, y el cuidado y prevención de conductas de riesgo que pueden afectar al feto, como estrategias para disminuir la prematuridad, morbilidad y mortalidad infantil. Debido al éxito de la campaña anterior, se desarrolló una nueva versión en 2021-22. Se siguió una estrategia similar, con una mayor exposición en las redes sociales. Se creó una página web con nuevo diseño y la nueva campaña utilizó el dominio de https://www.salud.pr.gov/encuentro_mi_vida y se lanzó el 13 de abril de 2022.
- El Curso Prenatal de la SMNA ofrecido por los Promotores de Salud y Educadores en Salud a las mujeres embarazadas y sus familias, promueve la importancia del cuidado prenatal, perinatal y posnatal con énfasis en estilos de vida saludables, cambios durante el embarazo, señales de alerta, plan de parto, lactancia materna (LM), cuidado del bebé, salud dental y planificación familiar. Además, el

sitio web de la campaña de medios “Encuentro de mi vida” brinda información valiosa para todos los períodos de embarazo y cuidado infantil.

- El Curso Prenatal virtual <https://www.salud.pr.gov/CMS/587> enfatiza en la importancia de las visitas dentales preventivas durante el embarazo.
- Las EV educan a los participantes sobre comportamientos de protección, incluyendo el cuidado prenatal, alimentación saludable, actividad física, salud oral, LM, crianza positiva, desarrollo de bebés y niños, seguridad y otros temas relacionados. También se enfatizan los comportamientos que pueden afectar a la madre y al bebé, como el consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de medicamentos recetados y de venta libre, la exposición a sustancias tóxicas, el estrés, la violencia intrafamiliar y de pareja, la salud mental materna, entre otros. Además, los determinantes sociales de la salud, incluido el acceso servicios de salud, el empleo, la vivienda, los sistemas de apoyo social y otros, se identifican y se abordan según sea necesario.
- Las EV ofrecen a los participantes servicios de manejo de casos, coordinación de cuidados, detección de factores de riesgo, apoyo y educación con un enfoque biopsicosocial. Remiten a los participantes a proveedores de servicios de salud en la comunidad de acuerdo con las necesidades identificadas y brindan seguimiento para garantizar que se reciban los servicios. Las EV también monitorean si las mujeres embarazadas, los bebés y los niños están recibiendo cuidados de acuerdo con las guías de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos. Continúan enfatizando en la importancia de las visitas dentales preventivas durante el embarazo y refieren a todas sus participantes a estos servicios.
- La SMNA desarrolló las Guías de Servicios Preventivos de Salud para Mujeres en Edad Reproductiva (GSPSMER), las cuales fueron aprobadas por el Secretario de Salud de PR como política pública del Departamento de Salud. Estas guías abordan condiciones crónicas, salud mental, salud oral, exámenes de rutina, entre otros. Las mismas se actualizan continuamente.
- Las EV continúan evaluando de forma rutinaria a sus participantes para identificar la presencia de riesgos relacionados con parto

prematureo y con bajo peso al nacer, para brindar educación y orientación individual sobre los signos y síntomas asociados con parto prematuro, así como información sobre las facilidades de parto con servicios perinatales de Nivel III cercanos a su residencia. Las Enfermeras Perinatales (EP) continúan brindando educación a las gestantes sobre los signos y síntomas del parto prematuro. La SMNA continúa promoviendo el uso de una tarjeta prenatal en oficinas obstétricas, para registrar el historial e información obstétrica pertinente y el beneficio de llevarla siempre consigo en caso de tener alguna complicación que requiera cuidado de urgencia.

- En mayo de 2022 se celebró en PR el primer Día de Concientización sobre la Salud Mental Perinatal. Esta observancia fue conceptualizada y desarrollada por el Centro de Salud Mental Perinatal, adscrito al Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. La Consultora de Salud Mental del Título V es uno de los miembros fundadores del Centro y autora de la medida. Fue presentado en la Legislatura y aprobado por ambos la Cámara de Representantes y el Senado como Ley 6 de 2022. El objetivo es educar y concienciar sobre los problemas relacionados con la salud emocional y mental durante el embarazo, el parto y el posparto. Se persigue abrir camino a las actividades educativas y de investigación para identificar formas más efectivas de prevenir, diagnosticar y tratar estas afecciones, que tienen un efecto adverso, no solo en la salud de las personas embarazadas y en la crianza de los hijos, pero también en la de sus hijos. La SMNA tiene previsto difundir información sobre esta importante iniciativa a través de diversos medios.

4. Cómo los datos ayudan a la promoción y difusión de prácticas de salud pública:

- Se crea conciencia sobre el cuidado de su salud durante el embarazo
- La promoción de estilos de vida saludables reduce la incidencia de enfermedades crónicas en el embarazo

5. Indicadores de evaluación:

- NPM – Porcentaje de mujeres que tuvieron una visita de salud oral preventiva durante su embarazo

- ESMs:
 - Por ciento de participantes embarazadas del PVH que reciben servicios de salud oral luego de un referido en PR a septiembre 2021-2025
 - Por ciento de personas que reconocen a la salud oral como parte del cuidado de prenatal, luego de participar en el curso prenatal de la SMNA, a septiembre 2021-2025

6. Indicadores de evaluación suplementarios:

- Por ciento de participantes de PRAMS-PR que informan:
 - Haber recibido cuidado prenatal durante su embarazo más reciente
 - Haber recibido cuidado prenatal desde el primer trimestre de embarazo
 - Haber recibido cuidado de salud dental durante su embarazo más reciente

7. Datos adicionales: Favor referirse a los datos adicionales sobre cuidado prenatal en las páginas subsiguientes.

B. Nutrición durante el embarazo

1. Datos de PRAMS-PR que sustentan esta necesidad:

- De acuerdo con PRAMS-PR 2021-2022, un promedio de 84% de las mujeres reportaron que, durante sus consultas de cuidado prenatal, un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud les habló sobre la alimentación saludable durante el embarazo.

2. Estrategias para implementarse con los programas de la SMNA para esta necesidad:

- Aplican las mismas estrategias de la sección: “A. Condiciones de salud durante el embarazo”.

3. Traducción de los hallazgos a la práctica de la salud pública:

- Los temas de educación relacionados con la salud de la mujer y de la madre, proporcionados por las EV, ES y los Promotores de Salud, incluyen la nutrición de la mujer para un peso saludable.

4. Cómo los datos ayudan a la promoción y difusión de prácticas de salud pública:

- Según los CDC, el bajo peso antes del embarazo, la baja estatura y el poco aumento de peso durante el embarazo, están asociados con el bajo peso de bebé al nacer. Por otro lado, tener sobrepeso durante el embarazo también se asocia con el exceso de peso materno retenido después del parto.
- Los CDC recomiendan a los médicos que hablen con las mujeres embarazadas sobre cómo llevar una dieta saludable y realizar actividad física, para evitar el aumento de peso durante el embarazo. Estas recomendaciones aumentan la probabilidad de mejorar los resultados del embarazo.

5. Fuentes para estudio de necesidades:

- Estadísticas Vitales – Porcentaje de mujeres que tuvieron un nacimiento vivo y un aumento de peso adecuado durante el embarazo.
- PR-BRFSS – Porcentaje de mujeres que reportan haber consumido frutas o vegetales durante el embarazo.
- WIC – Porcentaje de mujeres con bajo peso como factor de riesgo para inscribirse en WIC.

6. Indicador de evaluación suplementario:

- Porcentaje de las mujeres participantes de PRAMS-PR que reportaron haber recibido educación/orientación sobre hábitos alimentarios saludables, por parte de un profesional de la salud durante el embarazo.

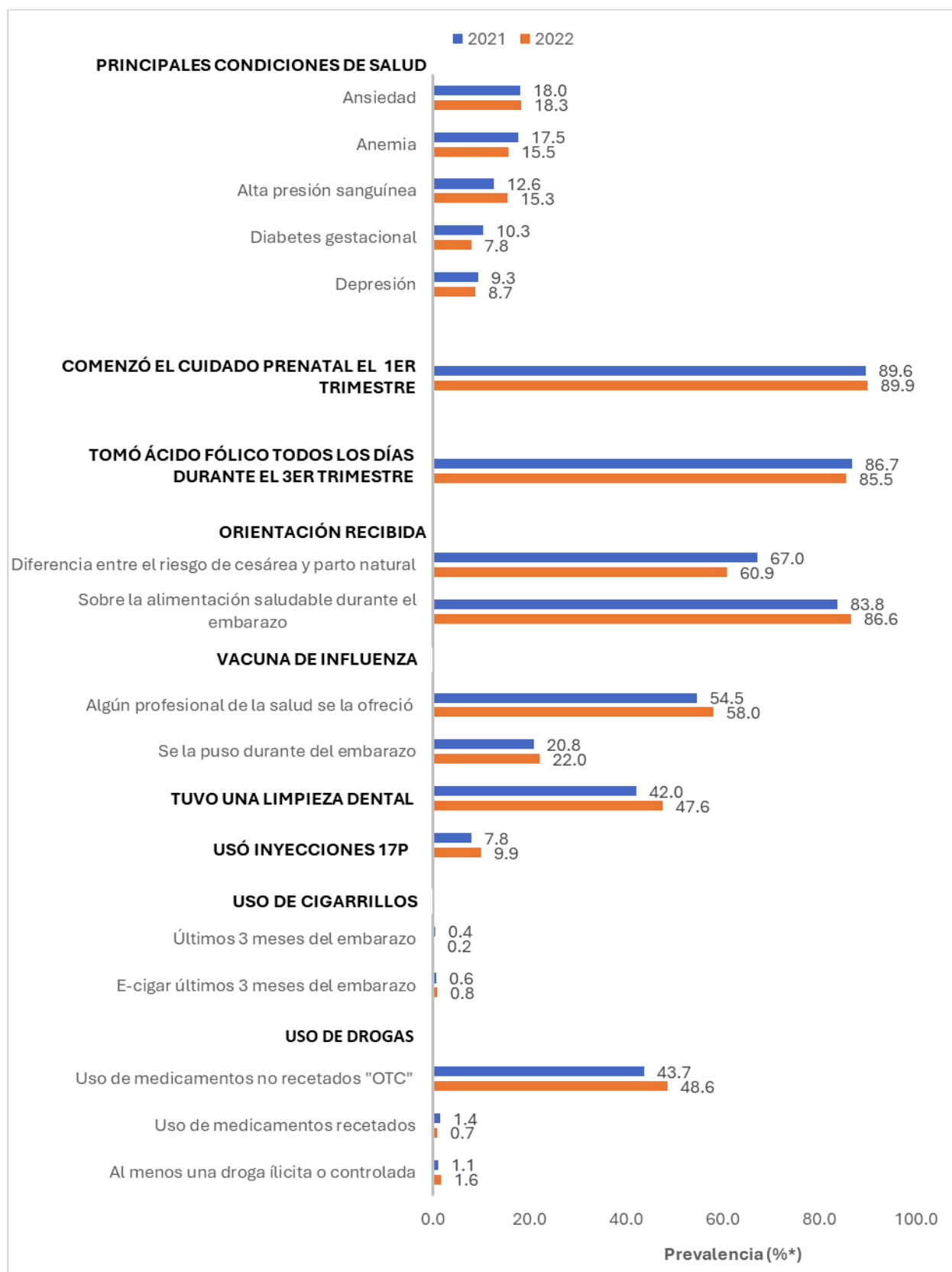
DATOS ADICIONALES

A continuación, se presentan datos adicionales sobre cuidado prenatal.

CUIDADO PRENATAL

Es muy importante que cualquier persona que pueda quedar embarazada reciba cuidado médico antes, durante y después del embarazo, para reducir el riesgo de complicaciones. Las complicaciones del embarazo incluyen condiciones físicas y mentales que afectan la salud de la persona embarazada o posparto, su bebé o ambos. Las condiciones físicas y mentales que pueden provocar complicaciones pueden comenzar antes, durante o después del embarazo³. PRAMS-PR mostró que entre los años 2021 y 2022, un 89% de las participantes de la encuesta asistió a su primera visita prenatal durante el primer trimestre del embarazo. A continuación, se presenta una gráfica con otros indicadores relacionados al cuidado prenatal.

Figura 4. Cuidado prenatal



DOMINIO DE SALUD PERINATAL E INFANTIL

Prioridad:

1) Disminuir la mortalidad infantil

Para el año 2022, los datos preliminares de las Estadísticas Vitales de PR mostraron una tasa de MI de 7.5 por cada 1,000 nacimientos vivos y la tasa de mortalidad relacionada con los bebés prematuros fue de 298.2 por cada 100,000 nacidos vivos. Las condiciones asociadas a la prematuridad y el bajo peso al nacer se encuentran entre las primeras cinco causas de MI en la isla.

El síndrome de dificultad respiratoria sigue siendo la principal causa de muerte en los recién nacidos prematuros tempranos. El parto prematuro (PTB, por sus siglas en inglés) en Puerto Rico, aunque ha disminuido desde 2015, se mantiene alto en 12.2% (Estadísticas Vitales 2023). El bajo peso al nacer (LBW, por sus siglas en inglés) está relacionado con el parto prematuro, un problema de salud cada vez mayor y la primera causa de muerte de los recién nacidos prematuros. Según los datos de Estadísticas Vitales de 2023, el 10.7% de los nacidos vivos tuvieron bajo o muy bajo peso al nacer para la edad gestacional.

La promoción del ambiente seguro al dormir para disminuir la mortalidad infantil continúa siendo una prioridad en la evaluación de necesidades de la SMNA. En PR, el Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada (Sudden Unexpected Infant Death o SUID, por sus siglas en inglés) relacionado con el sueño fue la tercera causa de muertes infantiles entre las edades de 1 a 12 meses en 2021 y la primera causa en 2017 a 2019 y nuevamente en 2022. La definición del SUID relacionado con el sueño, incluye el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (Sudden Infant Death Syndrome o SIDS, por sus siglas en inglés), causa desconocida, asfixia accidental y estrangulamiento en la cama.

Necesidad principal:

A. Ambiente seguro al dormir

Datos de PRAMS-PR que sustentan esta necesidad:

En la encuesta PRAMS-PR 2022, el 52.9 % de las participantes informaron que colocaban a sus bebés a dormir boca arriba, pero solo el 6.5 % cumplía con los tres criterios para un entorno seguro (boca arriba, en una superficie para dormir aprobada y separada, sin objetos blandos ni ropa de cama suelta). Después de un aumento gradual durante los 3 años anteriores, la encuesta del 2022 reveló un aumento en dos prácticas (una superficie para dormir aprobada y separada y sin objetos blandos ni ropa de cama suelta), pero hubo una disminución en la posición boca arriba y en el cumplimiento de los tres criterios. Por lo tanto, brindar educación sobre el sueño seguro para disminuir la mortalidad infantil continúa siendo una prioridad.

La siguiente tabla muestra las prácticas de sueño infantil de acuerdo con PRAMS 2020 al 2022:

Prácticas de sueño infantil	Porcentaje de respuesta afirmativa			
	2019	2020	2021	2022
A. Boca arriba	44.0	49.6	55.2	52.9
B. En una superficie para dormir separada y aprobada	23.1	25.2	23.2	25.6
C. Sin objetos blandos ni ropa de cama suelta	24.1	26.8	30.0	34.1
D. En un ambiente seguro que incluye A, B & C	4.5	6.8	6.9	6.5

Tabla 2. Fuente: PRAMS-PR 2019, 2020, 2021, 2022

Estrategias para implementarse con los programas de la SMNA para esta necesidad:

1. Colaborar con la Asociación de Hospitales para capacitar al personal de los hospitales con respecto a las prácticas del ambiente seguro al dormir y promover el inicio exitoso de la lactancia.
2. Proveer información y promover el ambiente seguro al dormir, los signos y síntomas de un parto prematuro, la prevención de lesiones no intencionales y recomendaciones para iniciar la lactancia exitosamente y exclusiva hasta los

seis meses por medio PVH, EP, cursos prenatales y de crianza, redes sociales y otros medios de comunicación.

3. Promover la implementación de la política de “Hard Stop” en los hospitales para reducir los partos electivos antes de las 39 semanas de gestación.
4. Desarrollar políticas y estrategias basadas en los resultados del análisis estatal y jurisdiccional del Instrumento para la Evaluación del Cuidado Neonatal y Materno de los CDC (LOCATe, por sus siglas en inglés), para asegurar que los nacimientos de muy bajo peso y/o prematuros ocurran en facilidades que brindan el nivel de especialidad requerido para el cuidado de neonatos de alto riesgo.
5. Continuar con el Comité Revisor de Muertes Fetales e Infantiles con el propósito de identificar brechas y mejorar el cuidado materno e infantil.
6. Diseminar una guía de preparación y respuesta a emergencias, que tome en consideración las necesidades de los bebés, incluyendo la alimentación infantil segura, prácticas de sueño más seguro, entre otros.

Traducción de los hallazgos en acciones en salud pública:

Un entorno de sueño seguro de bebé puede contribuir a la reducción de la mortalidad infantil. Como resultado del análisis de los datos de PR-PRAMS sobre prácticas de sueño seguro, la SMNA desarrolló un plan estratégico dirigido tanto a los profesionales de la salud como a las familias, para abordar el sueño seguro de los bebés. Las estrategias implementadas incluyen:

- En agosto de 2021, la SMNA, en colaboración con la Academia Americana de Pediatría (AAP) Capítulo de Puerto Rico, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (Capítulo de Puerto Rico) y la Asociación de Hospitales de PR, ofreció una actividad virtual en “Facebook Live” para apoyar a las madres lactantes. Aunque el enfoque fue la preparación prenatal para la LM y el papel del padre y del hospital en el apoyo a la LM, en esta actividad también se promovieron prácticas de sueño seguro de bebé. La población objetivo de esta actividad fueron mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas y sus familias y miembros de la Asociación de Hospitales de PR.

- Transmisión continua de video de 3 minutos sobre prácticas de sueño seguro en la página web del Departamento de Salud, su página de Facebook y a través de redes sociales. En 2021-2022 el video fue visto 235 veces. Se estará incorporando lenguaje de señas.
- Elaboración de una hoja informativa con datos de PRAMS-PR sobre sueño seguro y recomendaciones de la AAP (Estados Unidos) publicada en la página web del PRDH en septiembre de 2021 (www.salud.pr.gov/menuInst/download/1556) y otra hoja adicional sobre recomendaciones disponible en www.salud.pr.gov/CMS/562 que se puede descargar o imprimir.
- El tema del ambiente seguro al dormir del bebé se incluye en el Curso Prenatal y de Crianza Positiva, en el taller “Por qué lloran los bebés”, el PVH, los servicios perinatales, la campaña multimedios del curso “El encuentro de mi vida”, y en la Guía de Salud Pública en Emergencias y Desastres del Departamento de Salud 2022.
- Participación en foros estatales y nacionales para concienciar sobre prácticas del ambiente seguro al dormir en PR.
- Las prácticas del ambiente seguro al dormir del bebé, además de datos de PRAMS-PR y otros temas de salud, fueron presentados por el investigador Principal de PR-PRAMS, durante el seminario virtual de PROGyn titulado “Comunicación Efectiva con Pacientes” celebrado el 15 de mayo de 2021.
- Se publicó un artículo sobre el sueño seguro de bebé en la edición 28 de la revista virtual “Mi Pediatra” de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría (Páginas 15 a 17) en mayo de 2021. El artículo titulado **Recomendaciones para que los bebés duerman seguros y los padres puedan dormir tranquilos**, fue escrito por la entonces consultora pediátrica de la SMNA, como resultado de los hallazgos de PRAMS-PR con respecto a las prácticas de sueño para los bebés, reportadas por las madres participantes de la encuesta (<https://revistamipediatrapr.com/revista-mi-pediatra-edicion-28/>).

- Se ofreció la presentación titulada “Translating PR-PRAMS Safe Sleep Data into Strategies to Decrease Infant Mortality in PR” durante la conferencia nacional virtual de “CityMatch” que se llevó a cabo del 8 al 10 de diciembre de 2021. El objetivo fue difundir los datos de PRAMS-PR sobre prácticas seguras de sueño de bebé, brindar información sobre el plan estratégico desarrollado para abordar este tema y crear conciencia sobre este problema de salud pública en PR.
- El porcentaje de bebés colocados boca arriba, en una superficie para dormir aprobada separada, sin objetos blandos ni ropa de cama suelta, se seleccionaron como las medidas que podrían reducir la mortalidad infantil.

Cómo los datos ayudan a la promoción y difusión de prácticas de salud pública:

- Las muertes infantiles súbitas e inesperadas en PR pueden disminuir si se abordan minuciosamente las prácticas del ambiente seguro al dormir a través de un plan estratégico dirigido a los profesionales de la salud, las familias y las poblaciones a riesgo.
- Se han coordinado esfuerzos con una red de colaboradores para promover el ambiente seguro al dormir entre los profesionales de la salud, incluido el personal de hospitales.
- Se coordinarán colaboraciones con el programa WIC para enfatizar en las prácticas del ambiente seguro al dormir entre sus participantes.

Indicadores de evaluación:

- NPM - Porcentaje de bebés colocados boca arriba para dormir, en una superficie aprobada separada para dormir, sin objetos blandos ni ropa de cama suelta. Se espera un aumento en el número de madres participantes de PR-PRAMS que informan que acuestan a sus bebés en un ambiente seguro para dormir, que incluye las tres prácticas anteriores, para el final del ciclo actual del Título V (2025), debido a las estrategias incluidas en el plan de acción para reducir la mortalidad infantil.
- ESM - Porcentaje de bebés de 4 meses de edad, participantes del PVH de TV, colocados a dormir en un ambiente seguro al dormir, después de recibir orientación del tema, a septiembre 2021-2025.

Indicadores de evaluación suplementarios:

- **Datos de PRAMS-PR**

- Por ciento de infantes acostados:
 - Boca arriba
 - En una superficie para dormir separada y aprobada
 - Sin objetos blandos ni ropa de cama suelta
- Por ciento de madres que reportan recibir educación de un doctor, enfermera u otro profesional de la salud sobre algunas de las siguientes:
 - Poner a dormir al bebé boca arriba
 - Poner a dormir al bebé en una cuna, moisés o “pack and play”
 - Poner la cuna o cama de bebé en su cuarto
 - Qué cosas deben o no deben estar en la cama con bebé

DATOS ADICIONALES

A continuación, se presentan datos adicionales de PRAMS-PR sobre el ambiente seguro al dormir, lactancia y las experiencias de lactancia en el hospital.

AMBIENTE SEGURO AL DORMIR

De acuerdo con la AAP (Estados Unidos):

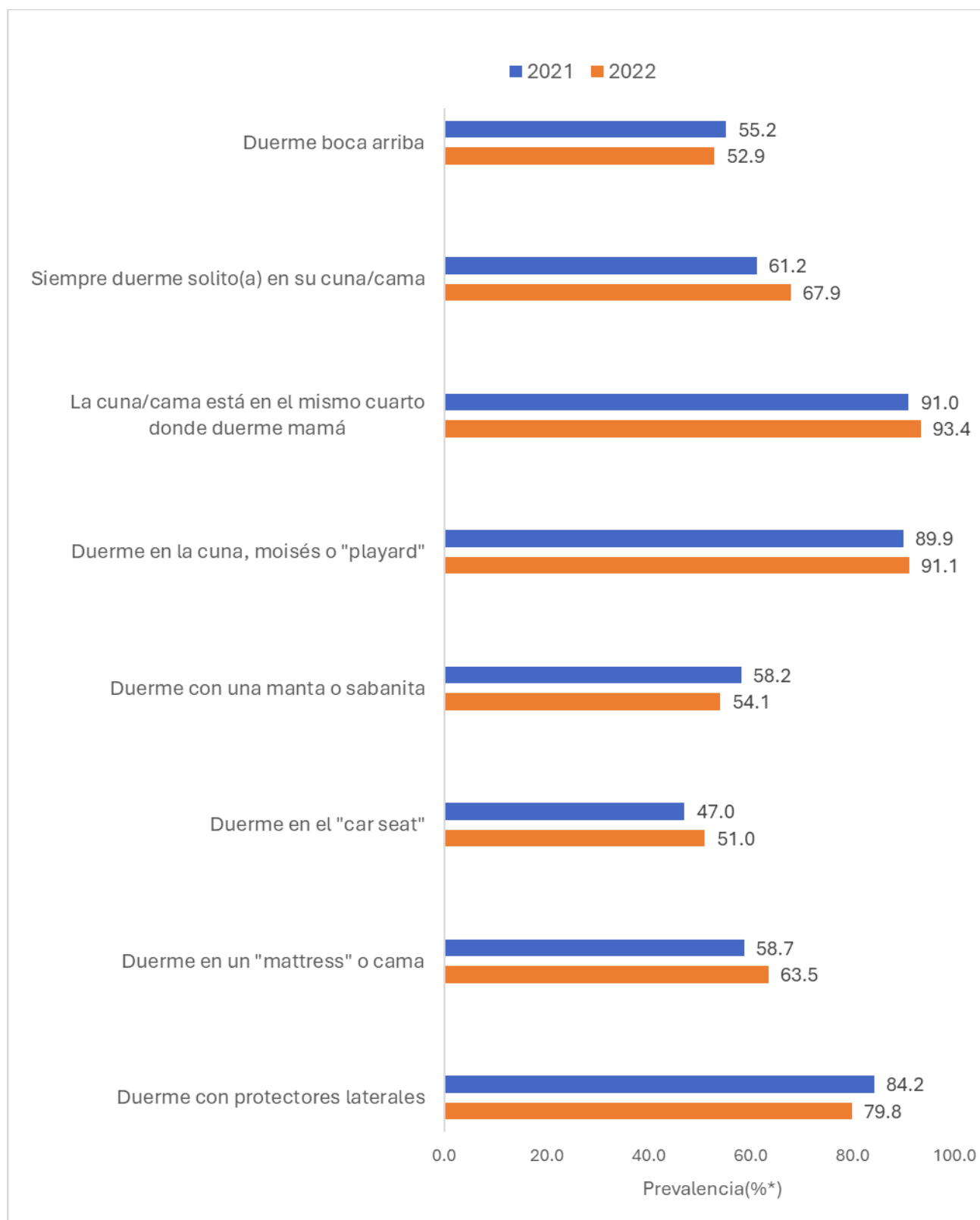
“La Muerte Súbita Inesperada del Lactante (SUID, por sus siglas en inglés), que incluye el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es la principal causa de muerte por lesiones en la infancia. El sueño es un gran desafío para las familias con bebés, pero seguir las recomendaciones de sueño seguro puede prevenir muchas muertes por SUID”.

“La tasa de mortalidad infantil relacionada con el sueño disminuyó significativamente en la década de 1990 después de que la AAP y otros recomendaron que los bebés se colocaran boca arriba para dormir, pero las tasas se han estabilizado [ha habido poco o ningún cambio después del progreso obtenido] desde entonces, y el SMSL sigue siendo la principal causa de mortalidad posneonatal”⁶.

La AAP ofrece varias recomendaciones para evitar muertes infantiles relacionadas con el sueño:

- Colocar a los bebés boca arriba para que duerman.
- Colocar a los bebés en la misma habitación de sus padres, pero no en la misma cama, preferiblemente durante al menos los primeros seis meses del nacimiento.
- Usar una cuna, un moisés o un corralito portátil con un colchón firme y plano y una sábana ajustable.
- Evitar colocar a dormir a los bebés en un sofá o sillón o en un dispositivo de asiento, como un columpio o un asiento de seguridad para el automóvil (excepto mientras viaja en el automóvil).
- Mantener las mantas sueltas, almohadas, juguetes de peluche, parachoques y otros artículos blandos fuera del espacio para dormir.
- Amamantar si es posible
- Evitar fumar.

Figura 5. Formas de dormir

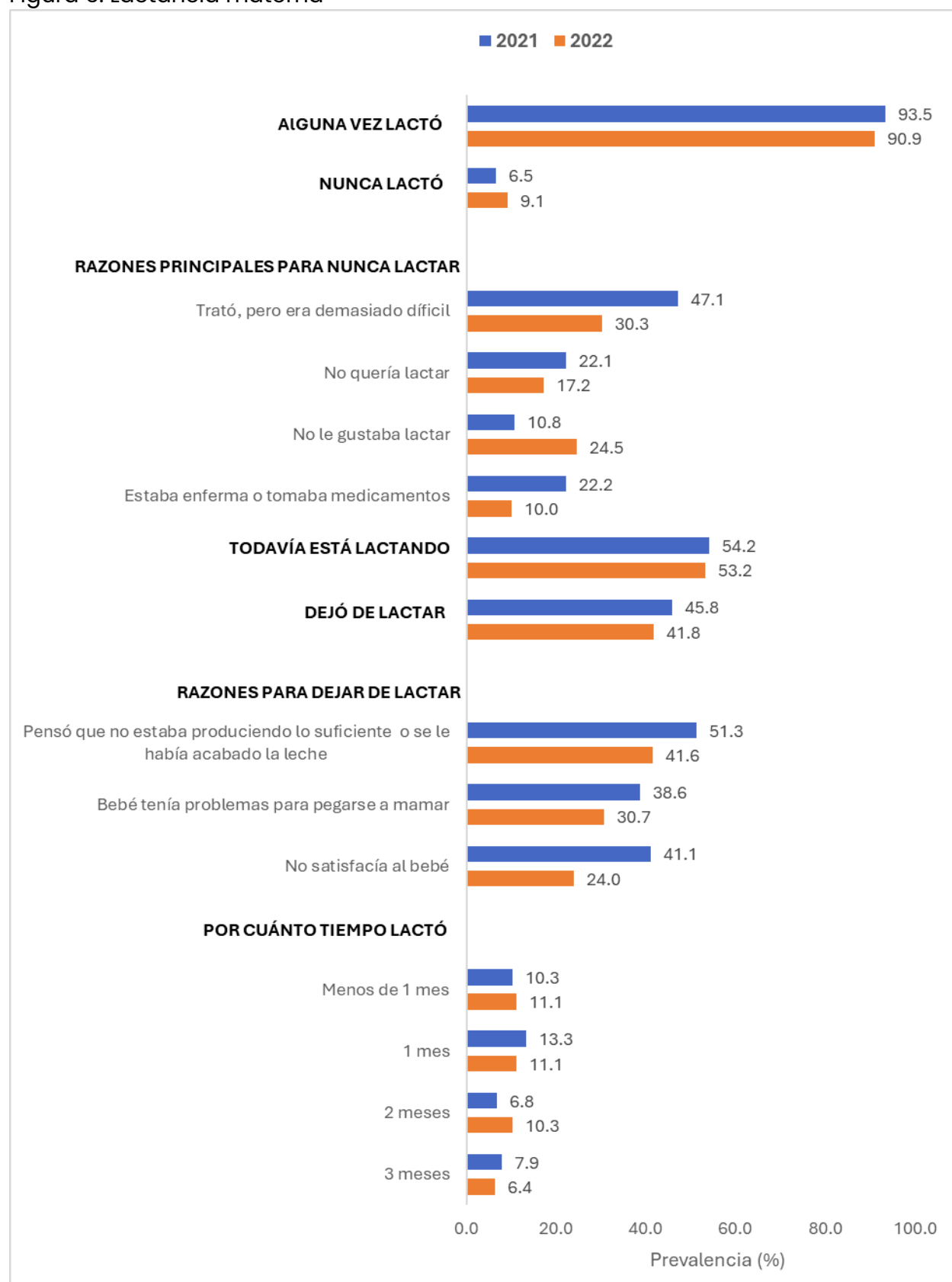


LACTANCIA

La lactancia materna (LM) ha demostrado tener un impacto positivo en la disminución de la MI. La evidencia científica también respalda el efecto beneficioso de la LM en la disminución de la prevalencia de la obesidad infantil y en la prevención del SUID. Las Estadísticas Vitales de Puerto Rico obtenidos del certificado de nacimiento, revelaron que el 96.7% de las madres amamantaron alguna vez antes de registrar a sus bebés en 2022, una ligera disminución en comparación con 2021 (97.2%). De las mujeres que reportaron haber amamantado alguna vez en 2022, el 47% reportó LM exclusiva antes de registrar a sus bebés.

Por otro lado, según los datos de PRAMS-PR 2021 y 2022, un promedio de 91.5% de las encuestadas lactó alguna vez a su bebé después del parto y un promedio de 53.7% todavía estaba lactando a su bebé al momento de la encuesta (Figura 6).

Figura 6. Lactancia materna



Los datos PRAMS 2022 mostraron que el 21.8 % practicaban lactancia exclusiva con sus hijos a los 3 meses de nacidos, una ligera disminución en comparación con el 2021 (25.4%). Al observar los datos de PRAMS del 2019–2022 (cuatro años), el porcentaje de madres que todavía estaban amamantando al momento de la encuesta se mantuvo por encima del 50 % en general:

Lactancia al momento de responder la encuesta PRAMS-PR 2021–2022	
Año	% todavía lactando
2019	54.6
2020	53.2
2021	54.2
2022	53.2

EXPERIENCIAS DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL

De acuerdo con los CDC,

“En los Estados Unidos, casi todos los bebés nacen en un hospital. Su estancia suele ser breve, pero los acontecimientos ocurridos durante este tiempo tienen efectos duraderos. Las experiencias con la lactancia materna en las primeras horas y días de vida influyen significativamente en la alimentación posterior del lactante. Varias prácticas hospitalarias de apoyo clave pueden mejorar los resultados de la lactancia materna”⁷.

El inicio de la LM se ha asociado con la LM durante la primera hora después del nacimiento, el contacto piel con piel de la madre con el bebé, el alojamiento conjunto y el apoyo del personal del hospital para la LM⁸. Según las Estadísticas Vitales 2022, el 70% de las madres que dieron a luz por vía vaginal y el 36% de las madres que dieron a luz por cesárea pudieron amamantar en la primera hora después del parto. Los datos de PRAMS-PR 2021 y 2022, indican que el 49.5% y el 42.0% de las participantes, respectivamente, informaron haber amamantado en el hospital durante la primera hora posparto. Por otro lado, en el 2021, 78% las participantes de la encuesta reportaron haber amamantado en el hospital y en el 2022, el 74.5%. A pesar de la disminución en el porcentaje de participantes de PRAMS que reportan haber

amamantado en el hospital en comparación con el 2019 (90%) y 2020 (87%), las tasas de LM exclusiva al alta hospitalaria continúan reflejando el éxito de la implementación de estrategias de apoyo a la LM.

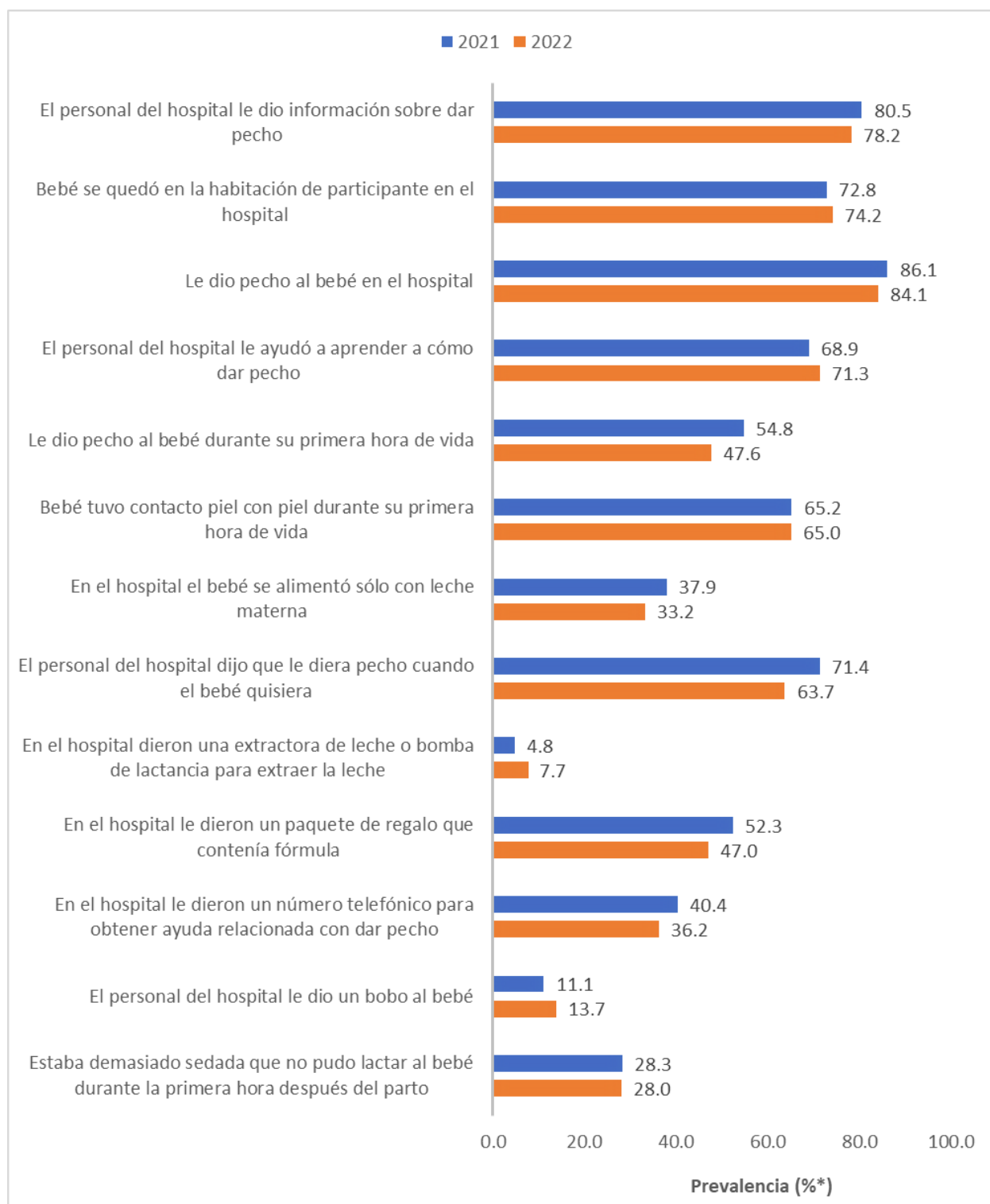
El Programa de Prácticas de Maternidad en Nutrición y Cuidado Infantil (mPINC™, por sus siglas en inglés) es un instrumento de autoevaluación de las instituciones de maternidad sobre sus avances en mejorar las prácticas de cuidado materno que apoyan y promueven la lactancia materna. Ha habido un aumento gradual en el número de hospitales de parto de PR que participan en la encuesta, y una mejoría en la puntuación, reflejando cambios positivos en las prácticas materno-infantiles. La puntuación del mPINC en 2013 fue de 61, en 2015 fue de 69 y en 2020 PR logró la puntuación de 73. En la encuesta mPINC de 2022, PR logró la misma puntuación total que se informó en 2020.

El personal de SMNA ha continuado exhortando a los hospitales a cumplir con la implementación de la política para establecer un programa de apoyo a la lactancia materna y alojamiento compartido, según lo requerido en la Política de Regulaciones del Hospital para la concesión de licencias y operación #9184 (junio de 2020). La normativa hace hincapié en el cumplimiento de la Ley 156 modificada en 2016 (asegurando las mujeres puedan tener un acompañante durante el trabajo de parto y el período posparto, la opción de alojamiento compartido y los derechos a la lactancia materna, entre otros) y la Ley 79 de 2004 (que prohíbe al personal de los hospitales dar sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos sin una orden médica y el consentimiento informado de la madre).

Con relación a los objetivos de Gente Saludable 2030, los mismos fueron revisados e incluyen dos (2) relacionados con la lactancia materna: aumentar la proporción de lactantes que son amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de edad y aumentar la proporción de lactantes que son amamantados a 1 año.

Los datos recopilados por PRAMS-PR de la Fase 8 se continuarán utilizando para verificar las prácticas de LM en los hospitales y entre las madres, para estudiar tendencias, e identificar estrategias para mejorar los resultados. PRAMS-PR es una herramienta valiosa para evaluar las tendencias en las prácticas hospitalarias que complementan la información obtenida en el mPINC y en las tendencias de LM en la población.

Figura 7. Experiencias de lactancia en el hospital



REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. "Before Pregnancy", February 10, 2023. <https://www.cdc.gov/preconception/index.html>
2. National Institutes of Health, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. "About Pre-Pregnancy and Prenatal Care", January 31, 2017. [About Pre-Pregnancy Care and Prenatal Care | NICHD – Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development](#)
3. Centers for Disease Control and Prevention. "Pregnancy Complications", February 8, 2023. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-complications.html>
4. Lopez-Gonzalez D, Kopparapu, AK. "Postpartum Care of the New Mother." NCBI Bookshelf. December 11, 2022. [Postpartum Care of the New Mother – StatPearls – NCBI Bookshelf](#)
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. "Optimizing Postpartum Care", ACOG Committee Opinion, Number 736, May 2018. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
6. American Academy of Pediatrics. "SUID and Safe Sleep Overview", October 15, 2024. [Safe Sleep](#)
7. Centers for Disease Control and Prevention. "About Breastfeeding", April 4, 2023. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/index.htm>
8. Centers for Disease Control and Prevention. "Maternity Practices in Infant Nutrition and Care (mPINC) Survey", June 28, 2024. [Maternity Practices in Infant Nutrition and Care \(mPINC\) Survey | Breastfeeding Data | CDC](#)

BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention. "PRAMS Methodology".

<https://www.cdc.gov/prams/methodology.htm#detailed>

Maternal and Child Health Services Title V Block Grant Puerto Rico, FY 2022
Application/FY 2020 Annual Report. Maternal, Child and Adolescents Health Section,
Puerto Rico Department of Health. [PR TitleV](#) [PrintVersion](#)

Maternal and Child Health Services Title V Block Grant Puerto Rico, FY 2023
Application/FY 2021 Annual Report. Maternal, Child and Adolescents Health Section,
Puerto Rico Department of Health.
<https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PR&year=2023>

Maternal and Child Health Services Title V Block Grant Puerto Rico, FY 2024
Application/FY 2022 Annual Report. Maternal, Child and Adolescents Health Section,
Puerto Rico Department of Health. [PR TitleV](#) [PrintVersion](#)

The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Overview of Design and
Methodology. Schulman, et al.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6137777/pdf/AJPH.2018.304563.pdf>

APÉNDICE: TABLAS

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	49
B. CONDICIONES DE SALUD	53
C. ÁCIDO FÓLICO	56
D. SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD CON UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD.....	57
E. ORIENTACIÓN Y CERNIMIENTO.....	60
F. SALUD ORAL.....	65
G. CONSUMO DE CIGARRILLOS, ALCOHOL O DROGAS.....	68
H. INDUCCIÓN Y CESÁREAS.....	74
I. LACTANCIA.....	78
J. AMBIENTE SEGURO DE DORMIR EL BEBÉ.....	84
K. ESTADO DE ÁNIMO DESPUÉS DEL EMBARAZO.....	88
L. MALTRATO	89
M. DESEABILIDAD Y PLANIFICACIÓN.....	91

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla A1. Características sociodemográficas, PRAMS-PR 2021 y 2022

Característica	Categoría	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Edad de la Madre (años)	≤17	18	335	1.8	1.0, 3.0	9	152	0.8	0.4, 1.8
	18 a 19	52	946	5.0	3.6, 6.8	43	1,005	5.3	3.9, 7.3
	20 a 24	279	5,406	28.3	25.2, 31.8	291	5,565	29.4	26.2, 32.8
	25 a 29	277	5,990	31.4	28.1, 34.9	284	5,478	29.0	25.8, 32.3
	30 a 34	210	3,978	20.9	18.1, 23.9	206	4,130	21.8	19.0, 25.0
	35 a 39	102	2,027	10.6	8.6, 13.1	112	2,020	10.7	8.7, 13.1
	≥40	27	391	2.1	1.3, 3.3	27	565	3.0	2.0, 4.5
Estado Civil	Casada	313	6,346	33.3	29.9, 36.8	289	5,609	29.7	26.5, 33.1
	No Casada	652	12,728	66.7	63.2, 70.1	683	13,306	70.3	66.9, 73.5
Escolaridad	< 8vo grado	8	177	0.9	0.4, 2.0	8	170	0.9	0.4, 2.0
	9mo a 12mo grado	60	1,206	6.3	4.7, 8.4	49	895	4.7	3.4, 6.6

	Tiene Diploma de Esc. Superior	256	5,127	26.9	23.7, 30.3	259	5,306	28.1	24.9, 31.5
	Algunos años de Universidad o Grado Asociado	315	5,801	30.4	27.2, 33.8	312	5,838	30.9	27.7, 34.3
	Bachillerato, Maestría o Doctorado	326	6,763	35.5	32.1, 39.0	343	6,703	35.4	32.1, 39.0
Salario Mensual	\$ 0 a \$16K	469	9,256	52.9	49.1, 56.6	485	9,537	54.6	50.8, 58.3
	\$16,001 a \$28K	206	4,028	23.0	20.0, 26.3	231	4,328	24.8	21.7, 28.1
	\$28,001 a \$57K	125	2,574	14.7	12.2, 17.6	118	2,275	13.0	10.7, 15.8
	\$57,001 o más	74	1,650	9.4	7.4, 11.9	62	1,328	7.6	5.8, 9.9

Tabla A2. Tipo de plan médico por periodo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Periodo del Embarazo	Categoría	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
El mes antes del embarazo	Plan de Salud del Gobierno	552	10,569	56.1	52.4, 59.7	579	11,233	59.8	56.2, 63.3
	Plan Privado	348	7,068	37.5	34.0, 41.1	358	6,976	37.1	33.7, 40.7
	No tenía plan médico	55	1,212	6.4	4.8, 8.5	28	572	3.0	2.0, 4.6
Durante el embarazo	No tuvo Cuidado Prenatal	4	0	0.0	0.0	64	1,264	6.7	5.1, 8.8
	Plan de Salud del Gobierno	607	11,894	63.2	59.6, 66.6	573	11,096	58.9	55.3, 62.4
	Plan Privado	340	6,821	36.2	32.8, 39.8	326	6,406	34.0	30.6, 37.5
	No tenía plan médico	3	43	0.2	0.05, 1.0	3	66	0.3	0.1, 1.4
Al momento de la entrevista	Plan de Salud del Gobierno	634	12,358	65.3	61.8, 68.7	626	12,031	63.7	60.2, 67.2
	Plan Privado	309	6,245	33.0	29.7, 36.5	331	6,614	35.0	31.7, 38.6
	No tenía plan médico	15	308	1.6	0.9, 2.9	11	229	1.2	0.6, 2.4

Tabla A3. Razones por la cuales no tenía plan médico, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razón	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Seguro médico era demasiado caro	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía	0	0	0.0	0.0	1	31	46.8	6.3, 92.1
Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
Mi ingreso era demasiado alto para calificar para el Plan de Salud del Gobierno	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
No sabía cómo obtener seguro médico	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0
No tenía la ciudadanía estadounidense o no tenía los documentos de residencia adecuados	0	0	0.0	0.0	1	4	6.4	0.7, 38.6

B. CONDICIONES DE SALUD

Tabla B1. Condiciones de salud 3 meses antes de embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Condición o problemas de salud	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Diabetes tipo 1 o tipo 2	31	526	2.8	1.8, 4.2	40	777	4.1	2.9, 5.8
Presión sanguínea alta o hipertensión	42	710	3.7	2.6, 5.3	49	760	4.0	2.9, 5.6
Depresión	54	1,145	6.0	4.5, 8.0	61	1,172	6.2	4.7, 8.2
Asma	92	1,884	9.9	7.9, 12.3	105	1,960	10.4	8.4, 12.8
Anemia	87	1,789	9.4	7.4, 11.8	88	1,563	8.3	6.5, 10.5
Problemas cardíacos	21	439	2.3	1.4, 3.7	28	486	2.6	1.7, 4.0
Epilepsia	13	254	1.3	0.7, 2.5	21	309	1.6	1.0, 2.8
Problemas de la glándula tiroides	71	1,383	7.3	5.6, 9.4	83	1,481	7.9	6.1, 10.0
Síndrome Ovario Poliquístico	41	939	4.9	3.6, 6.8	66	1,251	6.6	5.1, 8.7
Ansiedad	146	2,739	14.4	12.0, 17.1	157	3,039	16.1	13.6, 18.9

Tabla B2. Condiciones de salud en el embarazo más reciente, PRAMS-PR 2021 y 2022

Condición o problemas de salud	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Diabetes gestacional	109	1,954	10.3	8.3, 12.7	79	1,463	7.8	6.1, 10.0
Alta presión sanguínea	150	2,393	12.6	10.4, 15.1	193	2,866	15.3	12.9, 18.0
Depresión	93	1,764	9.3	7.3, 11.6	86	1,630	8.7	6.9, 11.0
Asma	44	846	4.4	3.2, 6.2	47	800	4.3	3.0, 6.0
Anemia	159	3,333	17.5	14.9, 20.5	149	2,911	15.5	13.1, 18.3
Problemas cardíacos	25	369	1.9	1.2, 3.2	25	408	2.2	1.4, 3.5
Epilepsia	7	112	0.6	0.2, 1.5	4	46	0.2	0.1, 0.9
Problemas de la glándula tiroides	58	1,016	5.3	3.9, 7.2	63	1,233	6.6	5.0, 8.6
Ansiedad	171	3,419	18.0	15.3, 21.0	186	3,427	18.3	15.6, 21.2

Tabla B.3 Categorías del índice de masa corpórea, PRAMS-PR 2021 y 2022

Categoría de IMC	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Bajo peso	78	1,575	8.5	6.6, 10.8	73	1,362	7.4	5.7, 9.5
Peso normal	383	7,512	40.3	36.8, 44.0	354	6,861	37.1	33.7, 40.7
Sobrepeso	251	4,873	26.2	23.1, 29.5	273	5,404	29.2	26.0, 32.7
Obesidad	233	4,663	25.0	22.0, 28.4	252	4,858	26.3	23.2, 29.6

C. ÁCIDO FÓLICO

Tabla C1. Consumo de ácido fólico, PRAMS-PR 2021 y 2022

Indicador	Consumo veces por semana	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Durante el mes antes del embarazo	No Tomó	646	12,925	68.0	64.5, 71.3	622	12,153	64.5	60.9, 67.9
	De 1 a 3	52	882	4.6	3.4, 6.4	61	1,156	6.1	4.6, 8.1
	De 4 a 6	34	670	3.5	2.4, 5.1	26	569	3.0	2.0, 4.5
	Todos los Días	230	4,535	23.9	20.9, 27.1	260	4,974	26.4	23.3, 29.7
Durante los últimos 3 meses del embarazo	No Tomó	40	752	4.0	2.8, 5.7	49	775	4.1	2.9, 5.8
	De 1 a 3	46	937	4.9	3.6, 6.8	47	1,223	6.5	4.9, 8.7
	De 4 a 6	40	829	4.4	3.1, 6.1	37	722	3.9	2.7, 5.5
	Todos los Días	834	16,477	86.7	84.1, 89.0	829	15,999	85.5	82.7, 87.9

D. SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD CON UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD

Tabla D1. Tuvo una consulta médica 12 meses antes de quedar embarazada, visita prenatal en primer trimestre, visita posparto y visita de seguimiento del bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tuvo una consulta	2021				2020			
	n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
Antes del embarazo	602	12,105	64.0	60.4, 67.5	701	13,386	71.8	68.4, 75.0
Primera visita prenatal en primer trimestre	861	955	89.6	87.1, 91.7	851	16,674	89.9	87.5, 91.9
Posparto	812	15,785	83.1	80.2, 85.7	791	15,465	82.7	79.7, 85.2
Visita de seguimiento del bebé	928	18,544	98.6	97.3, 99.3	927	18,305	98.5	97.3, 99.2

Tabla D2. Razón por la que no tuvo ninguna consulta de cuidado médico 12 meses antes de quedar embarazada, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razón	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta	34	617	9.0	6.1, 13.1	21	492	9.8	6.3, 14.9
Se sentía bien y no pensó que necesitara ir a la consulta	301	5,789	84.2	79.3, 88.2	200	4,158	79.8	73.6, 84.7

No podía conseguir una cita cuando quería	33	706	10.3	7.1, 14.7	17	314	6.2	3.6, 10.4
No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico	24	565	8.2	5.3, 12.4	17	405	8.0	4.9, 12.9
Estaba demasiado ocupada en otras cosas	96	1,932	28.1	22.9, 33.9	30	585	11.6	7.8, 16.9
No pudo conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo	42	990	14.4	10.5, 19.4	24	499	9.9	6.4, 15.0

Tabla D3. Tipo de consulta de cuidado médico que tuvo 12 meses antes de quedar embarazada, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tipo de Consulta	2021				2022			
	n	N	%	IC al 95%	n	N	%	IC al 95%
Chequeo de rutina con el médico de familia	279	5,798	47.7	43.2, 52.3	366	7,050	53.7	49.4, 58.0
Chequeo de rutina con el ginecólogo-obstetra	360	7,131	58.7	54.2, 63.1	428	8,432	63.5	59.3, 67.5
Una enfermedad o condición crónica	46	807	6.6	4.7, 9.2	48	860	6.5	4.7, 8.9
Una herida	8	115	0.9	0.4, 2.3	13	231	1.7	0.9, 3.3
Planificación familiar o anticonceptivos	45	809	6.7	4.7, 9.3	57	1,089	8.2	6.2, 10.9
Para depresión o ansiedad	34	570	4.7	3.2, 6.9	69	1,238	9.4	7.2, 12.2
Para una limpieza dental	367	7,444	61.2	56.6, 65.5	478	8,996	68.1	64.0, 72.0

Tabla D4. Información sobre la vacuna para la influenza, PRAMS-PR 2021 y 2022

Situaciones	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Algún profesional de la salud le ofreció ponerle la vacuna de la influenza	517	10,248	54.5	50.8, 58.1	548	10,821	58.0	54.3, 61.5
Se puso la vacuna de la influenza antes del embarazo	144	2,742	14.7	12.3, 17.5	146	2,825	15.2	12.7, 18.0
Se puso la vacuna de la influenza durante del embarazo	191	3,888	20.8	18.0, 24.0	206	4,099	22.0	19.1, 25.2
No se puso la vacuna	615	12,052	64.5	60.9, 68.0	602	11,688	62.8	59.2, 66.3

Tabla D5. Administración 17-P, PRAMS-PR 2021 y 2022

Recibió el 17-P	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	847	17,321	91.2	89.0, 93.0	821	16,374	87.4	84.9, 89.6
Sí	99	1,486	7.8	6.1, 9.9	119	1,861	9.9	8.0, 12.3
No sabe	12	181	1.0	0.5, 1.9	23	497	2.7	1.7, 4.1

E. ORIENTACIÓN Y CERNIMIENTO

Tabla E1. Temas discutidos por algún doctor o profesional de la salud antes del embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tema	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Consumo de ácido fólico	216	4,396	36.5	32.3, 41.1	247	4882	36.6	32.6, 40.8
Como mantener un peso saludable	310	6,218	51.8	47.2, 56.3	344	6787	51.0	46.7, 55.2
Control de alguna condición médica	227	4,382	36.6	32.3, 41.2	218	4110	30.8	27.0, 34.9
Deseo de tener o no tener hijos	249	5,113	42.5	38.0, 47.1	276	5210	39.1	35.0, 43.4
Métodos anticonceptivos	244	5,012	41.8	37.3, 46.4	297	5705	42.7	38.6, 47.0
Como mejorar la salud antes del embarazo	206	4,068	33.9	29.7, 38.4	250	4743	35.8	31.8, 40.0
Enfermedades de transmisión sexual	274	5,582	46.5	42.0, 51.1	289	5692	42.7	38.5, 47.0
Consumo de cigarrillos	398	7,988	66.9	62.4, 71.0	486	9294	70.3	66.2, 74.1
Violencia física o emocional	170	3,205	26.8	22.9, 31.0	178	3473	26.2	22.6, 30.2
Estado de ánimo	190	3,687	30.7	26.7, 35.1	234	4529	34.1	30.1, 38.3
Tipo de trabajo que realiza	285	5,722	48.0	43.5, 52.6	376	7097	53.7	49.4, 57.9
Prueba de HIV	311	6,263	52.6	48.0, 57.1	318	6214	47.3	43.0, 51.7

Tabla E2. Temas discutidos por algún doctor o profesional de la salud durante el cuidado prenatal, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tema	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Fumar durante el embarazo	722	14,142	75.0	71.6, 78.0	710	13881	74.9	71.6, 77.9
Lactancia	777	15,534	82.3	79.4, 84.9	772	14821	80.1	77.0, 82.8
Alcohol durante el embarazo	730	14,302	75.8	72.5, 78.8	706	13777	74.3	71.0, 77.3
Cinturón de seguridad durante embarazo	511	10,032	53.2	49.5, 56.8	500	9653	52.3	48.6, 55.9
Medicamentos seguros durante embarazo	762	15,202	80.6	77.5, 83.3	752	14402	78.0	74.8, 80.9
Drogas durante el embarazo	682	13,148	69.7	66.2, 72.9	673	13025	70.4	66.9, 73.6
Exámenes para detectar enfermedades en el bebé o en la familia	881	17,491	93.5	91.4, 95.1	887	17268	93.6	91.6, 95.2
Signos y síntomas parto prematuro	712	14,175	75.1	71.8, 78.2	687	13519	72.9	69.5, 76.0
Depresión durante y luego del embarazo	533	10,413	55.2	51.5, 58.8	470	9431	51.0	47.4, 54.7
Violencia doméstica	388	7,523	39.9	36.3, 43.5	340	6637	35.8	32.4, 39.4
Alimentación saludable durante el embarazo	800	15,810	83.8	80.9, 86.3	813	16069	86.6	84.0, 88.9
Ejercicio durante el embarazo	696	13,998	74.2	70.9, 77.3	733	14442	77.9	74.7, 80.7

Programas o recursos para ayudar al aumento de peso adecuado durante el embarazo	357	6,918	36.7	33.2, 40.3	348	6813	36.8	33.3, 40.4
Programas o recursos para ayudar a bajar de peso adecuadamente después del embarazo	242	4,607	24.4	21.4, 27.7	304	5953	32.1	28.8, 35.6
Síndrome bebé sacudido	466	9,024	47.8	44.2, 51.5	436	8525	46.3	42.7, 50.0

Tabla E3. Preguntas realizadas durante la consulta prenatal, PRAMS-PR 2021 y 2022

Pregunta	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Sabía cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	551	11,180	59.6	55.9, 63.1	534	10555	57.9	54.2, 61.5
Estaba tomando medicinas recetadas	830	16,468	88.0	85.4, 90.2	799	15434	83.7	80.8, 86.3
Estaba fumando cigarrillos	848	16,775	89.0	86.5, 91.1	836	16270	88.3	85.7, 90.4
Estaba tomando alcohol	853	16,892	89.7	87.2, 91.7	832	16150	87.6	85.0, 89.9
Alguien la estaba lastimando emocional o físicamente	409	8,138	43.2	39.6, 46.9	377	7382	40.1	36.6, 43.8
Se sentía decaída o deprimida	473	9,258	49.2	45.5, 52.8	485	9478	51.4	47.8, 55.1

Estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, "crack" o metadona	645	12,494	66.3	62.8, 69.7	684	13282	72.1	68.7, 75.3
Quería hacerse la prueba para detectar el VIH	659	12,870	68.8	65.3, 72.1	580	11332	63.4	59.8, 66.9
Estaba planeando darle pecho al bebé	737	14,771	78.6	75.5, 81.5	757	14686	79.7	76.6, 82.5
Estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera el bebé	684	13,754	73.0	69.6, 76.1	678	13224	71.6	68.2, 74.8

Tabla E4. Orientación de algún tema, procedimientos o preguntas realizadas durante chequeo posparto, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tema, procedimientos o pregunta	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Consumo de ácido fólico	497	9,734	62.0	58.1, 65.8	449	8,787	57.1	53.1, 61.0
Nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo	418	8,026	50.9	46.9, 54.8	336	6,628	43.0	39.0, 47.0
Cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez	344	6,539	41.4	37.6, 45.4	266	4,945	32.2	28.5, 36.0

Métodos anticonceptivos	554	10,583	67.1	63.2, 70.7	496	9,419	60.9	56.9, 64.7
Recetó un método anticonceptivo	327	6,187	39.2	35.4, 43.2	274	4,967	32.3	28.7, 36.1
Puso un dispositivo intrauterino	64	1,128	7.1	5.4, 9.5	88	1,699	11.0	8.8, 13.8
Preguntó si fumaba cigarrillos	436	8,236	52.4	48.4, 56.4	308	5,658	36.7	33.0, 40.7
Preguntó si alguien la estaba lastimando física o emocionalmente	324	6,222	39.5	35.7, 43.5	266	4,867	31.5	27.9, 35.3
Preguntó si se sentía decaída o deprimida	432	8,211	52.2	48.2, 56.1	417	7,843	50.8	46.8, 54.7
Hizo prueba para detectar diabetes	298	5,513	35.5	31.7, 39.4	205	3,736	24.4	21.1, 28.0

F. SALUD ORAL

Tabla F1. Limpieza dental durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tuvo una Limpieza	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Sí	405	8,001	42.0	38.5, 45.7	452	8,911	47.6	44.0, 51.3
No	558	11,038	58.0	54.3, 61.5	509	9,802	52.4	48.7, 56.0

Tabla F2. Situaciones relacionadas al cuidado oral durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Situación	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Sabía que era importante cuidar de sus dientes y encías durante mi embarazo	685	13,511	71.0	67.6, 74.2	707	13,736	73.0	69.6, 76.1
Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó acerca de cómo cuidar de sus dientes y encías	437	8,397	44.1	40.5, 47.8	492	9,387	49.9	46.3, 53.5
Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante el embarazo	888	17,524	92.1	89.9, 93.9	869	16,913	90.0	87.6, 92.0
Necesitó consultar a un dentista por un problema	141	2,951	15.5	13.0, 18.4	111	2,112	11.2	9.1, 13.7

Fue a un dentista o a una clínica dental debido a un problema	114	2,252	11.8	9.7, 14.4	56	1,019	5.4	4.0, 7.3
---	-----	-------	------	-----------	----	-------	-----	----------

Tabla F3. Tipos de problemas en dientes o encías durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Problema	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Rellenas una o más caries	39	734	24.3	17.4, 33.0	42	844	38.4	28.8, 49.0
Encías dolían, tenía rojas o inflamadas	54	1,137	37.7	29.3, 47.0	39	787	35.8	26.4, 46.5
Le dolía uno o más dientes	64	1,266	42.0	33.3, 51.3	36	659	30.0	21.3, 40.4
Remoción de dientes	14	263	8.7	4.8, 15.4	22	382	17.7	11.1, 27.0
Se lastimó boca, dientes o encías	23	448	14.9	9.5, 22.5	18	406	18.5	11.5, 28.4

Tabla F4. Situaciones que impidieron la visita a un dentista o clínica dental durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Situaciones	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
No encontró una dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas	181	3,476	18.6	15.9, 21.7	94	1,699	9.1	7.2, 11.4

No encontró un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid	145	2,809	15.2	12.8, 18.1	64	1,188	6.4	4.8, 8.4
No pensó que fuese seguro ir al dentista durante el embarazo	210	4,116	22.1	19.2, 25.3	159	2,769	14.8	12.4, 17.5
No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental	74	1,529	8.2	6.4, 10.5	75	1,483	7.9	6.2, 10.2

G. CONSUMO DE CIGARRILLOS, ALCOHOL O DROGAS

Tabla G1. Uso de los siguientes productos en los últimos 2 años, PRAMS-PR 2021 y 2022

Producto	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Cigarrillos regulares	55	832	4.4	3.1, 6.1	52	1,066	5.7	4.2, 7.6
Cigarrillos electrónicos	44	768	4.0	2.8, 5.7	62	1,377	7.3	5.6, 9.5
“Hookah”	25	511	2.7	1.7, 4.2	29	588	3.1	2.1, 4.7
Tabaco para mascar	2	61	0.3	0.1, 1.2	2	35	0.2	0.0, 1.0
Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros	15	216	1.1	0.6, 2.2	10	209	1.1	0.6, 2.2

Tabla G2. Cantidad de cigarrillos que fumaba por día en diferentes periodos del embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Periodo del Embarazo	Cantidad de cigarrillos	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
3 meses antes del embarazo	41 cigarrillos o más	1	5	0.6	0.1, 3.3	0	0	0.0	0.0, 0.0
	21 a 40 cigarrillos	1	5	0.6	0.1, 3.3	3	62	5.8	1.6, 18.7
	11 a 20 cigarrillos	2	11	1.3	0.4, 4.5	4	89	8.3	2.9, 21.6
	6 a 10 cigarrillos	11	209	25.1	13.2, 42.6	4	71	6.7	2.0, 19.8

	1 a 5 cigarrillos	19	270	32.4	19.0, 49.4	17	346	32.5	20.0, 48.0
	Menos de 1 cigarrillo	8	164	19.7	9.3, 37.1	12	258	24.2	13.4, 39.6
	Ninguno (0 cigarrillos)	13	169	20.4	10.1, 36.8	12	240	22.5	12.3, 37.5
Últimos 3 meses del embarazo	41 cigarrillos o más	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	21 a 40 cigarrillos	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	11 a 20 cigarrillos	1	5	0.6	0.1, 3.3	0	0	0.0	0.0, 0.0
	6 a 10 cigarrillos	1	6	0.7	0.1, 4.1	0	0	0.0	0.0, 0.0
	1 a 5 cigarrillos	2	37	4.5	0.8, 20.9	1	27	2.5	0.4, 15.4
	Menos de 1 cigarrillo	1	32	3.9	0.6, 22.3	1	6	0.6	0.1, 3.2
	Ninguno (0 cigarrillos)	50	752	90.4	74.3, 96.8	50	1,034	96.9	86.0, 99.4
Al momento de la entrevista	41 cigarrillos o más	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	21 a 40 cigarrillos	1	6	0.7	0.1, 4.1	0	0	0.0	0.0, 0.0
	11 a 20 cigarrillos	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	6 a 10 cigarrillos	2	38	4.6	0.9, 20.7	2	35	3.3	0.6, 16.2
	1 a 5 cigarrillos	8	68	8.2	3.0, 20.3	4	97	9.1	3.2, 23.4
	Menos de 1 cigarrillo	4	70	8.4	2.6, 24.2	2	58	5.4	1.4, 18.9
	Ninguno (0 cigarrillos)	40	650	78.1	61.9, 88.7	44	876	82.2	66.9, 91.3

Tabla G3. Frecuencia con la que usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina, PRAMS-PR 2021 y 2022

Periodo	Frecuencia	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
Tres meses antes del embarazo	Más de una vez al día	5	108	14.0	5.2, 32.6	12	350	26.0	15.6, 40.1
	Una vez al día	3	42	5.5	1.2, 21.6	6	76	5.6	1.9, 15.2
	2-6 días a la semana	5	76	9.9	3.3, 26.3	6	95	7.1	2.7, 17.1
	Un día a la semana o menos	11	183	23.9	11.9, 42.2	21	482	35.8	23.9, 49.8
	No usé	20	358	46.7	29.7, 64.4	16	343	25.5	15.4, 39.2
Durante los últimos 3 meses del embarazo	Más de una vez al día	1	32	4.2	0.6, 23.9	3	89	6.4	2.1, 17.9
	Una vez al día	1	32	4.2	0.6, 23.9	0	0	0.0	0.0, 0.0
	2-6 días a la semana	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	0.3	0.1, 1.9
	Un día a la semana o menos	3	38	4.9	1.1, 19.2	2	58	4.2	1.1, 15.0
	No usé	39	665	86.6	68.5, 95.1	56	1,226	89.0	77.0, 95.2

Tabla G4. Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años, PRAMS-PR 2021 y 2022

Respuesta	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	481	9273	48.7	45.1, 52.4	515	9,818	52.3	48.7, 56.0
Sí	480	9757	51.3	47.6, 54.9	449	8,940	47.7	44.0, 51.3

Tabla G5. Cantidad de bebidas alcohólicas que tomaba en una semana durante los 3 meses antes del embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Cantidad de bebidas a la semana	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
14 o más	9	170	1.7	0.8, 3.7	4	120	1.3	0.5, 3.5
De 8 a 13	19	369	3.8	2.3, 6.3	10	223	2.5	1.3, 4.9
De 4 a 7	59	1101	11.3	8.5, 14.9	49	1,010	11.3	8.4, 15.1
De 1 a 3	157	3351	34.4	29.7, 39.4	112	2,014	22.5	18.5, 27.2
Menos de 1	149	3037	31.2	26.7, 36.1	197	3,995	44.7	39.5, 50.0

No tomó	85	1720	17.6	14.1, 21.9	77	1,579	17.7	14.0, 22.0
---------	----	------	------	------------	----	-------	------	------------

Tabla G.6. Consumo de drogas durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Drogas	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Analgésicos que se venden sin receta médica	410	8289	43.7	40.1, 47.4	473	9,092	48.6	45.0, 52.2
Analgésicos recetados	14	264	1.4	0.8, 2.6	8	139	0.7	0.3, 1.7
Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	1	28	0.1	0.0, 1.0	4	115	0.6	0.2, 1.6
Marihuana o hachís	7	138	0.7	0.3, 1.7	7	152	0.8	0.4, 1.8
Marihuana sintética	2	33	0.2	0.0, 0.9	1	31	0.2	0.0, 1.1
Metadona, Naloxona, Subutex o Suboxone	1	28	0.1	0.0, 1.0	1	31	0.2	0.0, 1.1
Heroína	1	28	0.1	0.0, 1.0	1	31	0.2	0.0, 1.1
Metanfetaminas	2	57	0.3	0.1, 1.2	1	31	0.2	0.0, 1.1
Cocaína	1	28	0.1	0.0, 1.0	1	31	0.2	0.0, 1.1
Tranquilizantes	3	65	0.3	0.1, 1.2	4	89	0.5	0.2, 1.4

Alucinógenos	1	28	0.1	0.0, 1.0	1	31	0.2	0.0, 1.1
Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse	1	28	0.1	0.0, 1.0	1	31	0.2	0.0, 1.1

H. INDUCCIÓN Y CESÁREAS

Tabla H1. Información sobre el parto, PRAMS-PR 2021 y 2022

Información sobre el parto	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Se le Indujo el parto	315	6,911	36.6	33.1, 40.2	370	8,350	45.1	41.4, 48.7
Cesárea	510	9,250	48.7	45.0, 52.3	543	9,877	52.7	49.0, 56.3
Vaginal	450	9,752	51.3	47.7, 55.0	421	8,881	47.3	43.7, 51.0

Tabla H2. Razón por la que el profesional de la salud trató de inducir el parto, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razón	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Rompió fuente y había miedo de una infección	51	1,156	16.8	12.7, 21.9	44	989	12.2	9.0, 16.5
Había pasado la fecha esperada del parto	59	1,557	22.7	17.8, 28.3	48	1,180	14.6	11.0, 19.0
Proveedor le preocupaba el tamaño del bebé	37	691	10.0	7.0, 14.3	40	768	9.5	6.7, 13.3
El bebé no estaba bien y necesitaba nacer	36	584	8.5	5.7, 12.5	26	418	5.2	3.2, 8.1
Tuvo una complicación del embarazo	83	1,490	21.7	17.1, 27.0	89	1,859	22.7	18.4, 27.8

Deseaba programar el parto	31	716	10.4	7.2, 14.9	35	963	11.9	8.6, 16.1
Deseaba que le atendiera cierto proveedor en particular	24	567	8.3	5.4, 12.4	12	289	3.6	1.9, 6.5

Tabla H3. Razón por la que el bebé nació por cesárea, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razón	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Había tenido anteriormente un parto por cesárea	145	3,027	32.7	28.0, 37.8	119	2,591	26.2	22.1, 30.9
Bebé estaba en una posición mala	87	1,454	15.7	12.3, 19.8	76	1,097	11.1	8.5, 14.4
Se había pasado la fecha esperada del parto	29	814	8.8	6.2, 12.4	17	391	4.0	2.4, 6.5
Al proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande	35	870	9.4	6.7, 13.1	30	729	7.4	5.1, 10.5
El parto era peligroso debido a un problema médico	51	796	8.6	6.2, 11.9	54	827	8.4	6.1, 11.4
Complicación del embarazo	198	2,757	29.8	25.4, 34.6	198	2,280	23.2	19.5, 27.3
Proveedor trató de inducir parto, pero no funcionó	76	1,570	17.0	13.4, 21.3	97	2,118	21.4	17.6, 25.8
El parto estaba tomando demasiado tiempo	80	1,776	19.2	15.4, 23.7	86	2,052	20.8	17.0, 25.2
El monitor fetal demostró que el bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto	97	1,300	14.0	11.0, 17.8	101	1,554	15.7	12.5, 19.6
Deseaba programar el parto	58	1,202	13.0	9.8, 17.0	41	1,075	10.9	8.1, 14.5

No quería dar a luz al bebé en forma vaginal	13	304	3.3	1.8, 5.9	19	429	4.3	2.7, 7.0
--	----	-----	-----	----------	----	-----	-----	----------

Tabla H4. Orientación durante el cuidado prenatal sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal a diferencia del parto por cesárea, PRAMS-PR 2021 y 2022

Fue Orientada	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	323	6,232	32.9	29.6, 36.4	366	7,220	38.9	35.4, 42.5
Sí	631	12,694	67.0	63.5, 70.4	583	11,315	60.9	57.3, 64.4
No recibió cuidado prenatal	2	11	0.1	0.02, 0.2	2	37	0.2	0.04, 1.0

I. LACTANCIA

Tabla 11. Fuentes de donde recibió orientación sobre lactancia antes que naciera el bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Fuente	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Doctor	554	11,201	59.4	55.8, 63.0	524	10,057	54.2	50.6, 57.8
Enfermera partera o doula	613	12,306	65.2	61.6, 68.6	591	11,553	62.2	58.5, 65.6
Especialista o asesora en lactancia materna	563	11,345	60.1	56.5, 63.6	583	11,320	60.9	57.2, 64.4
Doctor o proveedor de salud del bebé	556	11,273	59.8	56.2, 63.4	560	11,002	59.5	55.8, 63.0
Grupo de apoyo	319	6,621	35.1	31.7, 38.7	277	5,163	27.9	24.7, 31.2
Alguna Línea telefónica	217	4,188	22.2	19.3, 25.4	228	4,233	22.8	19.9, 26.0
Familiares o amigas	539	10,891	58.0	54.3, 61.6	635	12,467	67.1	63.6, 70.5

Tabla 12. Tipo de asistencia para la lactancia luego de nacido el bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tipo de Asistencia	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Alguien que respondiera alguna pregunta	633	12,399	70.5	66.8, 73.9	623	12,084	71.6	68.0, 75.0

Ayuda para poner al bebé en la posición correcta	620	12,547	71.3	67.7, 74.7	633	12,595	74.7	71.2, 77.8
Ayuda para saber si el bebé estaba tomando suficiente leche	576	11,543	65.6	61.9, 69.2	588	11,643	69.0	65.4, 72.4
Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones	364	7,389	42.1	38.4, 45.9	317	6,424	38.1	34.4, 41.9
Información sobre dónde conseguir una bomba o extractora	453	8,949	50.9	47.1, 54.7	416	7,824	46.4	42.6, 50.2
Ayuda para usar la bomba o extractora	370	7,161	40.7	37.0, 44.5	396	7,325	43.4	39.7, 47.3
Información sobre grupos de apoyo	408	8,253	46.9	43.1, 50.7	255	4,975	29.5	26.1, 33.1

Tabla I3. Estatus de lactancia, PRAMS-PR 2021 y 2022

Estatus	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Nunca lactó al bebé	80	1,235	6.5	5.0, 8.5	91	1,701	9.1	7.2, 11.5
Lactó alguna vez	868	17,676	93.5	91.5, 95.0	856	16,902	90.9	88.5, 92.8
Dejó de lactar	431	8,080	45.8	42.0, 49.6	421	7,902	46.8	43.0, 50.6
Todavía lacta al bebé	436	9,563	54.2	50.4, 58.0	434	8,995	53.2	49.4, 57.0

Tabla I4. Razones para no lactar al bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razón	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Estaba enferma o estaba tomando medicamentos	20	274	22.2	12.9, 35.4	15	167	10.0	5.1, 18.9
Tenía otros niños que cuidar	10	151	12.2	5.7, 24.5	6	159	9.6	4.2, 20.3
Tenía demasiadas tareas domésticas	5	76	6.2	2.0, 17.1	3	68	4.1	1.2, 13.2
No le gustó dar pecho	10	134	10.8	4.8, 22.7	18	408	24.5	15.4, 36.7
Trató, pero era demasiado difícil	37	581	47.1	33.9, 60.7	22	513	30.3	20.2, 42.7
No quería dar pecho	12	213	17.2	9.0, 30.5	15	368	22.1	13.4, 34.2
Regresé al trabajo	6	95	7.7	2.9, 18.9	7	108	6.5	2.6, 15.4
Regresé a la escuela	1	6	0.5	0.1, 2.7	0	0	0.0	0.0, 0.0

Tabla I5. Por cuánto tiempo lactaron las madres que dejaron de hacerlo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tiempo	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Menos de 1 mes	100	1,945	10.3	8.3, 12.8	114	2,052	11.1	9.0, 13.6
1 mes	130	2,510	13.3	11.0, 16.1	108	2,060	11.1	9.0, 13.7

2 meses	79	1,271	6.8	5.2, 8.8	103	1,902	10.3	8.3, 12.7
3 meses	79	1,484	7.9	6.1, 10.1	64	1,177	6.4	4.8, 8.4
4 meses	29	572	3.0	2.0, 4.6	25	559	3.0	2.0, 4.6
5 meses	9	224	1.2	0.6, 2.4	1	27	0.1	0.0, 1.0
6 meses o más	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	31	0.2	0.0, 1.1

Tabla I6. Razones para dejar de lactar al bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razones	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Bebé tenía problemas para pegarse al pecho o para mamar	160	3,114	38.6	33.3, 44.2	128	2,430	30.7	25.8, 36.1
La leche materna, por sí sola, no satisfacía al bebé	154	3,316	41.1	35.7, 46.7	97	1,900	24.0	19.6, 29.2
Pensó que el bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente	67	1,202	14.9	11.4, 19.4	36	528	6.7	4.5, 9.9
Pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso	84	1,714	21.2	17.0, 26.2	46	1,036	13.1	9.7, 17.4
Pensó que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche	229	4,145	51.3	45.7, 56.9	185	3,284	41.6	36.2, 47.1

Tenía demasiadas tareas domésticas	81	1,610	19.9	15.8, 24.8	41	758	9.6	6.8, 13.4
Consideró que era el momento oportuno para dejar de dar el pecho	78	1,629	20.2	16.0, 25.1	22	442	5.6	3.5, 8.8
Se enfermó o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas	48	810	10.0	7.2, 13.8	50	1,064	13.5	10.0, 17.8
Regresó al trabajo	83	1,572	19.5	15.4, 24.3	62	1,149	14.5	11.0, 18.9
Regresó a la escuela	20	374	4.6	2.8, 7.7	5	102	1.3	0.5, 3.5
Esposo o pareja no apoyaba que diera pecho	13	292	3.6	2.0, 6.5	20	486	6.2	3.9, 9.6
Bebé tenía bilirrubina/ictericia	18	329	4.1	2.4, 6.9	17	293	3.7	2.1, 6.4

Tabla 17. Cosas que pudieron haber sucedido en el hospital, PRAMS-PR 2021 y 2022

Situación	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
El personal del hospital dio información sobre dar pecho	670	13,914	80.5	77.3, 83.3	649	13,079	78.2	74.9, 81.2
Bebé se quedó en la habitación de participante en el hospital	533	12,615	72.8	69.4, 76.0	544	12,382	74.2	70.8, 77.3
Le dio pecho a su bebé en el hospital	688	14,884	86.1	83.3, 88.4	665	14,068	84.1	81.3, 86.7
Personal del hospital ayudó a aprender cómo dar pecho	582	11,925	68.9	65.3, 72.4	581	11,924	71.3	67.8, 74.7

Le dio pecho al bebé durante su primera hora de vida	401	9,444	54.8	51.0, 58.6	342	7,920	47.6	43.7, 51.4
Bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida	497	11,279	65.2	61.5, 68.7	494	10,827	65.0	61.3, 68.5
En el hospital el bebé se alimentó sólo con leche materna	315	6,536	37.9	34.2, 41.7	261	5,537	33.2	29.6, 36.9
Personal del hospital dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera	577	12,358	71.4	67.9, 74.7	509	10,556	63.7	59.9, 67.3
En el hospital dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraer la leche	38	833	4.8	3.4, 6.8	69	1,281	7.7	5.9, 10.0
En el hospital le dieron un paquete de regalo que contenía fórmula	455	9,040	52.3	48.4, 56.1	406	7,859	47.0	43.2, 50.8
En el hospital le dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho	338	6,996	40.4	36.7, 44.3	305	5,961	36.2	32.5, 40.0
El personal del hospital le dio un bobo o chupete al bebé	127	1,928	11.1	9.0, 13.7	142	2,291	13.7	11.3, 16.5
Estaba demasiado sedada que no pudo lactar al bebé durante la primera hora después del parto	252	4,888	28.3	24.9, 31.8	237	4,651	28.0	24.6, 31.5

Tabla 18. Edad del bebé en la que se le introdujo por primera vez algún líquido y/o algún alimento sólido, PRAMS-PR 2021 y 2022

Producto Consumido	Edad del bebé en semanas	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Líquidos	Solo ha consumido leche materna	137	2,995	17.1	14.4, 20.2	166	3,826	22.8	19.7, 26.2
	Menos de 1 mes	563	11,535	65.8	62.1, 69.3	591	11,102	66.0	62.3, 69.6
	1 mes	50	857	4.9	3.5, 6.8	20	347	2.1	1.2, 3.5
	2 meses	32	629	3.6	2.4, 5.3	24	457	2.7	1.7, 4.3
	3 meses	42	843	4.8	3.4, 6.7	24	460	2.7	1.7, 4.3
	4 meses	19	363	2.1	1.2, 3.5	14	347	2.1	1.2, 3.5
	5 meses	11	257	1.5	0.8, 2.8	6	147	0.9	0.4, 2.0
	6 meses o mas	3	61	0.3	0.1, 1.2	6	124	0.7	0.3, 1.8
Alimento Sólido	No ha comido alimento sólido hasta el momento de la entrevista	653	13,196	70.8	67.3, 74.0	695	13,536	73.1	69.8, 76.3

Menos de 1 mes	7	80	0.4	0.2, 1.2	10	210	1.1	0.6, 2.2
1 mes	7	81	0.4	0.2, 1.2	6	77	0.4	0.1, 1.2
2 meses	9	167	0.9	0.4, 1.9	14	218	1.2	0.6, 2.3
3 meses	35	674	3.6	2.4, 5.3	20	335	1.8	1.1, 3.0
4 meses	75	1,389	7.4	5.7, 9.6	74	1,571	8.5	6.6, 10.8
5 meses	83	1,646	8.8	6.9, 11.2	81	1,738	9.4	7.4, 11.8
6 meses o más	69	1,409	7.6	5.8, 9.8	42	823	4.4	3.2, 6.2

J. AMBIENTE SEGURO DE DORMIR EL BEBÉ

Tabla J1. Descripción de la forma de dormir, PRAMS-PR 2021 y 2022

Indicador	Categoría	2021				2022			
		n	N	%	IC 95%	n	N	%	IC 95%
Posición al dormir	De lado	192	3,853	20.5	17.6, 23.6	219	4,294	23.2	20.2, 26.4
	Boca arriba	516	10,395	55.2	51.5, 58.8	504	9,802	52.9	49.3, 56.6
	Boca abajo	116	2,419	12.8	10.6, 15.5	102	2,062	11.1	9.0, 13.7
	Dos o más posiciones	115	2,174	11.5	9.4, 14.1	115	2,363	12.8	10.5, 15.4

Frecuencia con la que duerme solo	Siempre	580	11,516	61.2	57.6, 64.7	650	12,582	67.9	64.4, 71.3
	Frecuentemente	123	2,357	12.5	10.3, 15.1	86	1,737	9.4	7.5, 11.7
	A veces	99	2,203	11.7	9.5, 14.3	64	1,341	7.2	5.5, 9.4
	Rara vez	40	884	4.7	3.3, 6.6	29	674	3.6	2.5, 5.3
	Nunca	97	1,860	9.9	7.9, 12.3	110	2,184	11.8	9.6, 14.4
Duerme en la cuna en la misma habitación con su madre		767	15,383	91.0	88.6, 93.0	779	15,296	93.4	91.2, 95.1
Cómo durmió el bebé en las últimas 2 semanas	En una cuna, moisés o "pack and play"	867	17,382	92.2	90.0, 94.0	850	16,702	89.9	87.4, 91.9
	En un colchón o cama individual	413	8,411	44.7	41.0, 48.3	386	7,769	41.9	38.3, 45.5
	En un sofá, silla o reclinadora	119	2,200	11.7	9.5, 14.2	72	1,425	7.7	5.9, 9.9
	En un asiento de auto o columpio	494	9,597	51.0	47.3, 54.7	451	8,712	47.0	43.4, 50.7
	En un saquito	61	1,247	6.6	5.0, 8.7	87	1,739	9.4	7.4, 11.8
	Con una manta	510	10,188	54.1	50.4, 57.7	546	10,803	58.2	54.6, 61.8
	Con juguetes, almohadas o cojines	207	4,022	21.4	18.5, 24.5	197	3,953	21.3	18.5, 24.5

	Con protectores de cuna ("bumper pads")	275	6,057	32.1	28.8, 35.7	120	2,383	12.8	10.6, 15.5
--	---	-----	-------	------	------------	-----	-------	------	------------

Tabla J2. Temas en los que algún profesional de salud orientó sobre seguridad al dormir del bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

TEMA	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Ponerlo boca arriba	655	13,254	70.4	66.9, 73.6	667	12,911	69.7	66.2, 73.0
Ponerlo en una cuna, moisés o "pack and play"	510	10,288	54.6	51.0, 58.3	521	10,124	54.6	50.9, 58.2
Poner la cuna o cama en el cuarto de la madre	433	8,528	45.3	41.7, 49.0	372	7,384	39.8	36.3, 43.4
Qué cosas deben o no deben estar en la cuna	594	11,885	63.1	59.5, 66.6	582	11,691	63.1	59.5, 66.6

K. ESTADO DE ÁNIMO DESPUÉS DEL EMBARAZO

Tabla K1. Frecuencia con la que se ha sentido triste desde que nació el bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Frecuencia	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Siempre	21	343	1.8	1.1, 3.1	46	785	4.2	3.0, 5.9
Frecuentemente	64	1,296	6.8	5.2, 8.9	70	1456	7.8	6.0, 10.0
A veces	192	3,898	20.6	17.8, 23.7	217	4174	22.3	19.5, 25.5
Rara vez	243	4,870	25.7	22.7, 29.0	146	2931	15.7	13.2, 18.5
Nunca	437	8,530	45.0	41.4, 48.7	481	9344	50.0	46.4, 53.6

Tabla K2. Frecuencia en la que ha estado menos interesada o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba desde que nació el bebé, PRAMS-PR 2021 y 2022

Frecuencia	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Siempre	27	531	2.8	1.8, 4.3	51	949	5.1	3.7, 6.9
Frecuentemente	61	1,297	6.8	5.2, 8.9	66	1172	6.3	4.8, 8.2
A veces	191	3,849	20.3	17.5, 23.4	177	3467	18.5	15.9, 21.5
Rara vez	223	4,507	23.7	20.8, 27.0	134	2604	13.9	11.6, 16.6
Nunca	457	8,813	46.4	42.8, 50.0	532	10498	56.2	52.5, 59.7

L. MALTRATO

Tabla L1. Persona que la lastimó en los 12 meses antes del embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Periodo del Embarazo	Personas	2021				2022			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
12 meses antes del embarazo	Esposo o pareja	10	229	1.4	0.7, 2.7	6	124	0.7	0.3, 1.8
	Exesposo o expareja	4	102	0.6	0.2, 1.8	9	129	0.8	0.3, 1.7
	Otro miembro de la familia	2	37	0.2	0.0, 1.2	2	31	0.2	0.0, 1.0
	Otra persona	1	28	0.2	0.0, 1.2	3	40	0.2	0.1, 1.1
Durante el embarazo	Esposo o pareja	7	164	1.0	0.4, 2.2	8	151	0.9	0.4, 2.0
	Exesposo o expareja	4	130	0.8	0.3, 2.0	5	35	0.2	0.1, 0.6
	Otro miembro de la familia	7	116	0.7	0.3, 1.8	2	31	0.2	0.0, 1.0
	Otra persona	2	34	0.2	0.0, 1.0	2	53	0.3	0.1, 1.2

Tabla L2. Situaciones del maltrato por parte de la pareja ocurridas durante el embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Situaciones	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
La pareja trataba de controlar sus actividades	25	463	2.8	1.7, 4.4	19	181	1.1	0.6, 2.0
La pareja la forzó a actividades sexuales cuando no quería	13	349	2.1	1.2, 3.7	6	102	0.6	0.2, 1.6
La pareja la forzó a quitarle los hijos(as)	17	370	2.2	1.3, 3.8	7	125	0.7	0.3, 1.7

M. DESEABILIDAD Y PLANIFICACIÓN

Tabla M1. Sentimiento ante la posibilidad de quedar embarazada, justo antes de estarlo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Sentimiento	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Hubiera querido más pronto	90	1,750	9.3	7.4, 11.6	76	1,230	6.7	5.1, 8.7
En ese momento	379	7,453	39.4	35.9, 43.0	425	8,494	46.2	42.6, 49.9
No quería en ese momento, sino después *	312	6,248	33.0	29.7, 36.6	256	5,159	28.1	24.9, 31.5
Ni en ese momento ni nunca*	82	1,659	8.8	6.9, 11.1	54	891	4.9	3.5, 6.6
No estaba segura de qué quería	90	1,804	9.5	7.6, 11.9	132	2,601	14.2	11.8, 16.9

*Unintentional = 41.8% (2021) y 33.0% (2022)

Tabla M2. La madre y/o el esposo/pareja están realizando algo para evitar embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Haciendo algo	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Sí	732	14,661	77.2	74.0, 80.1	615	12,017	64.2	60.7, 67.6
No	227	4,336	22.8	19.9, 26.0	344	6,691	35.8	32.4, 39.3

Tabla M3. Razones por las que no están haciendo algo para evitar embarazo, PRAMS-PR 2021 y 2022

Razones	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Quería quedar embarazada	21	337	5.7	3.4, 9.4	35	740	10.0	7.0, 14.1
Ya estaba embarazada	16	236	4.0	2.1, 7.4	13	241	3.3	1.7, 6.1
No quería usar ningún anticonceptivo	111	2,309	39.2	33.0, 45.9	73	1,456	19.7	15.5, 24.7
Le preocupaba los efectos secundarios de los anticonceptivos	127	2,357	40.1	33.8, 46.7	99	1,861	25.2	20.5, 30.6
No estaba teniendo relaciones sexuales	78	1,596	27.1	21.6, 33.4	74	1,444	19.5	15.4, 24.5
Su pareja no quería usarlos	55	1,147	19.5	14.8, 25.3	12	180	2.4	1.2, 4.9
Tenía problemas para pagar anticonceptivos	19	375	6.4	3.8, 10.5	26	417	5.6	3.5, 8.9

Tabla M4. Anticonceptivos que están usando ahora la madre o su pareja, PRAMS-PR 2021 y 2022

Tipo de Método	2021				2022			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Ligadura o bloqueo de trompas	215	4,326	29.5	25.8, 33.4	157	3,279	29.2	25.0, 33.6
Vasectomía	36	882	6.0	4.3, 8.3	29	629	5.6	3.8, 8.3
Píldoras anticonceptivas	146	2,593	17.7	14.8, 21.0	145	2,647	23.7	19.9, 27.9
Condomes	205	4,228	28.8	25.2, 32.8	138	2,498	22.3	18.7, 26.5
Inyecciones	46	849	5.8	4.1, 8.1	28	550	4.9	3.2, 7.4
Parche anticonceptivo	4	98	0.7	0.2, 1.9	3	89	0.8	0.3, 2.4
IUD	52	889	6.1	4.4, 8.3	6	147	1.3	0.6, 3.0
Implante en el brazo	4	94	0.6	0.2, 1.8	40	804	7.2	5.1, 10.0
Método natural (ritmo)	77	1,682	11.5	9.1, 14.4	47	944	8.4	6.2, 11.5
El hombre se retira	130	2,692	18.4	15.3, 21.8	92	1,851	16.5	13.3, 20.3
Abstinencia	65	1,466	10.0	7.7, 12.8	42	878	7.8	5.6, 10.8