PRAMS
PUERTO RICO

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DE RIESGOS EN EL EMBARAZO

INFORME DE VIGILANCIA

2017-2018

División Madres, Niños y Adolescentes | **Departamento de Salud** | **787-765-2929 Ext. 4671**

PRAMS

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN **MADRES, NIÑOS** y **ADOLESCENTES**

PREFACIO

El Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés) da inicio en Puerto Rico (PR) en el 2016, a través de la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud (DMNA), con el propósito de estudiar las necesidades en la salud materno-infantil. Previamente la DMNA realizaba el Estudio de Salud Materno Infantil de PR (ESMIPR), el cual nos ofrecía información muy valiosa. No obstante, los datos no eran representativos de todos los nacimientos vivos en el periodo de estudio.

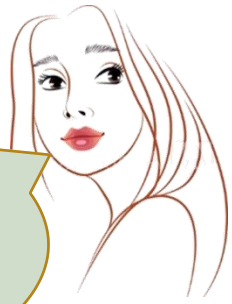
Se sometió una propuesta a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC, por sus siglas en ingles) para obtener fondos para la implementación de PRAMS. En mayo de 2016 se recibió la aprobación. No obstante, el proyecto Respuesta de Emergencia ante el Zika en el periodo Posparto de (PRAMS-ZPER, por sus siglas en inglés) fue la prioridad debido a la epidemia del Zika, por lo que hubo que retrasar la coordinación de la encuesta de PRAMS. ZPER 1.0 comenzó en agosto de 2016 y PRAMS en octubre de 2016 cuando se iniciaron los trabajos para constituir el Comité Timón para seleccionar las preguntas a incluirse en el cuestionario de PR. Una vez diseñado el protocolo y aprobado por la oficina de Protección de Participantes Humanos en Investigación, la encuesta inició en julio de 2017. Durante el primer año, la misma se realizó durante ocho (8) meses con un porciento de respuesta de 62%. Con este porciento se cumplió con el mínimo requerido de 55% para la comparación de datos entre estados y jurisdicciones de PRAMS. Sin embargo, para el año 2018 se logró alcanzar una tasa de respuesta del 80%, más alta que cualquier otro lugar participante de PRAMS en los últimos 10 años.

Los datos de PRAMS-PR están disponibles para investigación. Para acceder a nuestra base de datos necesita llenar un formulario de solicitud, elaborar un abstracto con un máximo de 500 palabras y llenar un acuerdo de intercambio datos. Comuníquese con nuestra oficina al 787-765-2929, ext. 4671 con la Sra. Wanda I. Hernández Virella, Coordinadora de PRAMS-PR, para obtener los formularios e información adicional.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Ha sido la experiencia más maravillosa de mi vida el poder concebir a mi hijo. No me arrepiento y fue una etapa muy linda y le doy gracias a Dios porque mi hijo nació saludable.

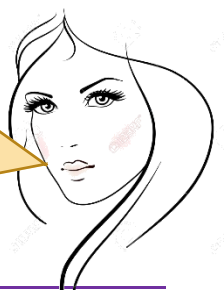
Mi embarazo fue una linda experiencia y ahora es mucho más linda y más feliz después de que tuve a mi niña. ¡Es una bendición!



Agradecemos todas las mujeres que completaron la encuesta para que podamos conocer mejor los factores que afectan la salud de las madres y bebés de Puerto Rico.

La maternidad es una etapa muy bonita pero también muy delicada para la mujer. Esta es muy vulnerable y se necesita mucha ayuda emocional, financiera y seguridad para el futuro. Gracias a Dios y a mi esposo, mi salud emocional está estable pero cualquier mujer que esté sola o tenga carencias de amor o económicas es muy retante esta etapa de madre.

Espero que mis respuestas les ayuden a conseguir lo que necesitan. ¡Gracias!



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los siguientes contribuidores:

Equipo PR-PRAMS:

Dr. Manuel Vargas Bernal, MD, MPH, Director, DMNA, Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrales, Departamento de Salud de Puerto Rico

Wanda I. Hernández Virella, MPH
Coordinadora - PRAMS-PR

Beatriz M. Ríos Herrera, MPH
Entrevistadora - PRAMS-PR

Idennys Magly Olmos, MS
Manejadora de Datos - PRAMS-PR

Áurea Rodríguez López, MS
Bioestadística - PRAMS-PR

Evaluación, Monitoreo, Investigación y Desarrollo de Sistemas:

Marianne Cruz Carrión, MS
Epidemióloga en Salud Reproductiva, DMNA

Comité Timón:

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

Dra. Linda Laras, MD, Ob/Gyn. DMNA, Departamento de Salud de Puerto Rico

Dra. Cindy Calderón, MD, FAAP. Consultora Pediatra, DMNA, Departamento de Salud de Puerto Rico

Sr. José Guzmán-Pereira, March of Dimes of Puerto Rico

Sra. Iris Roldán, LND. Directora del Programa de Lactancia, WIC

Sra. Milane S. Medina, Programa WIC

Sra. Ivelisse Bruno, Programa WIC

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

Sra. Miriam Ramos, MS. Epidemióloga, Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud, Departamento de Salud de Puerto Rico

Sra. Ivette Seguí, Representante de Sra. Alicia Suárez, Directora, Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico

Dr. Nabal J. Bracero, M.D. Presidente, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos Capítulo de Puerto Rico

Dra. Edna Acosta, Co-Directora Healthy Start, Urban Strategies/Third Mission Institute

Sra. Yensi Elías, Representante del Proyecto de Opioides, Secretaría Auxiliar de Planificación, Desarrollo y Asuntos Federales, Departamento de Salud de Puerto Rico

Sra. Krystel Ruíz, Epidemióloga, Programa de Salud Oral, Secretaría de Promoción de la Salud, Departamento de Salud de Puerto Rico.

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

Sr. Juan González, Representante de Sr. Samuel González Cardona, Presidente y Director Ejecutivo de United Way of Puerto Rico, Inc.

Sra. Carolyn Chaparro Crespo, Representante del Departamento de Familia de Puerto Rico

Sr. Orville Disdier, PhD. Director Interino del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico

Sra. Anayra Túa, Directora Ejecutiva Proyecto Nacer

TABLA DE CONTENIDO

Prefacio 1
Agradecimiento Especial 2
Agradecimientos 3
Tabla de Contenido 5
Resumen Ejecutivo 6
Objetivos 7
Introducción 8
Metodología 9
Resultados 11
A. Características Sociodemográficas 12
B. Seguro Médico 13
C. Índice de Masa Corpórea 14
D. Intención de Embarazo 15
E. Ácido Fólico 16
F. Condiciones de Salud 17
G. Visita Cuidado Preventivo de la Mujer 18
H. Cuidado Prenatal 19
I. Cuidado Dental 20
J. Uso de Cigarrillos 21
K. Uso de Alcohol 22
L. Uso de Drogas 23
M. Inyecciones Semanales de 17p 24
N. Inducción del Parto 25
O. Tipo de Parto 26
P. Lactancia 27
Q. Lactancia en el Hospital 28
R. Cuidado del Infante 29
S. Seguridad al Dormir el Infante 30
T. Estado de Ánimo Después del Parto 31
U. Maltrato en el Embarazo 32
V. Anticonceptivos 33
W. Infección del Zika 2017 34
X. Desastres: Huracán 2018 35
Referencias 36
Apéndice 38

RESUMEN EJECUTIVO

A través de PRAMS-Puerto Rico (PRAMS-PR), se implementa la vigilancia en comportamientos y experiencias maternas que ocurren antes, durante y poco después del embarazo, basada en la población, entre las mujeres con un recién nacido vivo. Este informe de vigilancia contiene datos que ayudarán a delinear los esfuerzos necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil en PR. Nuestra meta, además de crear política pública, evaluar, mejorar y expandir programas, es compartir los datos recopilados con la academia, investigadores y organizaciones que llevan a cabo iniciativas relacionadas a esta población.

Durante los primeros cuatro (4) años de implementación, PRAMS-PR ha cumplido todas sus metas y objetivos. La infraestructura del proyecto funciona de manera eficiente, alcanzando el 62% de respuesta en el año 2017 y el 80% en el año 2018. Con la colaboración del Comité Timón, se seleccionaron preguntas para la primera fase de la encuesta en PR o Fase 8. El Comité además ha apoyado a PRAMS-PR proveyendo recomendaciones sobre el análisis de datos que resultan en acción y también están utilizando los datos para evaluar actividades y servicios que brindan a la comunidad en sus respectivos programas.

Es importante movernos de los datos a la acción y compartir esta información de modo que se puedan aunar esfuerzos y recursos para mejorar la salud y la calidad de vida de nuestras madres e infantes. Los datos de PRAMS-PR se están utilizando para evaluar y mantener esfuerzos de salud pública y para desarrollar planes, intervenciones, materiales educativos y capacitación profesional. Además, la información obtenida de la encuesta se utiliza para promover prácticas de salud adecuadas en la población de estudio y en los hospitales. Los datos también se están difundiendo a través de diferentes foros a una variedad de poblaciones para crear conciencia sobre los problemas de salud materno-infantil. Los datos asimismo se han utilizado para desarrollar el Plan de Preparación y Respuesta ante Emergencias para la población materna e infantil y se incorporaron al Plan de Acción de Título V 2020-2025.

PRAMS-PR continuará la recopilación de datos oportunos de alta calidad para el monitoreo continuo de la salud materna e infantil y para informar a los programas, la investigación y los cambios en sistema. Durante los próximos años presupuestarios proponemos continuar el análisis de datos de PRAMS-PR para mejorar la toma de decisiones e influenciar en las políticas públicas y la programación de esfuerzos de manera más efectiva. Esto resultará en la reducción de los factores de riesgo y en el mejoramiento de los factores de protección en el embarazo.

Agradecemos al Comité Timón de PRAMS-PR por su colaboración para escoger las preguntas de la encuesta para PR según las necesidades imperantes y en mover los datos a la acción. Agradecemos también a los Centros para el Control de Enfermedades sus subvenciones y continuo apoyo técnico.

Cordialmente,

Lorenzo González Feliciano, MD, MBA, DHA
Secretario de Salud
Departamento de Salud

OBJETIVOS

El objetivo principal de PRAMS-PR es recopilar datos sobre el estado de salud, actitudes maternas, comportamientos y las experiencias que se producen antes, durante y después del embarazo. La información recopilada permitirá la toma de decisiones informadas y la asignación de recursos que respalde la programación efectiva, eficiente y de calidad, así como las políticas públicas para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Los objetivos específicos se dividen en los siguientes:

1. Establecer y mantener el PRAMS-PR para conocer las actitudes, comportamientos y experiencias maternas seleccionadas que se producen antes, durante y después del embarazo.

2. Recopilar datos basados en la población sobre indicadores de salud materna e infantil en PR utilizando el protocolo y los métodos PRAMS del CDC.

3. Llevar a cabo un análisis comprensivo de los datos de PRAMS-PR para guiar las actividades programáticas y las prácticas de salud pública en PR.

4. Traducir y difundir los resultados de análisis en información práctica y útil para generar acciones de salud pública en PR, que guíen el desarrollo y la evaluación de programas, en colaboración con el Comité Timón de PRAMS-PR.

5. Establecer y mantener una estructura organizacional que permita la implementación de un suplemento en la encuesta PRAMS-PR o un sobre-muestreo para investigar los problemas emergentes de salud materna e infantil, incluyendo las necesidades posteriores a desastres o pandemias que puedan surgir durante el ciclo de recolección de datos.

INTRODUCCIÓN

PRAMS fue diseñado para complementar datos de registros vitales y generar datos para planificar y evaluar programas de salud perinatal en cada estado participante. Los resultados de PRAMS están destinados a ser utilizados para mejorar la comprensión de los comportamientos maternos y su relación con los resultados adversos del embarazo. Los datos PRAMS-PR pueden conducir a una mejoría en la salud de las madres y los bebés en PR.

Algunos beneficios que se pueden obtener se encuentran los siguientes:

1. Proporciona datos para que los funcionarios de salud estatales los utilicen para mejorar la salud de las madres y los bebés.

2. Permite monitorear los cambios en los indicadores de salud materno-infantil (es decir, embarazo no deseado, atención prenatal, lactancia, tabaquismo, consumo de alcohol, salud infantil, entre otros).

3. Mejora la información de los certificados de nacimiento utilizados para planificar y revisar los programas estatales de salud materna e infantil.

4. La muestra PRAMS se elige entre todas las mujeres que tuvieron un nacimiento vivo reciente, por lo que los resultados se pueden aplicar a toda la población de mujeres que recientemente dieron a luz a un bebé nacido vivo.

5. No solo proporciona datos específicos de la jurisdicción, sino que también permite comparaciones entre los estados participantes porque se utilizan los mismos métodos de recolección de datos.

6. PRAMS-PR proporciona datos no disponibles de otras fuentes sobre el embarazo y los primeros meses después del nacimiento. Estos datos pueden usarse para identificar grupos de mujeres y bebés con alto riesgo de problemas de salud, para monitorear los cambios en el estado de salud y para medir el progreso hacia las metas para mejorar la salud de las madres y los bebés.

7. Los gobiernos estatales y locales planearán y revisarán los programas y políticas destinados a reducir los problemas de salud entre madres y bebés.

8. Las agencias estatales pueden identificar otras agencias que tengan contribuciones importantes que hacer en la planificación de programas de salud materna e infantil y desarrollar asociaciones con esas agencias.

9. Investigadores pueden analizar temas emergentes en el campo de la salud materna e infantil.

METODOLOGÍA

El sistema de vigilancia de PRAMS combina dos modos de recopilación de datos: correo y teléfono. Debido a las ventajas de la vigilancia mediante correo, el costo y el fácil acceso a las direcciones postales, este modo se utiliza como la forma principal de recopilación de datos. Las mujeres que no responden a los correos son seguidas por teléfono un mes después de tres intentos por correo y se les exhorta a completar la encuesta vía telefónica.

Diseño de muestra

- Cada mes se toma una muestra aleatoria estratificada de 100 a 300 mujeres del total de nacimientos anual que han tenido un nacimiento vivo en PR. Esta muestra es seleccionada de los certificados de nacimiento del Registro Demográfico utilizando la variable estratificada de peso del bebé al nacer.
- Debido a que se contacta a un porcentaje relativamente pequeño de la población total de todas las madres de PR, una muestra aleatoria simple podría no producir un número suficiente de respuestas de estas mujeres para conocer sobre sus estilos de vida y comportamientos como grupo. El muestreo aleatorio estratificado proporciona un medio para recopilar información más significativa sobre los grupos de población de alto riesgo.
- PRAMS utiliza el proceso de ponderación para recombinar las respuestas obtenidas de manera que éstas puedan reflejar la población total de madres de un año calendario.
- Cualquier mujer residente en PR, incluidas las adolescentes, que dan a luz un bebé vivo dentro de PR es elegible para ser incluida en la muestra. Cuando nacen gemelos o trillizos, solo se selecciona al azar un bebé. Los nacimientos sustitutos están excluidos.

Recopilación de datos

- De 2 a 6 meses después del parto, a cada mujer en la muestra se le envía una carta explicándole sobre la encuesta.
- Ocho (8) días después, se envía el primer paquete de encuesta que contiene: un consentimiento, un cuestionario de 14 páginas, bolígrafo, un calendario de referencia, un sobre pre-dirigido y un directorio de la División de Madres, Niños y Adolescentes y de servicios comunitarios.
- Luego de 18 días, se le envía una tarjeta de recordatorio para que completen la encuesta.
- Después de 32 días, se envía el segundo paquete de encuesta a quienes no han contestado.
- A los 46 días, se envía nuevamente un tercer paquete de encuesta, a las madres que no han contestado.
- Después de 53 días, la entrevistadora hace una llamada de seguimiento a las madres que no han respondido a los correos enviados, hasta completar 15 llamadas de intento por cada número de teléfono (que esté correcto y funcionando). El seguimiento telefónico aumenta sustancialmente la tasa de respuesta de PRAMS-PR.
- Aquellas madres que completaron la encuesta por correo o teléfono, se les envía un mosquitero y un calendario para bebé. Aquellas madres que perdieron a su bebé se les envía dos repelentes para mosquitos.
- Las respuestas se recopilan usando un el sistema de colección integrado de datos de PRAMS (PIDS, por sus siglas en ingles). Para alcanzar una tasa de respuesta ponderada adecuada para realizar análisis significativos, el CDC hace un pesaje del tamaño de la muestra que no sea menor del 55%. Esto indica la proporción de mujeres de la muestra que completaron una encuesta, ajustadas por el diseño de la muestra.

El cuestionario incluye las siguientes preguntas:

i. Preguntas centrales (Core) - son utilizadas por todos los estados y jurisdicciones, proporcionan datos que pueden usarse para comparaciones de comportamientos maternos. Las preguntas básicas incluyen (pero no se limitan a) los siguientes temas:

- Seguro médico
- Cuidado prenatal
- Anticonceptivos
- Intención de embarazo
- Uso perinatal de alcohol & tabaco
- Posición de infante al dormir
- Salud mental
- Ingreso en el hogar
- Lactancia
- Prueba de VIH

ii. Preguntas estándar - Los CDC, los estados participantes de PRAMS u otros colegas de salud materna e infantil pueden desarrollar estas preguntas. El uso de preguntas estándar simplifica y acelera el proceso de revisión de preguntas a nivel estatal, ya que están finalizadas y probadas por los CDC. Las preguntas estándar incluyen (pero no se limitan a) los siguientes temas:

- Salud prenatal
- Cuidado del infante
- Prácticas en el hospital
- Actividad física
- Salud oral

iii. Preguntas elaboradas por el estado – PR no elaboró preguntas nuevas, sino que incluyó alternativas adicionales en varias de las preguntas.

Las bases de datos PRAMS-PR fueron suministradas por los CDC luego de realizar la limpieza y pesajes correspondientes. Los resultados fueron manejados mediante el sistema de análisis estadístico SAS 9.4 para la interpretación de datos. Los resultados de la base de datos PRAMS-PR contienen para el primer año una muestra aleatoria de 1,639 mujeres que tuvieron un bebé vivo en PR entre el periodo de marzo a octubre de 2017, para un total de ocho (8) meses de muestra. De estas mujeres, 1,032 contestaron la encuesta para una tasa de respuesta de 62.3%. Para el segundo año, se obtuvo una muestra aleatoria de 1,195 mujeres que tuvieron una bebé vivo en PR entre el periodo de enero a diciembre de 2018, para un total de doce (12) meses de muestra. De estas mujeres, 960 contestaron la encuesta para una tasa de respuesta de 80.4%.

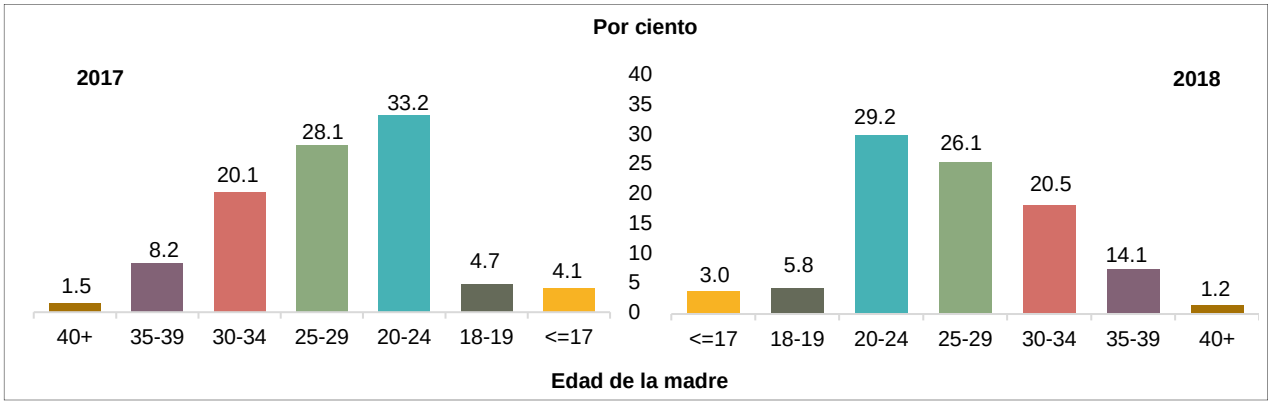
Modo de participación	2017		2018	
	N	Por ciento	N	Por ciento
Correo	450	26.1	321	27.1
Teléfono	582	36.2	639	53.3
Total	**1032**	**62.3**	**960**	**80.4**

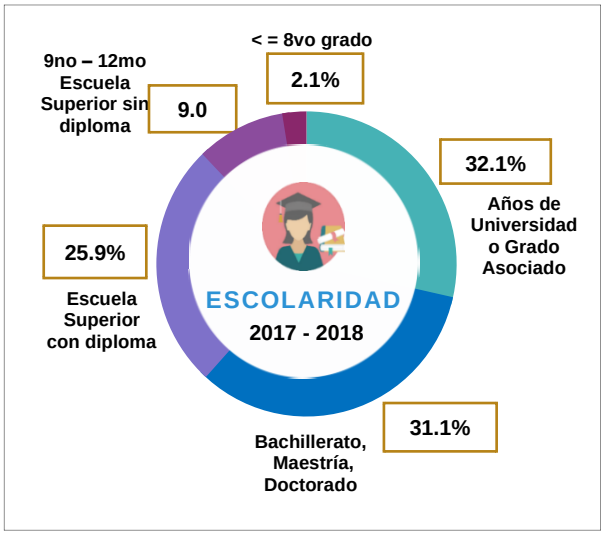
Tabla 1. Fuente: PR-PRAMS

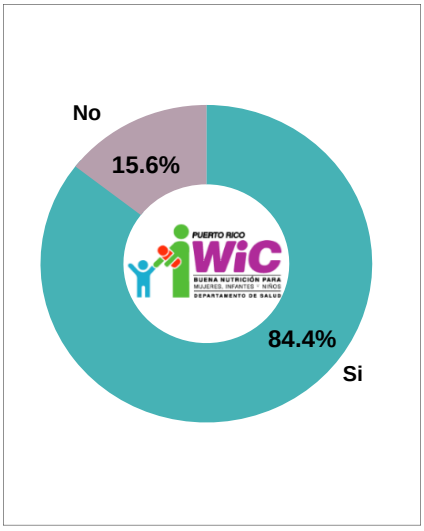
La Tabla 1, representa el por ciento de respuesta distribuido entre encuestas completadas por correo y por teléfono. Durante el año 2017 el porciento de respuesta fue de 62.3%, mientras que para el 2018 el porciento de respuesta fue de 80.4%. Las encuestas vía telefónica fueron de mayor impacto, con una respuesta de 36.2% en el 2017 y un 53.3% en el 2018. Esto se debe a que las madres son contactadas hasta un máximo de 15 intentos por teléfono. Las encuestas por correo presentaron un resultado menor, con una respuesta de 26.1% en el 2017 y 27.1% en el 2018. A pesar de que la encuesta por correo se envía tres veces, un factor limitante para obtener respuestas por correo en el 2017 fue el impacto del huracán María, debido a que muchas participantes perdieron sus hogares y/o fueron relocalizadas en otros lugares. En el 2018, se ve una leve mejoría, pero todavía el factor limitante de las direcciones de muchas madres fue uno mayor.

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las medidas demográficas son útiles para comprender las etiologías de bajo peso al nacer y para definir las poblaciones específicas para intervenciones de salud. Las preguntas sobre edad, raza, estado civil y nivel de educación son estándares en la mayoría de los cuestionarios y su validez es aceptable[1]. A continuación, se describen los datos de mayor relevancia en la población de mujeres que dieron a luz durante el año 2017 y 2018. Para ambos años, la mayor parte de las participantes de la encuesta se encuentran entre las edades de 20 – 24 años, 32.1% posee años de universidad o grado asociado, 65.6% no está casada, 84.4% recibe los beneficios de WIC y 58.3% tienen un salario anual de 16K o menos.







Salario Anual 2017 - 2018

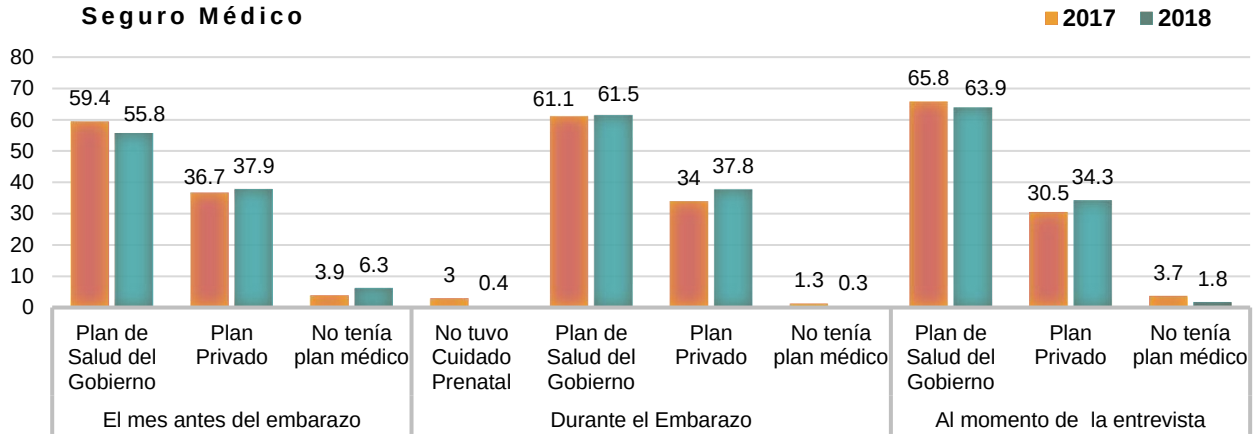
Fuente: Registro Demográfico, Departamento de Salud de Puerto Rico, 2017 - 2018

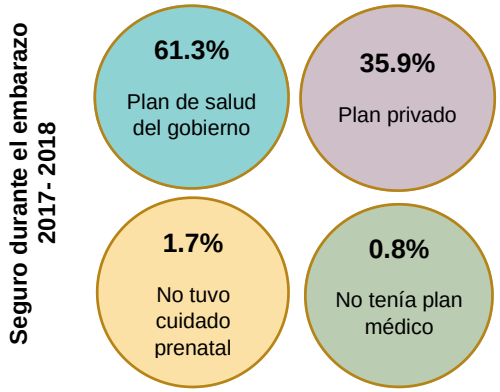
Acciones en el cuidado de la salud

La información sociodemográfica nos ayuda a identificar poblaciones desproporcionalmente afectadas por los resultados de salud materno-infantil y a implementar estrategias dirigidas a estas poblaciones.

B. SEGURO MÉDICO

Los datos de PRAMS pueden ser útiles cuando se evalúa el uso de los servicios de cuidado prenatal y las experiencias relacionadas con la salud de las mujeres con recién nacidos vivos que están inscritas en el plan de salud del gobierno. Estos datos también permiten identificar fluctuaciones en las inscripciones al plan de salud del gobierno por parte de las mujeres en etapa de gestación, incluyendo la fuente de servicios para las beneficiarias. En adición, esta información permite conocer la cobertura del plan de salud del gobierno en mujeres que ya tuvieron un nacimiento vivo en comparación con aquellas que tienen un plan de salud privado y las que no tienen un plan médico[1]. Según la gráfica, un porciento muy bajo de participantes en la encuesta reportó no tener un plan médico antes, durante y después del embarazo.





Razones para no tener plan médico 2017-2018

44.8% - Por no tener ciudadanía o residencia US

29.3% - Por tener un ingreso demasiado alto

14.7 % - Lo solicitó, pero no lo había recibido

13.1% - Porque era muy costoso

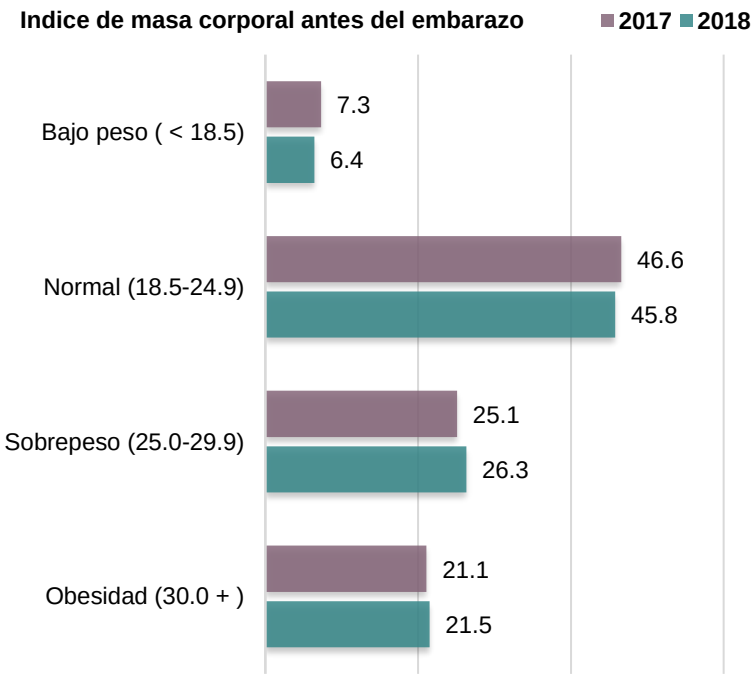
4.6% - No pudo conseguir seguro médico del trabajo, de esposo o pareja

Acciones en el cuidado de la salud

Una de las razones principales por la que las mujeres inician su cuidado prenatal después del primer trimestre es la falta de seguro de salud[2]. La política pública en apoyo a una oferta accesible a todas las mujeres, independientemente de su nacionalidad, ingreso u otros factores además de la implementación de estrategias nuevas que puedan aumentar el referido al plan de salud del gobierno, ayudarían a mejorar la salud de la mujer y los resultados del embarazo.

C. ÍNDICE DE MASA CORPÓREA

Según el CDC, el bajo peso antes del embarazo, una baja estatura y el poco aumento de peso durante el embarazo están asociados con el bajo peso del bebé al nacimiento. Por otro lado, el sobrepeso durante el embarazo también se asocia con el exceso de peso materno retenido después del parto. Un índice de masa corporal (IMC) más alto después del parto puede ser un riesgo para la salud de la madre, pero también prepara el escenario para futuros embarazos con sobrepeso[1]. PRAMS-PR muestra que entre los años 2017 y 2018, el 43.5% de las mujeres tenían un peso normal, 27% estaba sobrepeso, 24% estaba obesa y un 6 % estaba bajo peso antes de su embarazo.



26%

Mujeres estaban **sobrepeso** antes de su embarazo, entre 2017 y 2018.

21%

Mujeres estaban **obesas** antes de su embarazo, entre 2017 y 2018.

Acciones en el cuidado de la salud

Una persona con un IMC de 30 o más se considera como una persona obesa, mientras que una con un IMC igual o mayor a 25 es considerado como una persona sobrepeso. El CDC recomienda al médico hablar sobre tener una dieta saludable y mantener actividad física para prevenir el aumento de peso en el embarazo. Estas recomendaciones aumentan la probabilidad de mejorar los resultados del embarazo.

D. INTENCIÓN DE EMBARAZO

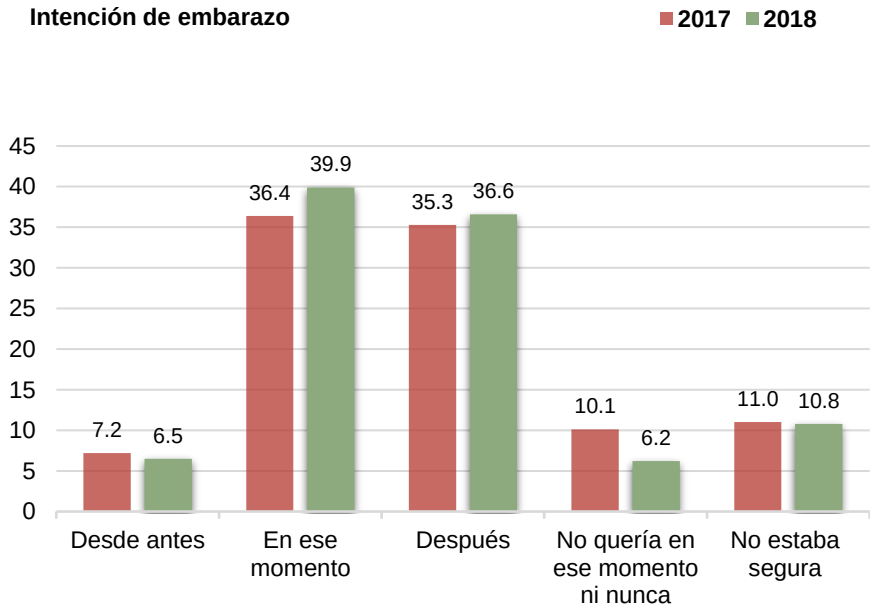
El embarazo no deseado se asocia con un mayor riesgo de problemas para la madre y el bebé. Si la madre no planeaba quedar embarazada, puede tener comportamientos poco saludables o retrasar la atención médica durante el embarazo, lo que podría afectar la salud del bebé[1]. Por lo tanto, es importante que todas las mujeres en edad reproductiva sean orientadas sobre comportamientos saludables como: tomar ácido fólico, mantener una dieta y peso saludables. Además, las mujeres que no están conscientes de su embarazo pueden participar en conductas de riesgo, como por ejemplo fumar y beber temprano en el embarazo, que pueden afectar el crecimiento y desarrollo fetal. Los embarazos no deseados pueden estar asociados con conductas de riesgo durante el embarazo y con bebés que reciben cuidados deficientes[1]. PRAMS-PR muestra que entre los años 2017 - 2018, el 38.2% de las mujeres encuestadas querían quedar embarazadas en ese momento, mientras que el 44.1% no tenían la intención de quedar embarazadas.

Entre 2017 y 2018

44%

Embarazos involuntarios

% Embarazos involuntarios = % Después + % No quería en ese momento ni nunca



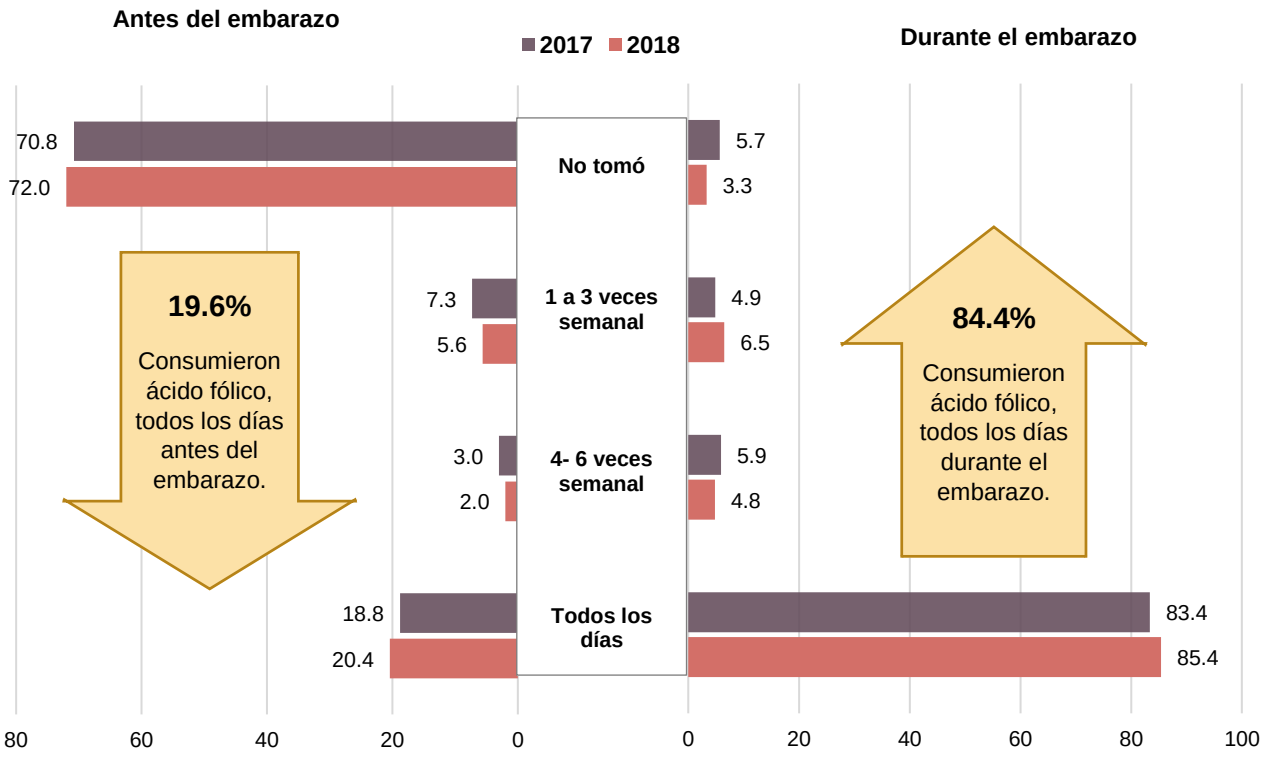
Acciones en el cuidado de la salud

La planificación familiar ayudará a alcanzar el número deseado de niños, el espaciamiento adecuado y aumentar la posibilidad de que nazcan saludables. Se debe alentar a cada mujer y su pareja a tener un plan de vida reproductiva. La población objetivo para la promoción de la salud antes de la concepción son las mujeres, desde la menarquia (primera menstruación) hasta la menopausia, que son capaces de tener hijos, incluso si no tienen la intención de concebir.

Fuente: CDC

E. ÁCIDO FÓLICO

El Servicio de Salud Pública de EE. UU. sugiere que todas las mujeres en edad reproductiva deberían consumir 400 microgramos (mcg) de ácido fólico diarios, además de consumir alimentos con folato como parte de una alimentación variada, con el fin de ayudar a prevenir defectos del tubo neural (NTD, por sus siglas en inglés)[1]. Los NTD son defectos de nacimiento graves del cerebro y de la columna vertebral del bebé. Los dos más comunes son la anencefalia y la espina bífida[3]. PRAMS-PR muestra que entre los años 2017 y 2018, el 19.6% de las mujeres consumieron ácido fólico todos los días antes de su embarazo más reciente. Mientras que durante el embarazo el 84.4% de las mujeres consumieron ácido fólico todos los días.

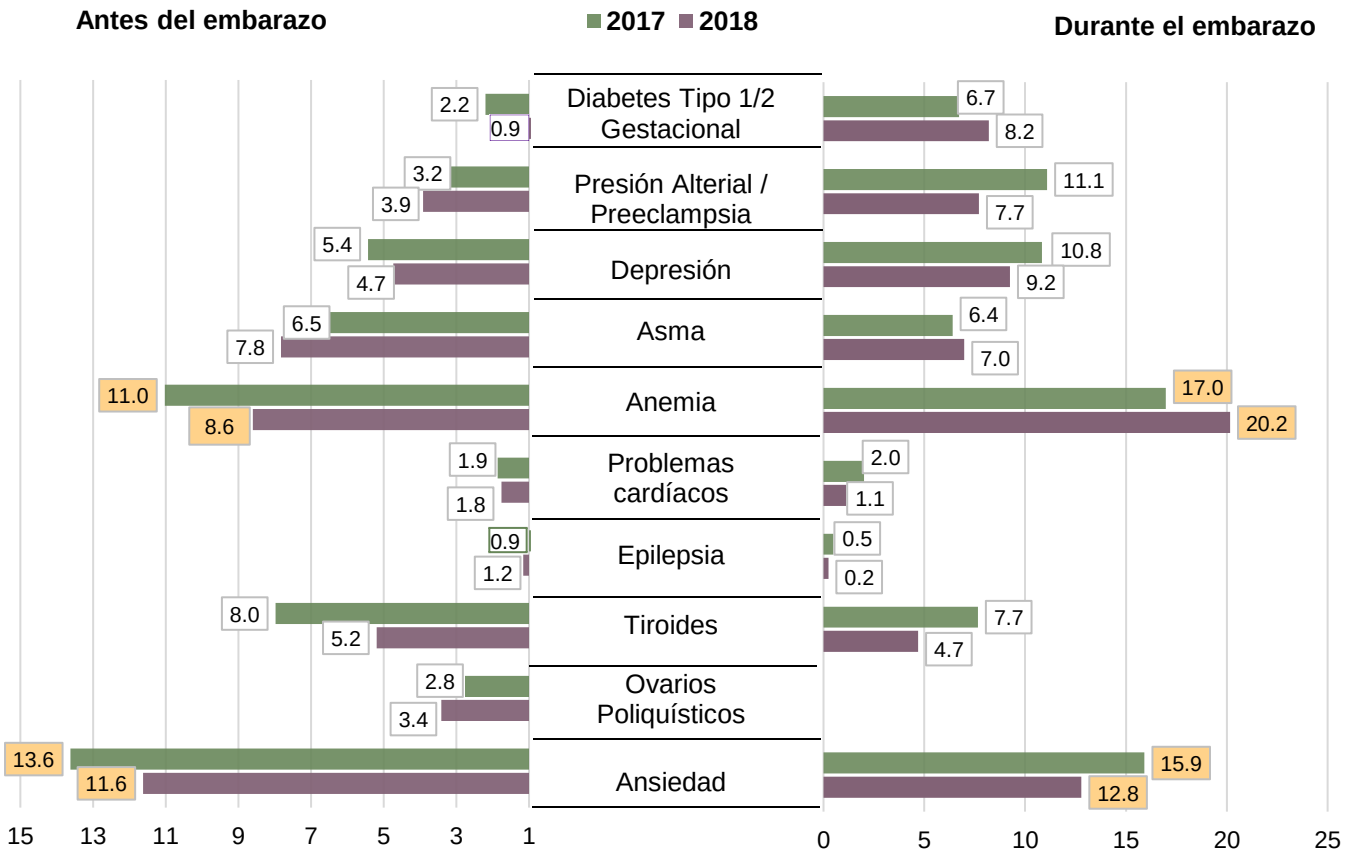


Acciones en el cuidado de la salud

Toda mujer en edad reproductiva necesita consumir ácido fólico todos los días, sin importar si está planeando quedar embarazada o no, para ayudar a producir células nuevas. Los CDC recomiendan que estas mujeres consuman 400 mcg de ácido fólico diarios un mes antes de quedar embarazadas y a lo largo de los primeros tres meses del embarazo.

F. CONDICIONES DE SALUD

La identificación de morbilidades antes y durante el embarazo puede proporcionar información sobre los factores de riesgo asociados a complicaciones durante el embarazo y los resultados inadecuados en los nacimientos[1]. El interés del CDC por las enfermedades crónicas presentes en el período previo a la concepción provocó la expansión de la pregunta sobre la diabetes previa al embarazo, para auscultar sobre otras condiciones crónicas diagnosticadas en mujeres antes del embarazo. PRAMS-PR muestra que para los años 2017 y 2018, las condiciones de salud que más fueron reportadas antes y durante el embarazo fueron la ansiedad y la anemia, seguido de problemas de tiroides (8%) en el 2017 y presión alta (11%) en el 2018.



Acciones en el cuidado de la salud

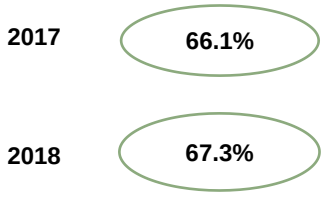
Muchas mujeres pueden no estar conscientes de que están embarazadas hasta las 8 a 12 semanas. Establecer hábitos saludables y una salud óptima antes de la concepción protege al embrión y al feto en un periodo muy vulnerable. El promover estilos de vida saludables disminuye la incidencia de enfermedades crónicas en el embarazo.

Fuente: CDC

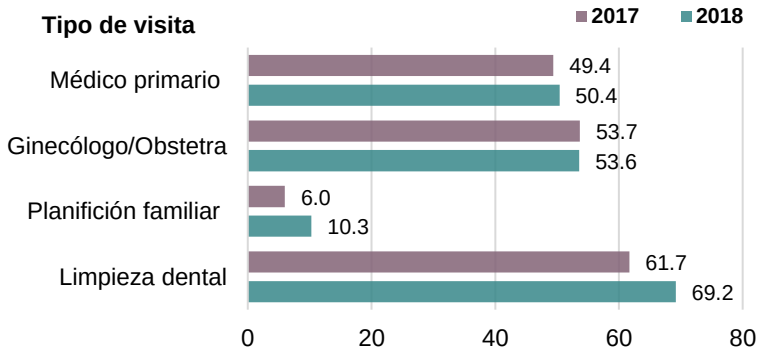
G. VISITA CUIDADO PREVENTIVO DE LA MUJER

Según el CDC, una visita de salud previa a la concepción con un proveedor de cuidado médico, promueve un cuidado prenatal y un embarazo saludable. La promoción exhaustiva del cuidado de la salud antes del embarazo es importante para evaluar y controlar condiciones de salud que puedan traer complicaciones en el embarazo y en los resultados del nacimiento. Es importante que todas las mujeres en edad reproductiva estén orientadas sobre comportamientos saludables antes de un embarazo como: tomar ácido fólico, abstenerse del alcohol y tabaco, realizar pruebas de cernimiento sobre enfermedades, hacer ejercicios, comer saludable, historial médico, enfermedades crónicas, condiciones mentales, violencia y planificación familiar[1]. PRAMS-PR muestra que para los años 2017 y 2018, el 66.7% de las encuestadas fueron a una visita preventiva antes de su embarazo. De éstas, el 53.6% visitó al ginecólogo y un 65.5% fue a una limpieza dental. De aquellas que no asistieron a una visita preventiva (33.3%), el 89.8% no lo hizo porque se sentía bien.

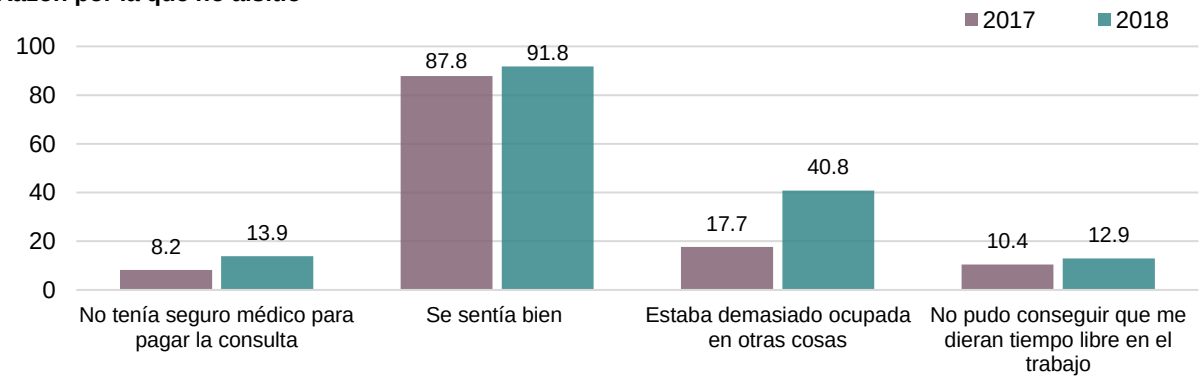
Visita preventiva



Tipo de visita



Razón por la que no aisitió



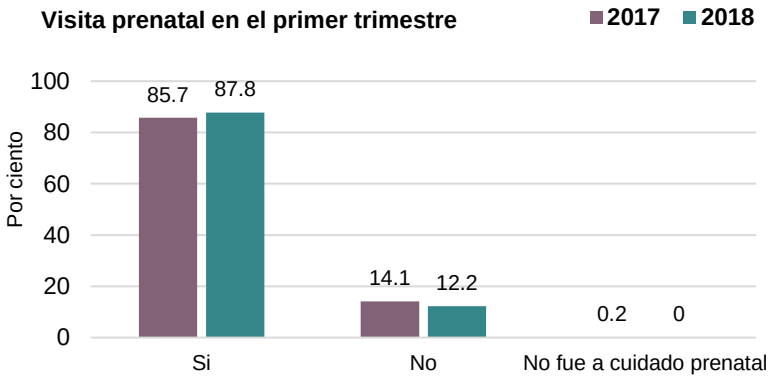
Acciones en el cuidado de la salud

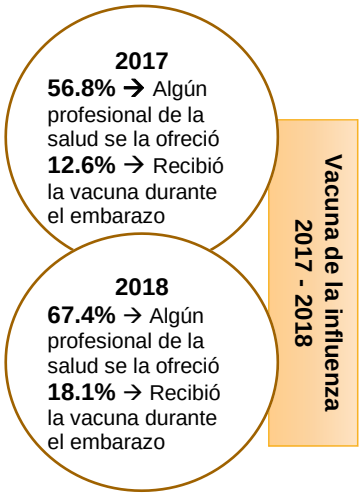
Como parte de las visitas de cuidado preventivo antes del embarazo, los profesionales de la salud deben brindar una evaluación de riesgos y asesoramiento educativo a todas las mujeres en edad fértil para reducir los riesgos reproductivos y mejorar los resultados del embarazo. No obstante, todas las mujeres se pueden beneficiar de la salud antes del embarazo, ya sea que planeen o no tener un hijo algún día. Esto se debe a que parte de la salud antes del embarazo se refiere a que las mujeres estén y se mantengan sanas en general, durante toda su vida.

Fuente: CDC

H. CUIDADO PRENATAL

La ausencia de cuidado prenatal o el cuidado inadecuado se ha asociado con un mayor riesgo de nacimientos con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad materna. El recibir cuidado prenatal temprano y consistente permite el diagnóstico y manejo de condiciones de salud que pueden afectar la salud de la madre y el bebé. Por otro lado, el examen de detección de defectos congénitos puede ofrecerse a mujeres que tienen un mayor riesgo de ciertos trastornos genéticos. Los proveedores de cuidado prenatal también deben ofrecer educación y asesoramiento sobre el VIH y sobre las conductas de riesgo que pueden afectar los resultados del parto[1]. PRAMS-PR muestra que entre los años 2017 y 2018 un 86.8% asistió a su primera visita prenatal durante el primer trimestre.





Temas de cuidado prenatal que menos le hablan a las mujeres embarazadas durante la visita al cuidado prenatal	2017 al 2018
Cinturón de seguridad durante embarazo	**59.4%**
Drogas durante el embarazo	**76.3%**
Depresión durante y luego del embarazo	**58.3%**
Violencia doméstica	**47.7%**
Programas o recursos para ayudar al aumento de peso adecuado	**48.1%**
Programas o recursos para ayudar a bajar de peso adecuadamente después de embarazo	**34.2%**
Síndrome bebé sacudido	**63.0%**

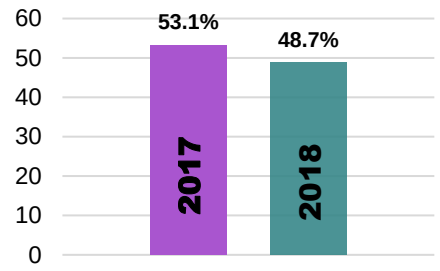
Acciones en el cuidado de la salud

Debido al bajo por ciento de mujeres que reportan que se vacunaron, es importante promover el uso de la vacuna de influenza antes o durante el embarazo, dado a que las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de complicaciones graves por la gripe. Temas como la violencia doméstica, depresión, el uso del cinturón de seguridad durante el embarazo, el síndrome del bebé sacudido y programas o recursos para bajar de peso después del embarazo, deben ser cubiertos con más frecuencia durante las consultas de cuidado prenatal.

I. CUIDADO DENTAL

Una salud oral inadecuada durante el embarazo es un factor de riesgo para resultados adversos del nacimiento. Muchas mujeres desconocen estos riesgos. Por lo tanto, no buscan servicios de salud oral durante su embarazo para un chequeo de rutina, a menos que surja un problema de esta índole. Las mujeres embarazadas experimentan cambios hormonales que contribuyen a la aparición de ciertas enfermedades orales como la gingivitis o la periodontitis. Además, la literatura informa que las mujeres embarazadas con una enfermedad oral tienen un mayor riesgo de tener bebés prematuros o con bajo peso al nacer[2]. A pesar de que un 90.5% de las participantes de PRAMS tenía un seguro para pagar el cuidado dental durante el embarazo y un promedio de 77% sabía que era importante el cuidado de los dientes y encías durante el embarazo, solo un promedio de 50.9 % se realizó limpieza dental en el 2017 y 2018.

Limpieza dental en el embarazo

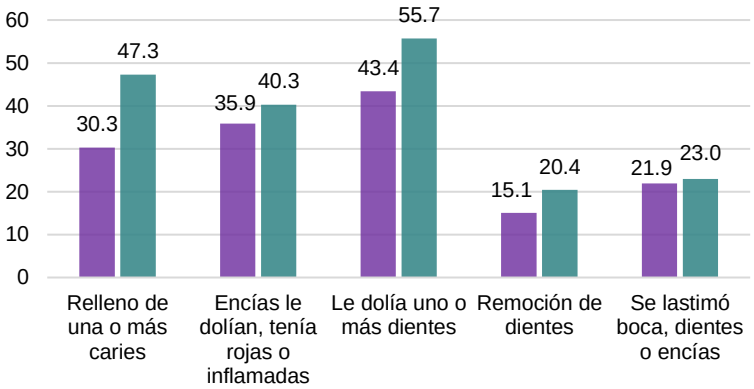


	Situaciones en el cuidado dental 2017 - 2018	Por ciento
1.	Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante el embarazo	**90.5%**
2.	Sabía que era importante cuidar de sus dientes y encías durante mi embarazo	**77.3%**
3.	Un trabajador dental u otro tipo de personal médico le orientó acerca de cómo cuidar de sus dientes y encías	**50.6%**
4.	Necesitó consultar a un dentista por un problema dental	**13.7%**
5.	Fue a un dentista o a una clínica dental debido a un problema dental	**14.8%**

Razones para no ir al dentista durante su embarazo 2017 - 2018

- **24.6%** Pensó que no era seguro ir al dentista durante el embarazo
- **17.4%** No encontró un dentista que aceptara embarazadas
- **15.8%** No tenía dinero suficiente para ir al dentista
- **15.3%** No encontró un dentista que aceptara pacientes de Medicaid

Problemas dentales en el embarazo

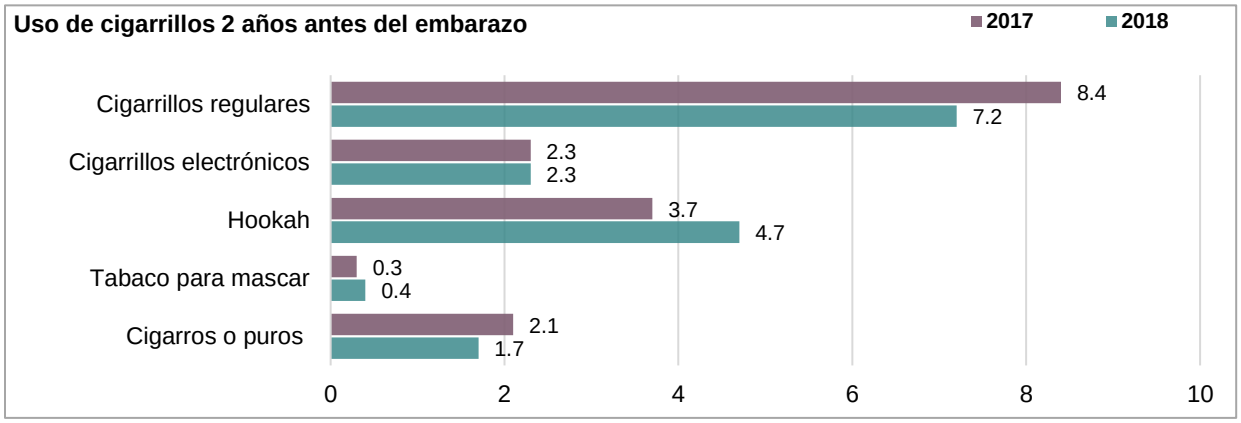


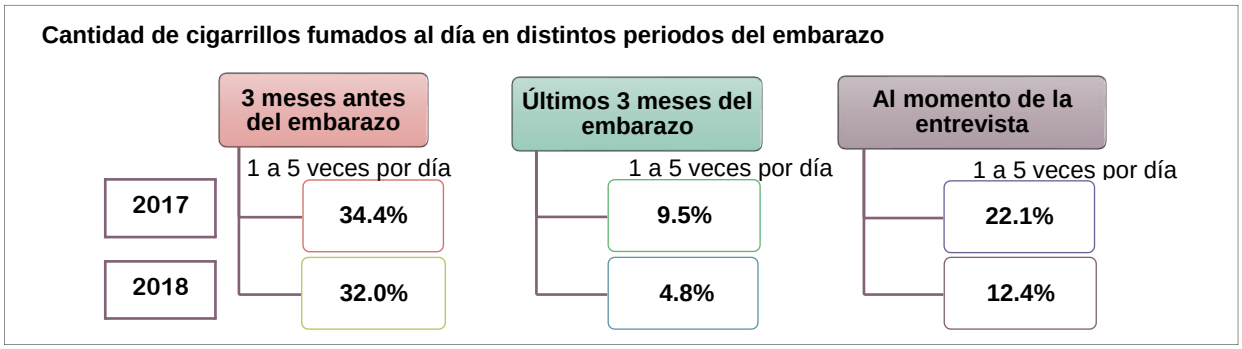
Acciones en el cuidado de la salud

Se debe reforzar el cuidado oral en las mujeres embarazadas y alentar a una educación exhaustiva en los temas de salud dental durante el embarazo. El examinar las razones por las cuales las mujeres embarazadas no van al dentista sirve de guía para el desarrollo de programas educativos para los proveedores de salud y para las embarazadas.

J. USO DE CIGARRILLOS

Esta información se utiliza para obtener la prevalencia del uso de cigarrillos y la cantidad con el fin de verificar si las mujeres redujeron el consumo o dejaron de fumar durante el embarazo y si volvieron a fumar durante el posparto. El hábito de fumar cigarrillos se ha asociado con una menor fecundidad y con tasas más altas de aborto espontáneo, desprendimiento de placenta, placenta previa y parto prematuro. Los hijos de madres que fumaron durante el embarazo pueden continuar siendo más pequeños que el promedio y pueden tener déficits leves en el desarrollo neurológico. Los niños expuestos al humo de tabaco en el medio ambiente corren un mayor riesgo de sufrir varios problemas de salud, entre los que se incluyen la infección de las vías respiratorias bajas, la infección del oído y el asma. Los bebés expuestos al humo del tabaco tienen un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita infantil[1]. PRAMS-PR muestra que para los años 2017 y 2018, aproximadamente el 7.8% de las encuestadas usaron cigarrillos regulares dos años antes del embarazo. A pesar de que se ve una disminución en el consumo de cigarrillos en los últimos 3 meses del embarazo, este consumo aumentó un 10% al momento de la encuesta.



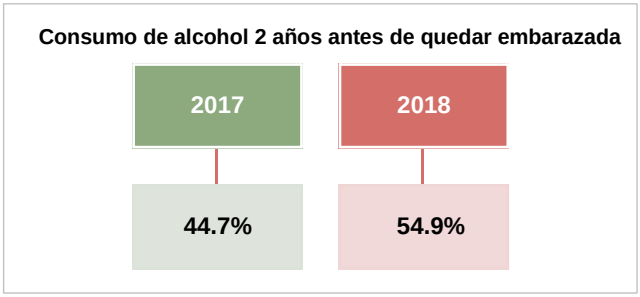


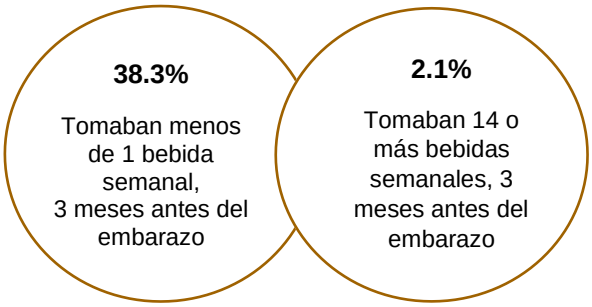
Acciones en el cuidado de la salud

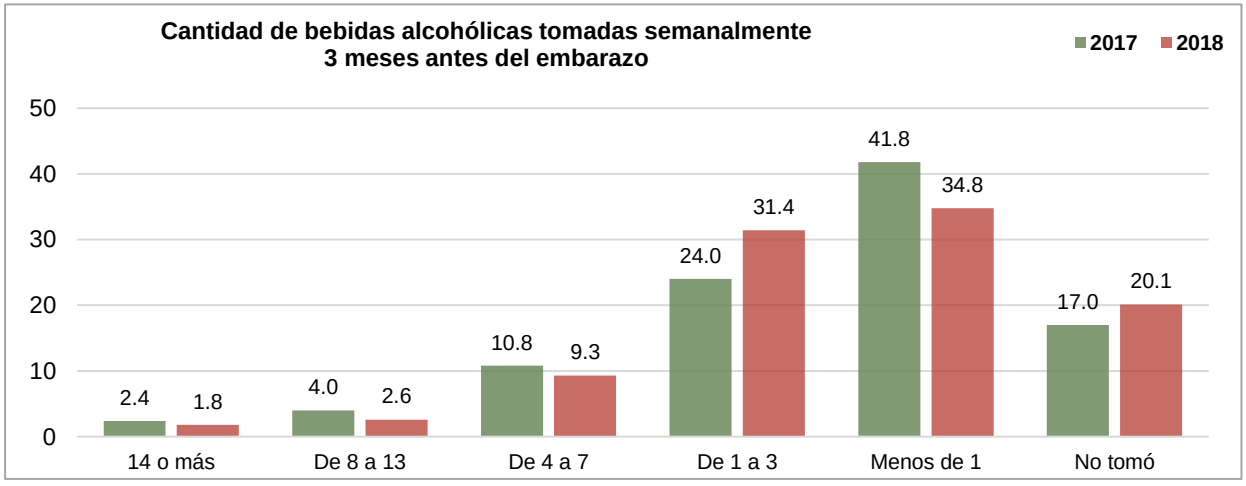
Pese a que se ha visto una disminución en el consumo de cigarrillos del 2017 al 2018, se debe continuar educando a las mujeres que planifican quedar embarazadas a que dejen de fumar. La línea de ayuda de la División de Control de Tabaco y Salud Oral del Departamento de Salud está disponible para orientación, o puede acceder al enlace https://www.facebook.com/dejaloyapr.

K. USO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol durante el embarazo, particularmente en el primer trimestre, puede producir una variedad de efectos teratogénicos en el feto. El más grave es el síndrome del alcohol fetal, que puede incluir reducción de la circunferencia de la cabeza y retraso mental. El consumo de alcohol más adelante en el embarazo se ha asociado con un retraso del crecimiento fetal y con efectos más sutiles en el comportamiento y el desarrollo[1]. PRAMS-PR muestra que hubo un aumento de 10.2% del 2017 (44.7%) al 2018 (54.9%) en el reporte de consumo de alcohol durante los últimos dos años antes de quedar embarazada. El 38.3% de las encuestadas dijeron consumir alcohol tres meses antes del embarazo y la frecuencia de consumo fue menos de una vez a la semana.





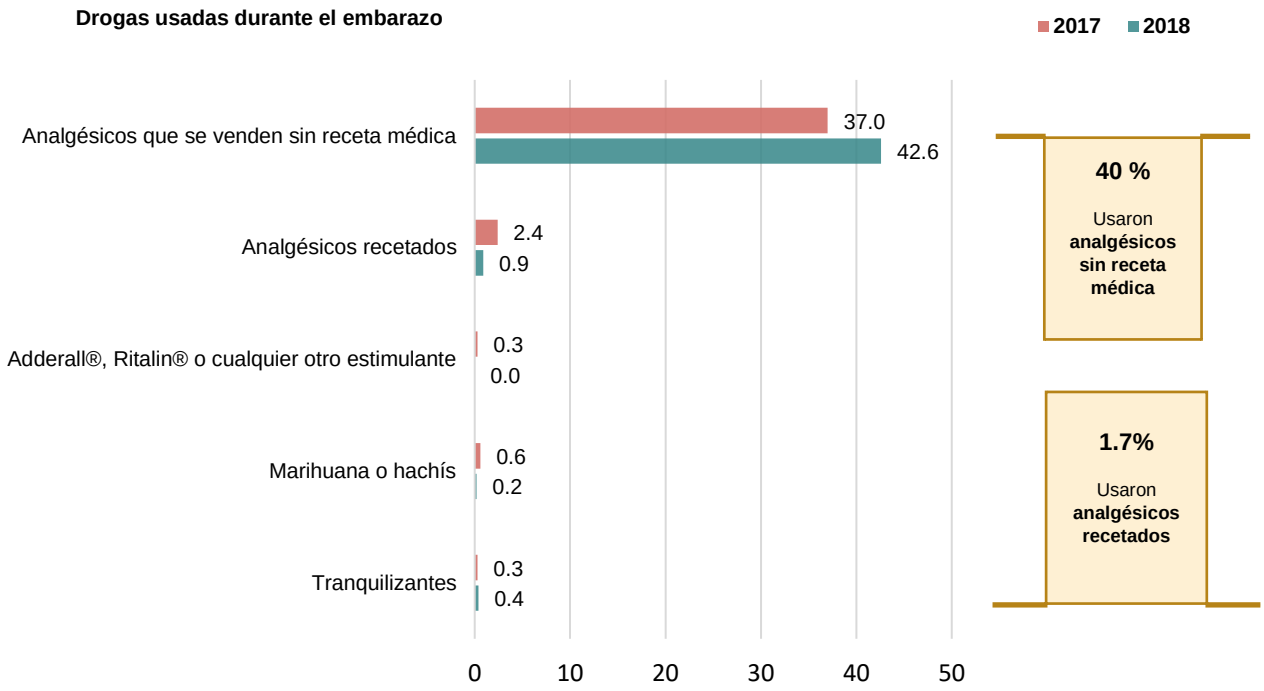


Acciones en el cuidado de la salud

Se mide el consumo de alcohol en los tres meses previos al embarazo porque las mujeres a menudo informan el consumo de alcohol después de saber que estaban embarazadas como su primer trimestre de consumo. Las tasas de consumo de alcohol antes del embarazo son medidas más precisas de uso durante la primera parte del primer trimestre. El embarazo ofrece la oportunidad de modificaciones en el consumo de alcohol con la guía del proveedor de salud[2].

L. USO DE DROGAS

El uso de medicamentos y drogas ilícitas causan daño al feto y puede tener efectos dañinos de teratogenicidad en el recién nacido. Es importante identificar los patrones de uso de drogas en la población prenatal para proporcionar estrategias que promuevan la abstinencia del uso de estas sustancias[2]. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) recomienda que toda embarazada: siempre hable con su doctor, enfermera o farmacéutico antes de comenzar a tomar cualquier medicamento, hierba o vitamina; lea la etiqueta de información farmacológica y demás información que reciba junto con su medicamento para conocer los posibles riesgos que corren las mujeres embarazadas o lactantes; pregunte a su médico, enfermera o farmacéutico acerca de la información que obtenga en el internet; e informe a su proveedor de servicios de salud acerca de cualquier problema que tenga con su medicina[4]. PRAMS-PR muestra que para los años 2017 y 2018 un 40% de las encuestadas tomaron analgésicos sin receta médica durante su embarazo, mientras que 1.7% usaron analgésicos recetados.

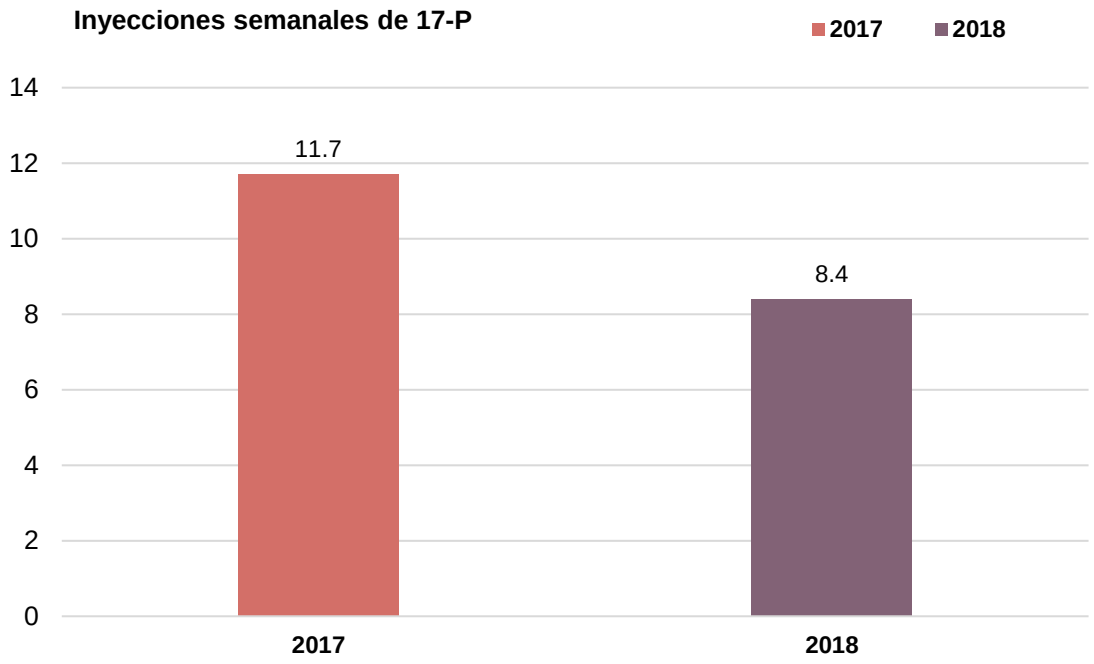


Acciones en el cuidado de la salud

Es importante trabajar con el público para comunicar la seguridad de los medicamentos utilizados para tratar afecciones antes, durante y después del embarazo. Esto con el fin de proporcionar orientación basada en evidencia sobre el uso más seguro de medicamentos durante el embarazo.

M. INYECCIONES SEMANALES DE 17P

Un nacimiento prematuro o nacimiento de menos de 37 semanas de gestación, pone a los bebés en mayor riesgo de muerte y es la principal causa a largo plazo de discapacidad neurológica en niños. La prevención de los nacimientos prematuros es fundamental para fomentar la salud a largo plazo y el desarrollo de lactantes en todo el país. Según la literatura científica, el 17 alfa-hidroxiprogesterona (17P) es una forma sintética de progesterona utilizado para reducir la recurrencia de nacimientos prematuros para mujeres con gestaciones únicas que tienen un historial de nacimientos prematuros. Estas mujeres tienen más probabilidades de tener otro bebé prematuro en comparación a las mujeres que no lo han tenido. Comúnmente recetado por los médicos, 17P se administra semanalmente inyecciones a partir de las 16-24 semanas hasta el parto[2]. Según los datos PRAMS-PR hubo una reducción de 3.3% en el uso de inyecciones semanales de 17-P entre los años 2017 (11.7%) y 2018 (8.4%).

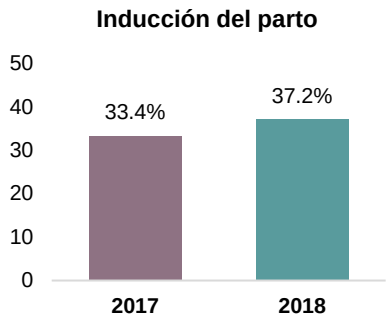


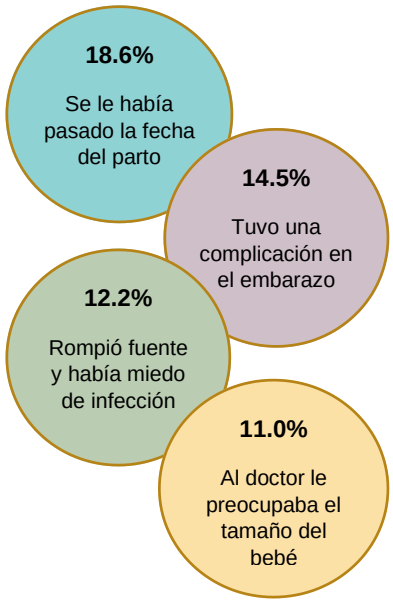
Acciones en el cuidado de la salud

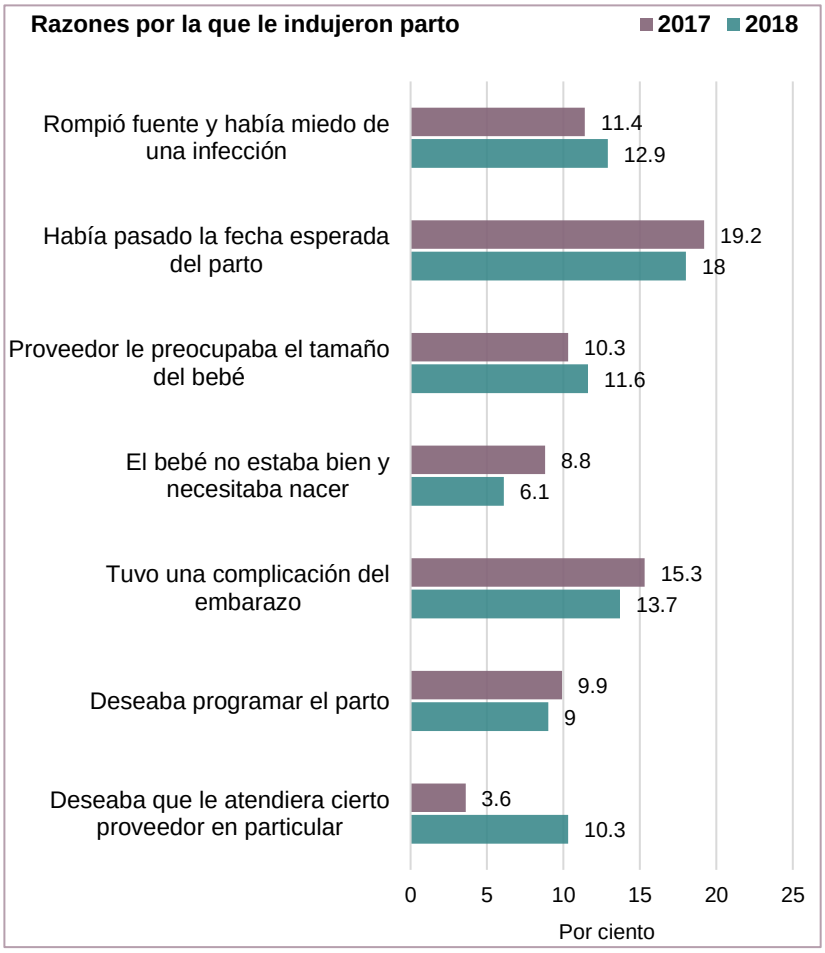
La hidroxiprogesterona o 17-P se ha incluido como parte de la estrategia de las Redes Colaborativas de Mejora e Innovación (CoIINs) para reducir la mortalidad infantil en PR. Los obstetras/ginecólogos que pueden identificar entre las mujeres embarazadas, aquellas que han tenido un parto prematuro previo, deben remitirlas para el tratamiento con 17P de hidroxiprogesterona. Este indicador permitirá saber cuántas mujeres con un parto prematuro previo estaban bajo el tratamiento de 17P[2].

N. INDUCCIÓN DEL PARTO

La inducción antes de las 39 semanas de gestación no está recomendada por el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de América (ACOG) a menos que esté médicamente indicada[5]. La DMNA está promoviendo la implementación voluntaria de la política de "Hard Stop" en los hospitales, con el objetivo principal de disminuir la inducción antes de las 39 semanas de gestación y, por lo tanto, disminuir la prevalencia de cesáreas y los nacimientos prematuros tardíos. Según los datos PRAMS-PR hubo un aumento de 4%, entre los años 2017 (33.4%) y 2018 (37.2%), de partos inducidos reportados por las encuestadas.





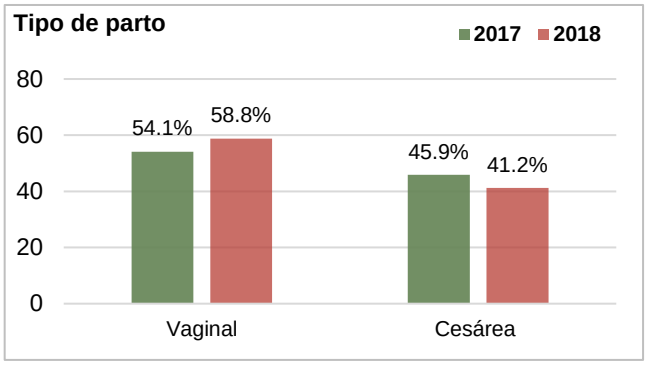


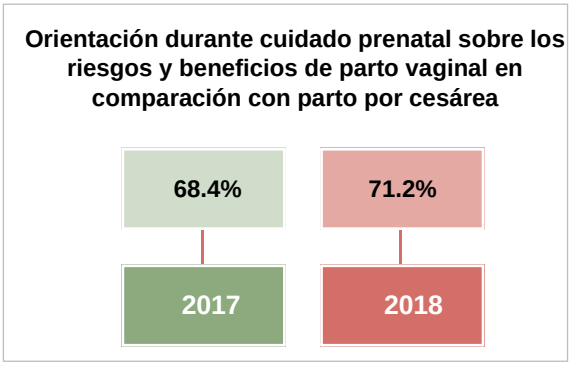
Acciones en el cuidado de la salud

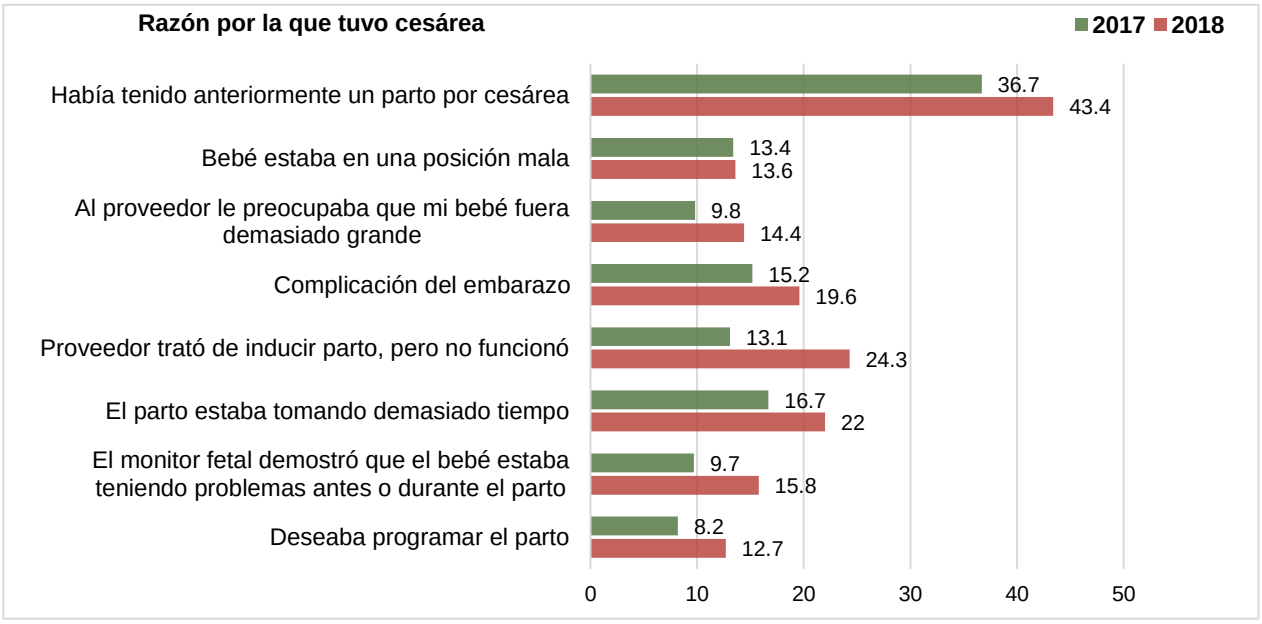
Este indicador proporcionará una mejor comprensión de por qué los proveedores de salud intentan inducir el parto. La información hará posible el desarrollo de programas educativos para estos profesionales, a fin de crear conciencia sobre la importancia de esperar hasta las 39 semanas de gestación para inducir cualquier parto.

O. TIPO DE PARTO

Históricamente, las tasas de cesáreas en PR han sido más altas que en Estados Unidos. El aumento exponencial en el uso de este método comenzó en 1995, justo cuando se estableció la Reforma del Cuidado de la Salud en PR. Desde entonces, las tasas de cesáreas siguen aumentando[2]. Según los datos PRAMS-PR, para los años 2017 y 2018, el 43.5% de los partos fueron por cesáreas y el 56.5% por parto vaginal.





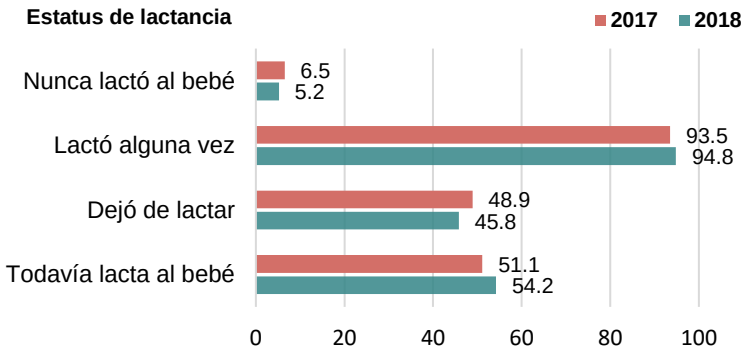


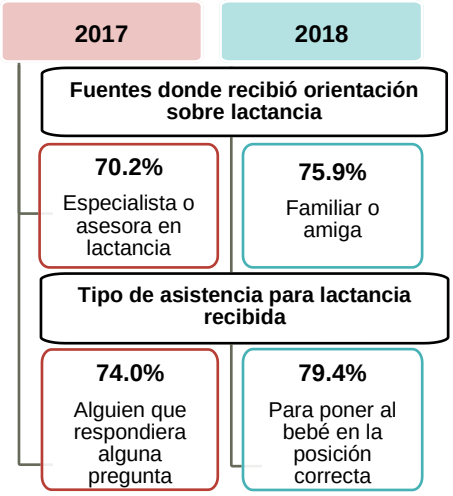
Acciones en el cuidado de la salud

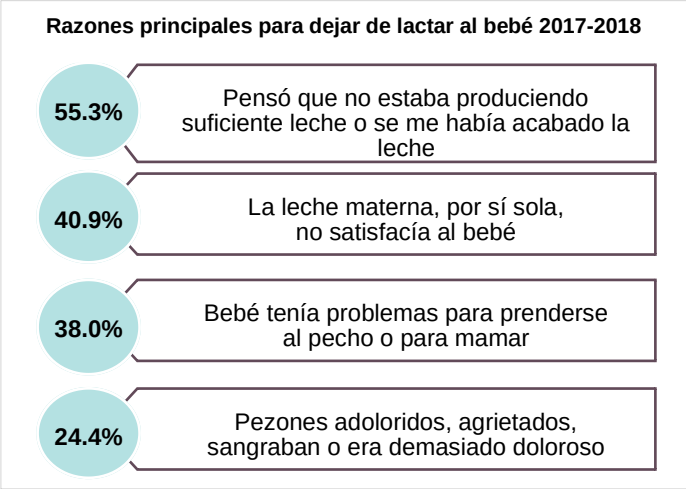
El conocer las principales razones de las cesáreas en PR proporcionará la información necesaria para el desarrollo de estrategias a través de la DMNA, destinadas a la reducción de este tipo de nacimiento[2]. Los esfuerzos para reducir la incidencia de cesáreas deben centrarse en la educación continua a los proveedores de atención médica y a las mujeres embarazadas sobre los riesgos y beneficios de las cesáreas.

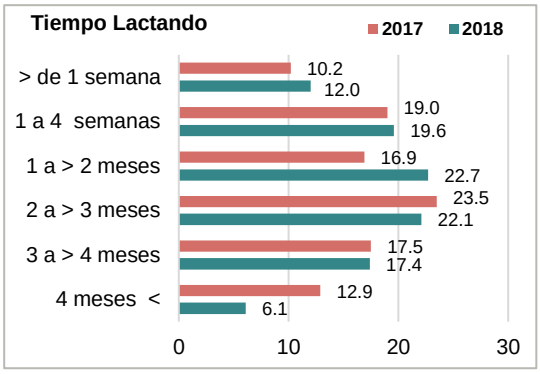
P. LACTANCIA

La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses y la lactancia materna continua con alimentos complementarios hasta que el niño tenga al menos 1 año[6]. Los bebés lactados tienen tasas más bajas de hospitalizaciones, infecciones del oído y respiratorias, y enfermedades diarreicas. La lactancia materna también puede reducir los gastos de atención médica al reducir la morbilidad infantil. A pesar del reconocimiento generalizado de que la lactancia materna es un aspecto importante de la salud materna e infantil, la prevalencia de la lactancia materna disminuyó en los años ochenta[1]. Según los datos PRAMS-PR para los años 2017 y 2018, el 94.2% de las encuestadas lactó a su bebé alguna vez después del parto y el 52.7% todavía estaba lactando a su bebé al momento de la entrevista.







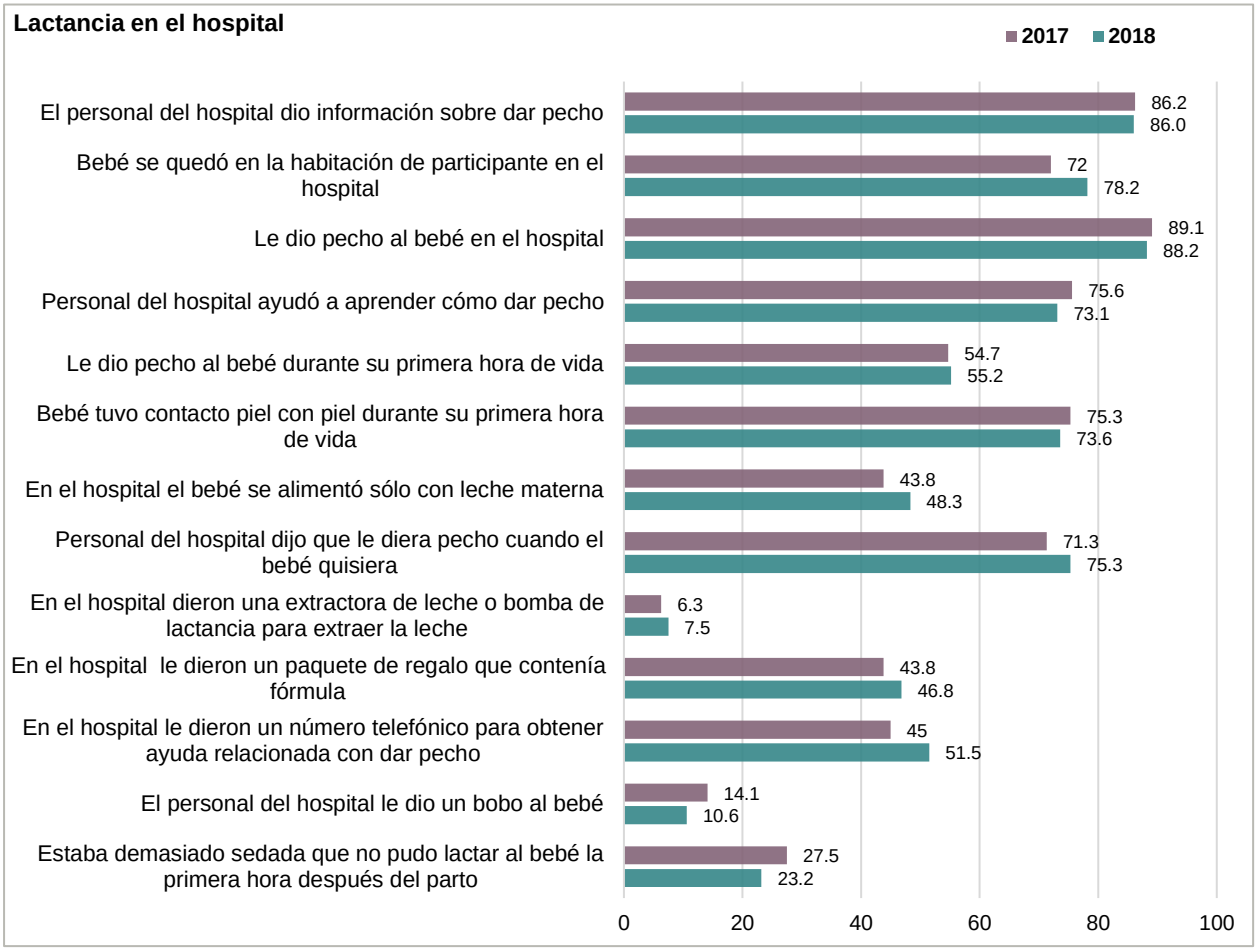


Acciones en el cuidado de la salud

Los datos proveen información necesaria sobre los factores que influyen en las prácticas de la lactancia materna y qué tipo de apoyo en la lactancia reciben las nuevas madres, para implementar estrategias educativas y de otra índole que promuevan y prolonguen esta experiencia. La DMNA continuará brindando capacitación e información actualizada sobre el inicio exitoso y la prolongación de la lactancia materna a su personal.

Q. LACTANCIA EN EL HOSPITAL

Uno de los desafíos para establecer la lactancia materna en PR era la inexistencia de hospitales de parto “Baby Friendly Hospital” (BFH) con los diez pasos probados para promover la lactancia materna[2]. La Orden Administrativa 336, ordena a toda institución hospitalaria en PR a establecer un programa de lactancia y acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y postparto según la política de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural promovida por la Organización Mundial de la Salud y la Ley para prevenir el suministro de sucedáneos de leche materna a los recién nacidos y la ley de acompañamiento durante el trabajo de parto, nacimiento y post parto[7].

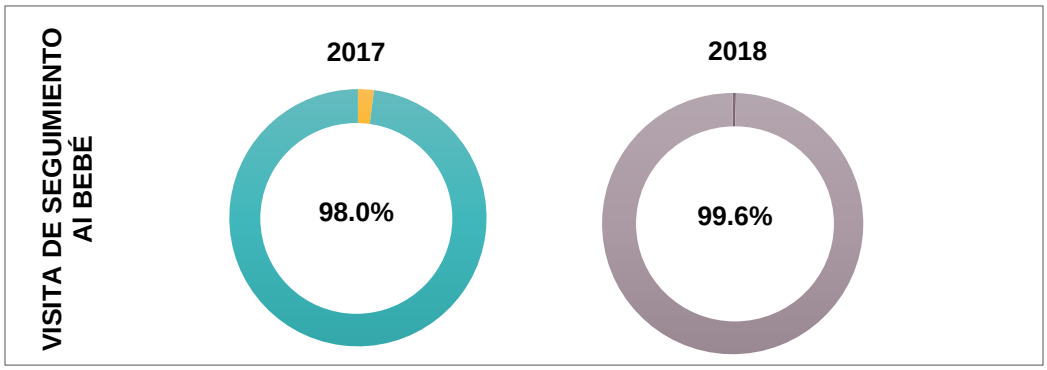


Acciones en el cuidado de la salud

Una de las principales prioridades de la Coalición de Promoción de la Lactancia Materna liderada por el personal de la DMNA, ha sido lograr cambios en la rutina de alimentación de recién nacidos en los hospitales y la adopción de los 10 pasos probados para promover la lactancia materna, que llevan a convertir a los hospitales en un Baby Friendly Hospital (BFH).

R. CUIDADO DEL INFANTE

Es importante la visita al pediatra la primera semana de vida del bebé y subsecuentemente. Durante una visita de bebé sano, el pediatra proporcionará cuidado preventivo al evaluar y realizar un seguimiento del estado físico, emocional y del comportamiento del niño a medida que crece[8]. Se podrá evaluar la alimentación e hidratación del bebé, grado de bilirrubina en la piel, vacunación, entre otros. Además, esta es una oportunidad crítica para detectar un posible retraso en el desarrollo o una discapacidad, cuyo tratamiento temprano puede disminuir el impacto futuro tanto en el niño como en la familia. En PR, la práctica de llevar al bebé a su visita de seguimiento es alta según reportado por las participantes de PRAMS-PR 2017 y 2018. Por otro lado, el dar al bebé alimentos sólidos muy temprano puede resultar en aumento de peso en la infancia y niñez temprana[9]. Según los datos PRAMS- PR del 2017 al 2018 el 17.8% de los bebés ya había consumido algún sólido de los 4 a 5 meses de nacido.

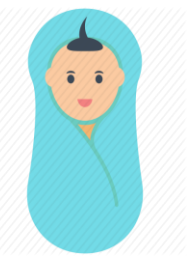


Consumo de líquidos

- **48.6%** Bebé tenía menos de 1 semana
- **19.8%** Solo ha bebido leche materna

Consumo de alimentos sólidos

- **17.8%** Bebé tenía 4 a 5 meses
- **58.3%** No ha comido ningún sólido

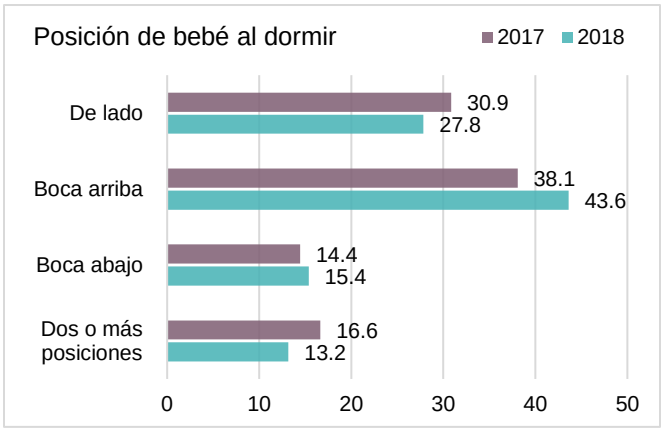


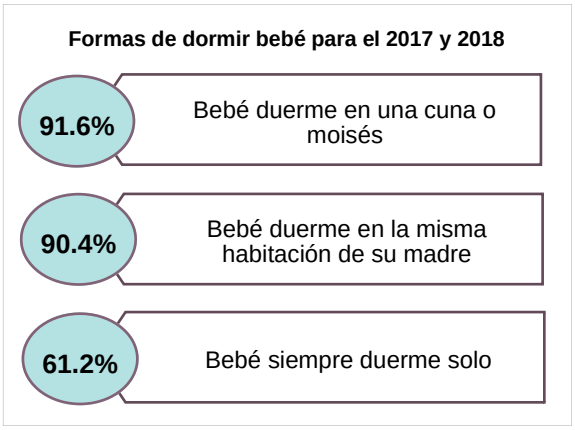
Acciones en el cuidado de la salud

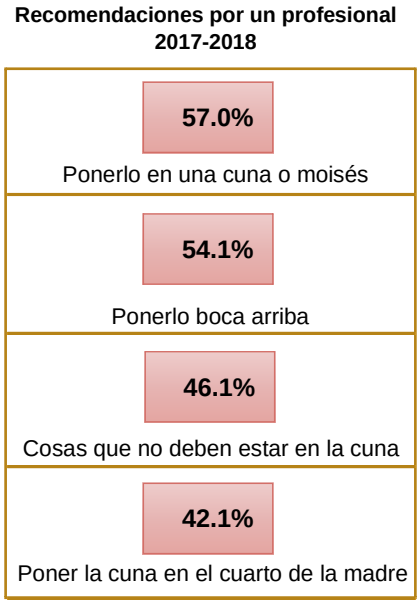
La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda que los bebés sean llevados a su pediatra para un chequeo de cuidado preventivo durante el primer mes de nacido, a los dos, cuatro, seis, nueve, doce, quince, dieciocho y veinticuatro meses de edad. Luego una vez al año a partir de los tres a seis años[10]. El consumo de alimentos sólidos en el infante debe comenzar a los seis meses de nacido[9].

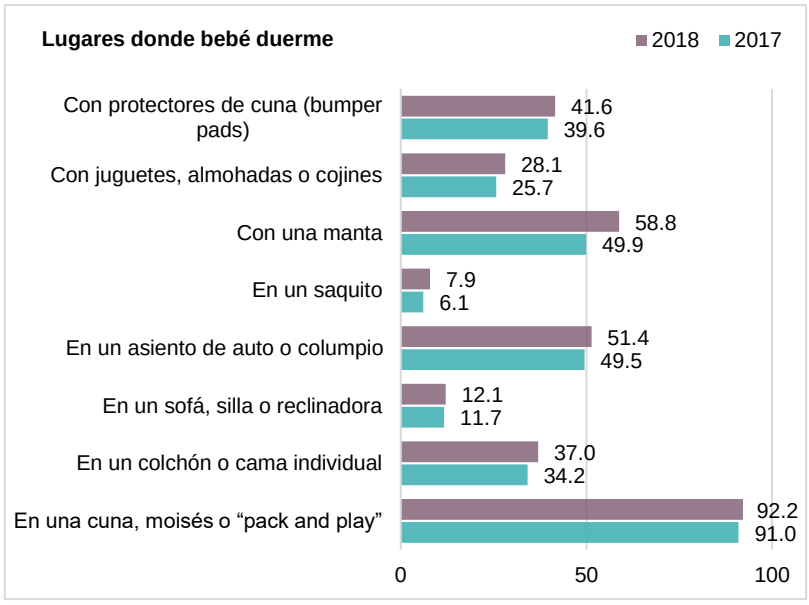
S. SEGURIDAD AL DORMIR EL INFANTE

El Síndrome de Muerte Súbita (SMS), es la principal causa de muerte infantil en el período post-neonatal[11] y representa el 61% de estas muertes[12]. La posición de sueño boca abajo del bebé se ha convertido en un importante factor de riesgo para el SMS[11]. Los CDC y la AAP recomiendan poner al bebé en un entorno seguro para dormir: colocar al bebé para que duerma boca arriba, en su propia cuna sin mantas ni artículos blandos, ni compartir la cama. PRAMS-PR muestra que entre los años 2017 y 2018, el 40.9% de las encuestadas acostó su bebé boca arriba. Mientras que el 54.1% de los profesionales de la salud recomendó que debían poner a su bebé a dormir boca arriba.







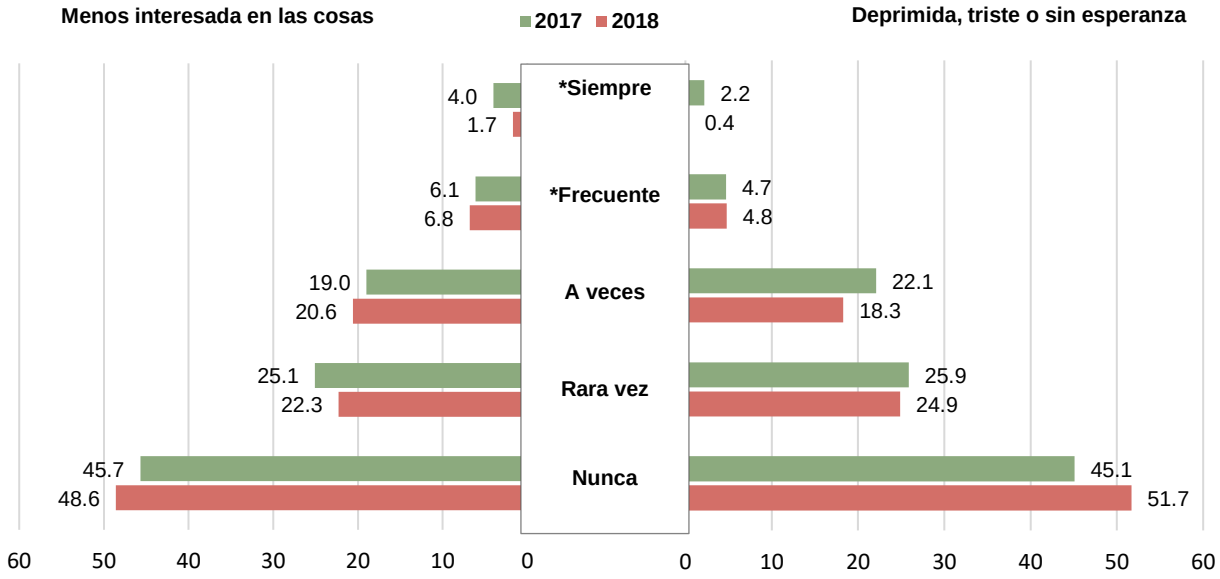


Acciones en el cuidado de la salud

El orientar más exhaustivamente a las mujeres embarazadas sobre la posición correcta que debe dormir el bebé podría evitar el SMS. Para más información, acceder a: http://www.encuentrodemivida.com/

T. ESTADO DE ÁNIMO DESPUÉS DEL PARTO

Los datos de PRAMS-PR proporcionarán estimaciones sobre la prevalencia de los síntomas de depresión postparto auto-reportadas basadas en la población. Estas estimaciones se pueden usar en los estados y jurisdicciones para abogar por los servicios necesarios. Al documentar el nivel de depresión en un estado o jurisdicción, los investigadores y defensores de esta causa tendrán pruebas sólidas para tener más éxito en hacer que los legisladores y administradores de programas aborden el problema a través de cernimientos e intervenciones de rutina[1].



***9.3%**

Madres auto reportaron haber estado **menos interesadas** en cosas o han disfrutado menos al hacer cosas que normalmente hacían después del parto entre 2017 y 2018.

***6.1%**

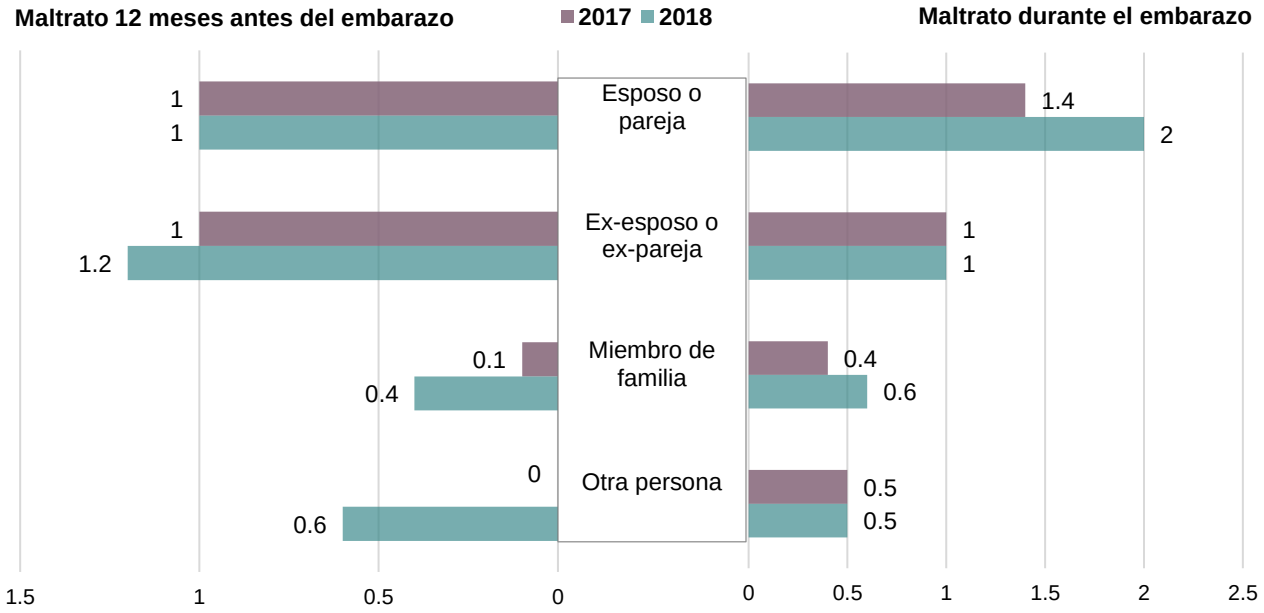
Madres auto reportaron haberse sentido alguna vez **tristes, deprimidas, o sin esperanza** después del parto entre 2017 y 2018.

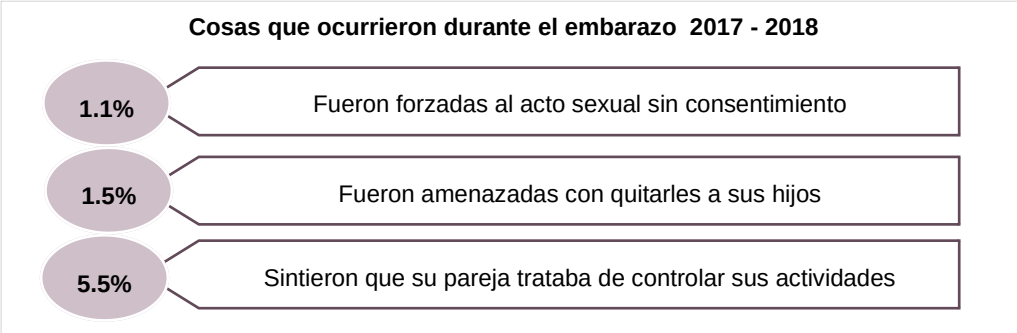
Acciones en el cuidado de la salud

Las mujeres que se consideran que tienen el síndrome de depresión postparto auto-informado, deben recibir una entrevista diagnóstica completa porque tienen más probabilidades de desarrollar depresión. Una de las herramientas a utilizarse es la Edingburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y la Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los proveedores de atención médica pueden usar estos resultados de detección en sus evaluaciones de necesidades de salud materna e infantil y en la planificación de la provisión de servicios de salud mental adecuados para las nuevas madres.

T. MALTRATO EN EL EMBARAZO

No está claro qué papel juega el embarazo en la disminución o aumento del maltrato. Un factor de riesgo potencial es el embarazo no deseado que representa un 44% de las participantes de PRAMS-PR. Una mejor comprensión de la relación entre el embarazo, la intención del embarazo y la violencia física y emocional podría tener importantes implicaciones clínicas y de salud pública[1]. PRAMS-PR solamente reporta para este indicador a las madres mayores de 18 años de edad. Según PRAMS-PR, entre 2017 y 2018 el maltrato propiciado por el esposo o pareja de la mujer durante el embarazo es de 1.7%



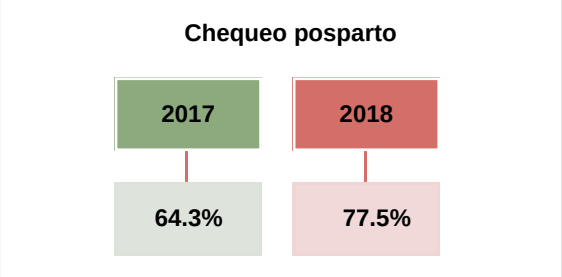


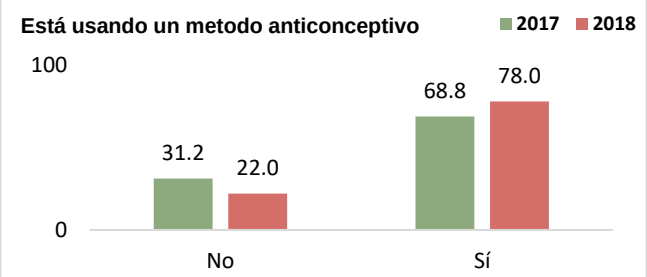
Acciones en el cuidado de la salud

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y otras asociaciones profesionales recomiendan que los médicos evalúen a las pacientes por maltrato físico y emocional y las refieran a recursos comunitarios, sociales y legales apropiados. El maltrato durante el embarazo puede causar morbilidad materna e infantil[13]. Las visitas de atención prenatal brindan una oportunidad de intervención que de otro modo no existiría.

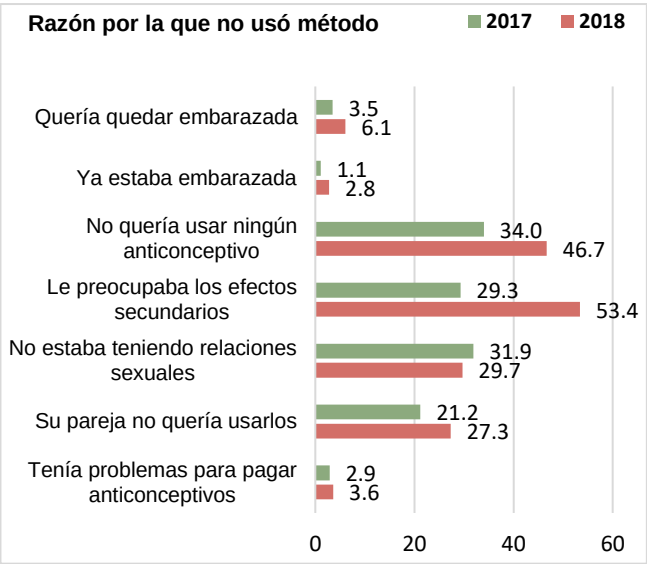
U. ANTICONCEPTIVOS

La planificación familiar es de interés debido a su relación con el embarazo no deseado, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual. La planificación familiar durante el periodo posparto es importante para garantizar un espacio adecuado entre los embarazos, ya que se ha demostrado que mejora la salud materna y los resultados infantiles de los embarazos posteriores. Comprender los tipos de métodos que utilizan las mujeres después del parto es importante para identificar grupos que pueden estar usando métodos menos efectivos[1]. Según los datos recopilados, una gran mayoría de mujeres en etapa posparto utilizan los condones y la retirada del hombre como método anticonceptivo. Según PRAMS-PR entre los años 2017 y 2018, un promedio de 70.9% de las mujeres se hicieron un chequeo posparto y el 73.5% estaba usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo. Los métodos que predominaron fueron la retirada del hombre (36.8%), condones (34.4%) y ligadura de las trompas de Falopio (30.9%). En el 2018**,** un 46.7% no quería usar ningún anticonceptivo y un 53.4% no utilizaba ningún método porque le preocupaba los efectos secundarios.





Método anticonceptivo	Por ciento 2017 - 208
Retirada del hombre	*36.8%*
Condones	*34.4%*
Ligadura de trompas	*30.9%*
Método natural "Ritmo"	*18.5%*
Pastillas anticonceptivas	*15.7%*
Abstinencia	*10.9%*
Implante del brazo	*10.4%*
DUI	*5.4%*
Inyecciones	*3.8%*
Vasectomía	*3.7%*
Parche anticonceptivo	*1.1%*

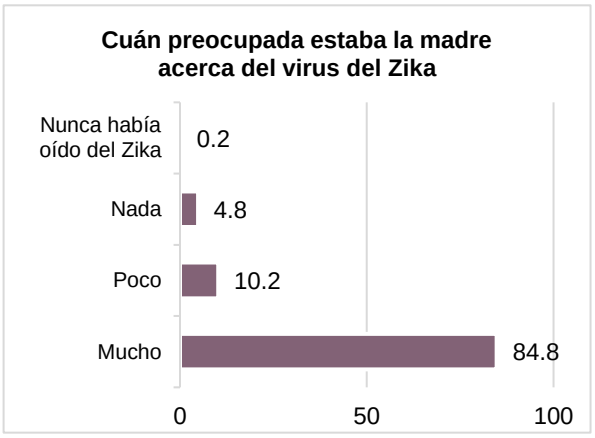


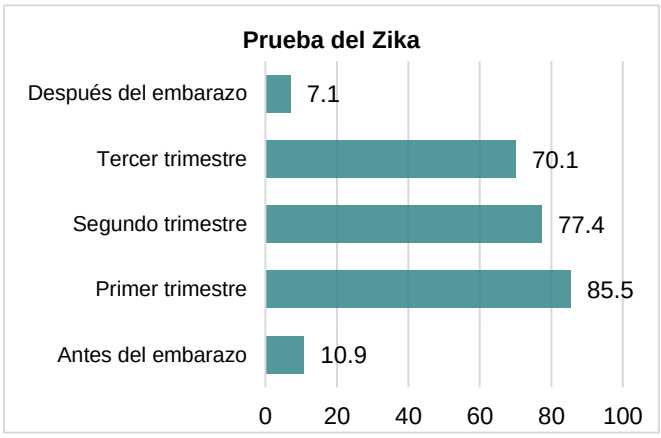
Acciones en el cuidado de la salud

La visita posparto ofrece la oportunidad de educar a las mujeres sobre todos los métodos disponibles, su efectividad, efectos secundarios y accesibilidad para una toma de decisiones informada. La mayor parte de los planes de salud cubren los métodos anticonceptivos según establecido por el Affordable Care Act (ACA). Las Guías de Cuidado de la Mujer en el Periodo Posparto recomiendan que se ofrezca una de estas alternativas en la visita posparto.

V. INFECCIÓN DEL ZIKA 2017

Las mujeres en PR reportaron altos niveles de preocupación sobre la adquisición de la infección por el virus del Zika durante el embarazo y los proveedores de atención médica las asesoraron sobre su prevención. Según PRAMS-PR, el 89.7% de las madres recibieron orientación de algún profesional de la salud sin haberlo pedido.





%	Durante el embarazo algún profesional de la salud le orientó sobre el virus del Zika
3.7%	No
89.7%	Sí, aún sin pedirlo
6.5%	Sí, después de haberle consultado

77.7%
Se hizo la prueba del ZIKA en los tres trimestres de embarazo

28.1%
No se hizo la prueba porque no le indicaron o no le refirieron

Uso de repelentes en embarazo

46.7%
Todos los días

23.5%
Casi todos los días

Razones por qué no lo usó

49.8%
Rara vez estaba al aire libre

48.4%
Olvidó aplicarlo

Uso de condones en embarazo

35.1%
Nunca

29.8%
Siempre

Razones por qué no lo usó

45.6%
No quería usar condones

42.3%
No creyó que fuera necesario

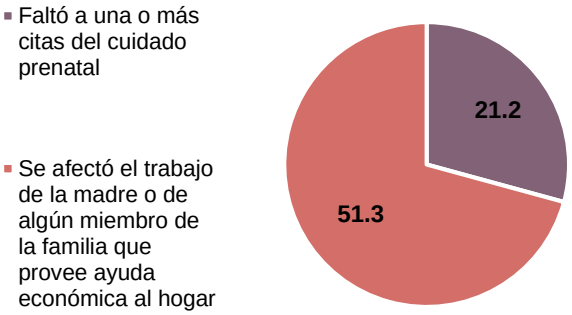
Acciones en el cuidado de la salud

Se necesitan estrategias novedosas para fomentar el uso de las medidas preventivas del virus del Zika, así como asegurar las pruebas de detección durante el embarazo. Se deben evaluar las barreras para la prevención de la transmisión sexual del Zika para garantizar que las mujeres y sus parejas masculinas entiendan claramente el riesgo de infección por el virus del Zika durante el embarazo[14].

W. DESASTRES: HURACÁN 2018

Debido a la frecuencia de desastres naturales en PR se debe educar a las embarazadas sobre las medidas a seguir para prepararse para una emergencia, con el fin de disminuir efectos adversos en el embarazo.

Eventos ocurridos a causa del desastre



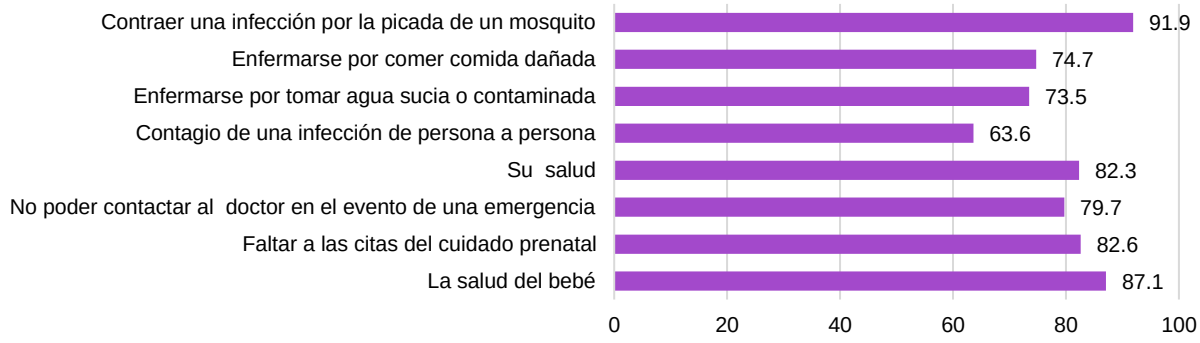
97.1%
Estuvo sin electricidad por una semana o más

71%
Se sintió insegura a causa de la seguridad y orden

47.9%
Tuvo problemas para conseguir alimentos para comer por qué los supermercados cerraron

42.7%
Tuvo problemas para conseguir alimentos para comer por qué no tenía dinero en efectivo

Preocupaciones de las madres



69.6%
Le preocupaba no producir suficiente leche para lactar su bebé

90.7%
Tuvo alguien que le ayudara si estuviese enferma

53%
Su casa tuvo daños menores, pero la residencia era habitable

Acciones en el cuidado de la salud

Entre las recomendaciones que deben seguir las embarazadas se encuentran: preparar un equipo (kit) de emergencia con agua potable, alimentos y medicamentos que la embarazada y su familia puedan necesitar por al menos 14 días; establecer un plan de cuidado prenatal alterno, en caso de que el obstetra no esté disponible; mantener medicamentos y vitaminas prenatales en el kit de emergencia[15]. Los profesionales de la salud deben identificar una forma alternativa de promover la lactancia materna.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. “PRAMS Model Surveillance Protocol 2018 Version. Appendix D: Rationale for Phase 8 Core Questions.” Obtenido de: https://www.cdc.gov/prams/methodology.htm

2. División Madres, Niños y Adolescentes, Departamento de Salud. “Puerto Rico PRAMS Model Surveillance Protocol 2019 Version. Appendix E: Rationale for State-Added Questions: Standard and State-Developed.”

3. Centers for Disease Control and Prevention. “Facts about Neural Tube defects”, 2019. Obtenido de: https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/facts-about-neural-tube-defects.html

4. U.S. Food and Drug Administration. “Medicine and Pregnancy”, 2019. Obtenido de: https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/medicine-and-pregnancy

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. “Labor Induction Guidelines by ACOG”, 2017. Obtenido de: https://speciality.medicaldialogues.in/labor-induction-guidelines-by-acog

6. American Academy of Pediatrics. “Breastfeeding (Policy Statement)”, 1989. Obtenido de: https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html

7. Comité Promoción de Lactancia & División Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico. “Estrategias para Cumplir con la Orden Administrativa 336: Programa de Lactancia en Hospitales”, 2015. Obtenido de: http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Presentacion%20de%20Taller%20estrategias%20para%20cumplir%20orden%20Administrativa%20336.pdf

8. Centers for Disease Control and Prevention. “Well-Child Visits are Essential”, 2020. Obtenido de: https://www.cdc.gov/vaccines/parents/why-vaccinate/well-child-visits.html

9. American Academy of Pediatrics. “Infant Food and Feeding”, 2020. Obtenido de: https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/Age-Specific-Content/Pages/Infant-Food-and-Feeding.aspx/

10. American Academy of Pediatrics. “AAP Schedule of Well-Child Care Visits”, 2018. Obtenido de: https://www.healthychildren.org/English/family-life/health-management/Pages/Well-Child-Care-A-Check-Up-for-Success.aspx

11. American Academy of Pediatrics. “SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment.” Obtenido de: https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162940

12. Oficina de Registro Demográfico. Departamento de Salud de Puerto Rico. “Base de Datos de Defunciones y Nacimientos, Años 2017, 2018.”

13. American College of Obstetricians and Gynecologists. “Intimate Partner Violence”, 2012. Obtenido de: https://speciality.medicaldialogues.in/labor-induction-guidelines-by-acog

14. Centers for Disease Control and Prevention. “Prevención del Virus del Zika en Mujeres Embarazadas en Puerto Rico”, 2018. Obtenido de: https://www.cdc.gov/prams/special-projects/zika/infographics/english/index.htm

15. División Madres, Niños y Adolescentes, Departamento de Salud. Ficha informativa: “¿Sabías que?… Después del huracán”, 2018.

APÉNDICE

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla A1. Características Sociodemográficas, PRAMS-PR 2017 y 2018

Característica	Categoría	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Edad de la Madre (años)	≤17	33	661	4.1	2.7, 6.1	27	644	3.0	2.0, 4.7
	18 a 19	57	755	4.7	3.2, 6.7	63	1,225	5.8	4.2, 7.9
	20 a 24	314	5,355	33.2	29.5, 37.0	300	6,180	29.2	25.7, 32.9
	25 a 29	284	4,542	28.1	24.8, 31.8	255	5,533	26.1	22.8, 29.8
	30 a 34	217	3,250	20.1	17.2, 23.4	177	4,344	20.5	17.4, 24.0
	35 a 39	105	1,327	8.2	6.4, 10.5	117	3,007	14.2	11.6, 17.3
	≥40	22	247	1.5	0.9, 2.7	21	257	1.2	0.6, 2.3
Estado Civil	Casada	369	5,450	33.8	30.3, 37.5	299	7,382	34.8	31.1, 38.8
	No Casada	663	10,686	66.2	62.5, 69.7	661	13,809	65.2	61.2, 68.9
Escolaridad	< 8vo grado	18	415	2.6	1.5, 4.4	14	342	1.6	0.9, 3.0
	9mo a 12mo grado	75	1,554	9.6	7.4, 12.4	81	1,750	8.3	6.4, 10.7
	Tiene Diploma de ES	250	4,213	26.1	22.6, 29.9	258	5,451	25.7	22.4, 29.3

Característica	Categoría	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
	Algunos años de Universidad o Grado Asociado	364	5,355	33.2	29.7, 36.9	315	6,530	30.8	27.3, 34.6
	Bachillerato, Maestría o Doctorado	325	4,598	28.5	25.2, 32.0	291	7,114	33.6	29.9, 37.5
Salario Mensual	$ 0 a $16K	498	8,345	60.6	56.5, 64.6	520	10,820	56.0	51.8, 60.1
	$16,001 a $28K	191	2,772	20.1	17.0, 23.7	197	4,345	22.5	19.2, 26.2
	$28,001 a $57K	113	1,882	13.7	11.1, 16.7	93	2,160	11.2	8.8, 14.2
	$57,001 o más	68	773	5.6	4.1, 7.7	66	1, 989	10.3	7.9, 13.4

Tabla A2. Tipo de plan médico por periodo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Periodo del Embarazo	Categoría	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
El mes antes del embarazo	Plan de Salud del Gobierno	587	9,511	59.4	55.5, 63.2	558	11,765	55.8	51.8, 59.7
	Plan Privado	400	5,873	36.7	33.0, 40.5	336	8,002	37.9	34.1, 41.9
	No tenía plan médico	35	630	3.9	2.6, 5.9	62	1,332	6.3	4.6, 8.5
Durante el Embarazo	No tuvo Cuidado Prenatal	31	479	3.0	1.9, 4.7	4	85	0.4	0.1, 1.4
	Plan de Salud del Gobierno	610	9,742	61.1	57.3, 64.9	619	13,007	61.5	57.5, 65.4
	Plan Privado	368	5,412	34.0	30.4, 37.7	329	7,998	37.8	34.0, 41.8

Periodo del Embarazo	Categoría	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
	No tenía plan médico	7	202	1.3	0.6, 2.6	5	55	0.3	0.1, 1.0
Al momento de la entrevista	Plan de Salud del Gobierno	659	10,529	65.8	62.1, 69.4	637	13,493	63.9	59.9, 67.7
	Plan Privado	336	4,875	30.5	27.1, 34.1	295	7,233	34.3	30.5, 38.2
	No tenía plan médico	30	592	3.7	2.4, 5.6	26	389	1.8	1.1. 3.2

Tabla A3. Razones por la cuales no tenía Plan Médico, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razón	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Seguro médico era demasiado caro	2	51	21.6	5.3, 57.4	1	4	4.6	0.6, 28.1
No pude conseguir seguro médico de mi trabajo ni del trabajo de mi esposo o pareja	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	4.6	0.6, 28,1
Solicitó el seguro médico, pero no lo había recibido todavía	1	35	14.7	2.1, 14.7	0	0	0.0	0.0, 0.0
Tuve problemas con la solicitud o el sitio de Internet	0	0.0	0.0	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	1	23	10.9	1.5, 10.9	2	42	47.6	7.8, 90,7
No sabía cómo obtener seguro médico	0	0.0	0.0	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	3	104	44.1	16.0, 76.5	2	42	45.4	7.8, 89.1

B. CONDICIONES DE SALUD

Tabla B1. Condiciones de salud 3 meses antes de embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Condición o Problemas de Salud	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Diabetes tipo 1 o tipo 2	31	354	2.2	1.3, 3.6	13	189	0.9	0.4, 2.0
Presión sanguínea alta o hipertensión	58	516	3.2	2.2, 4.7	49	829	3.9	2.7, 5.7
Depresión	65	874	5.4	3.9, 7.5	52	1,002	4.7	3.3, 6.7
Asma	80	1,049	6.5	4.8, 8.7	84	1,652	7.8	6.0, 10.2
Anemia	104	1,773	11.0	8.8, 13.8	89	1,816	8.6	6.6, 11.1
Problemas cardíacos	24	300	1.9	1.1, 3.1	22	372	1.8	1.0, 3.1
Epilepsia	12	148	0.9	0.4, 2.0	10	245	1.2	0.6, 2.4
Problemas de la glándula tiroides	89	1,282	8.0	6.2, 10.3	51	1,092	5.2	3.7, 7.3
Sindrome Ovario Poliquístico	46	444	2.8	1.8, 4.2	37	719	3.4	2.2, 5.2
Ansiedad	145	2,193	13.6	11.2, 16.5	128	2,458	11.6	9.3, 14.4

Tabla B2. Condiciones de salud en el embarazo más reciente, PRAMS-PR 2017 y 2018

Condición o Problemas de Salud	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Diabetes gestacional	72	1,077	6.7	5.0, 9.0	82	1,727	8.2	6.3, 10.7
Alta presión sanguínea	174	1,780	11.1	8.9, 13.7	147	1,624	7.7	6.0, 9.9
Depresión	108	1,736	10.8	8.6, 13.6	88	1,943	9.2	7.2, 11.8
Asma	67	1,026	6.4	4.7, 8.7	73	1,471	7.0	5.2, 9.3
Anemia	169	2,718	17.0	14.2, 20.2	185	4,239	20.2	17.1, 23.6
Problemas cardíacos	22	322	2.0	1.2, 3.4	23	236	1.1	0.6, 2.1

Condición o Problemas de Salud	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Epilepsia	7	79	0.5	0.2, 1.5	4	51	0.2	0.1, 1.0
Problemas de la glándula tiroides	79	1,228	7.7	5.8, 10.0	46	988	4.7	3.3, 6.7
Ansiedad	166	2,554	15.9	13.3, 19.0	142	2,693	12.8	10.4, 15.7

Tabla B.3 Categorías del Índice de Masa Corpórea antes del embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Categoría de IMC	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Bajo Peso	75	1,124	7.3	5.4, 9.7	75	1,337	6.4	4.7, 8.6
Peso Normal	444	7,205	46.6	42.6, 50.6	414	9,573	45.8	41.8, 49.8
Sobrepeso	245	3,872	25.1	21.8, 28.7	248	5,498	26.3	22.9, 30.0
Obesidad	219	3,256	21.1	18.0, 24.5	202	4,489	21.5	18.4, 25.0

C. ÁCIDO FÓLICO

Tabla C1. Consumo de Ácido Fólico, PRAMS-PR 2017 y 2018

Indicador	Consumo Veces por Semana	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Antes del Embarazo	No Tomó	719	11,383	70.8	67.2, 74.2	699	15,238	72.0	68.3, 75.5
	De 1 a 3	68	1,179	7.3	5.6, 9.6	52	1,181	5.6	4.0, 7.7
	De 4 a 6	34	485	3.0	2.0, 4.6	19	428	2.0	1.2, 3.5
	Todos los días	207	3,024	18.8	16.0, 22.0	189	4,306	20.4	17.3, 23.8
Durante el embarazo	No Tomó	54	919	5.7	4.1, 7.9	34	686	3.3	2.1, 5.0
	De 1 a 3	59	788	4.9	3.5, 6.9	56	1,359	6.5	4.7, 8.7
	De 4 a 6	55	948	5.9	4.3, 8.1	41	1,020	4.8	3.4, 6.9
	Todos los días	852	13,357	83.4	80.3, 86.1	823	17,991	85.4	82.4, 88.1

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, luego del posparto y la consulta del bebe, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tuvo una consulta	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
Antes del Embarazo	706	10,530	66.1	62.2, 69.8	640	14,201	67.3	63.4, 70.9
Posparto	667	10,304	64.3	60.4, 68.0	741	16,263	77.5	73.9, 80.6
Visita de seguimiento del bebé	966	15,476	98. 0	96.5, 98.8	928	20,775	99.6	98.6, 99.9

Tabla D2. Razón por la que no tuvo ninguna consulta de atención médica 12 meses antes de quedar embarazada, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razón	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta	32	454	8.2	5.2, 12.7	46	975	13.9	9.9,19.4
Se sentía bien y no pensó que necesitaba ir a la consulta	277	4,851	87.8	82.7, 91.5	290	6,413	91.8	87.2, 94.8
No podía conseguir una cita cuando quería	17	204	3.7	1.9, 7.1	29	572	8.2	5.2, 12.7
No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico	20	375	6.8	4.0, 11.3	38	716	10.2	6.8, 15.1
Estaba demasiado ocupada en otras cosas	53	980	17.7	13.1, 23.6	133	2,853	40.8	34.3,47.7
No pudo conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo	31	572	10.4	6.8, 15.4	43	900	12.9	8.9, 18.2

Tabla D3. Tipo de consulta de atención médica que tuvo 12 meses antes de quedar embarazada, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tipo de Consulta	2017				2018			
	n	N	%	IC al 95%	n	N	%	IC al 95%
Chequeo de rutina con el médico de familia	367	5,250	49.4	44.7, 54.1	335	7,180	50.4	45.6, 55.3
Chequeo de rutina con el ginecólogo-obstetra	399	5,704	53.7	48.9, 58.4	346	7,662	53.6	48.8, 58.4
Una enfermedad o condición crónica	65	715	6.7	4.8, 9.4	46	726	5.1	3.4, 7.6
Una herida	5	92	0.9	0.3, 2.5	6	95	0.7	0.2, 2.0
Planificación familiar o anticonceptivos	60	635	6.0	4.2, 8.4	59	1,470	10.3	7.6, 13.7
Para depresión o ansiedad	40	665	6.3	4.3, 9.1	36	791	5.5	3.7, 8.2
Para una limpieza dental	439	6,544	61.7	57.0, 66.2	442	9,859	69.2	64.5, 73.5

Tabla D4. Información sobre la vacuna para la influenza, PRAMS-PR 2017 y 2018

Situaciones	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Algún profesional de la salud le ofreció ponerle la vacuna de la influenza	573	9,025	56.8	52.8, 60.6	643	14,006	67.4	63.5, 71.1
Se puso la vacuna de la influenza antes del embarazo	145	2,060	12.9	10.5, 15.8	117	2,690	13.0	10.5, 16.0
Se puso la vacuna de la influenza durante del embarazo	136	2,064	12.9	10.5, 15.8	169	3,739	18.1	15.2, 21.4
No se puso la vacuna	731	11,825	74.1	70.5, 77.4	651	14,249	68.9	65.1, 72.5

Tabla D5. Administración 17-P, PRAMS-PR 2017 y 2018

Recibió el 17-P	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	827	13,683	88.3	85.6, 90.6	806	8, 662	91.6	89.2, 93.6
Sí	156	1,806	11.7	9.4, 14.4	112	1,702	8.4	6.4, 10.8

E. ORIENTACIÓN Y CERNIMIENTO

Tabla E1. Temas discutidos por algún doctor o profesional de la salud antes del embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tema	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Consumo de Ácido Fólico	231	3,530	34.0	29.6, 38.6	209	4,772	33.9	29.4, 38.7
Como Mantener un Peso Saludable	364	5,517	52.8	48.0, 57.6	399	8715	61.9	57.0, 66.5
Control de Alguna Condición Médica	253	3,575	34.4	30.0, 39.0	298	6171	44.0	39.2, 48.9
Deseo de tener o no tener hijos	278	4,134	39.6	35.0, 44.4	291	6673	47.3	42.4, 52.2
Métodos Anticonceptivos	269	4,138	39.6	35.0, 44.4	284	6488	46.0	41.1, 50.8
Como mejorar la salud antes del embarazo	237	3,432	33.0	28.6, 37.6	230	4641	33.0	28.6, 37.7
Enfermedades de Transmisión Sexual	310	4,654	44.6	39.8, 49.4	325	6862	48.7	43.9, 53.6
Consumo de Cigarrillos	457	7,007	67.2	62.6, 71.6	488	10687	76.1	71.7, 80.1
Violencia Física o Emocional	185	2,720	26.0	22.0, 30.5	183	3710	26.5	22.5, 31.0
Estado de Animo	200	3,152	30.3	26.0, 34.9	227	4650	32.9	28.6, 37.6
Tipo de trabajo que realiza	302	4,507	43.4	38.7, 48.2	333	7091	50.5	45.6, 55.4
Prueba de HIV	303	4,665	44.9	40.2, 49.7	321	6896	49.4	44.5, 54.3

Tabla E2. Temas discutidos por algún doctor o profesional de la salud durante el cuidado prenatal, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tema	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Fumar durante el embarazo	793	12,818	80.5	77.2, 83.4	785	16,882	80.3	76.9, 83.4
Lactancia	877	14,018	88.0	85.2, 90.3	847	18,493	87.8	84.9, 90.3
Alcohol durante el embarazo	811	13,048	81.9	78.8, 84.6	808	17,340	82.5	79.2, 85.4
Cinturón de seguridad durante embarazo	576	9,454	59.4	55.6 3.2	590	12,431	59.3	55.3, 63.2
Medicamentos seguros durante embarazo	840	13,081	82.1	78.9, 84.9	806	17,437	82.8	79.5, 85.7
Drogas durante el embarazo	752	12,155	76.3	72.9, 79.4	753	16,016	76.2	72.6, 79.5
Exámenes para detectar enfermedades en el bebé o en la familia	902	14,207	89.2	86.4, 91.4	874	19,134	91.0	88.4, 93.1
Signos y síntomas parto prematuro	766	12,647	79.8	76.5, 82.7	746	16,520	78.8	75.3, 81.9
Depresión durante y luego del embarazo	550	9,084	57.3	53.4, 61.1	573	12,472	59.3	55.3, 63.2
Violencia doméstica	454	7,680	48.3	44.4, 52.3	456	9,875	47.0	43, 51
Alimentación saludable durante el embarazo	922	14,648	92.0	89.6, 93.8	889	19,459	92.4	89.9, 94.3
Ejercicio durante el embarazo	767	12,270	77.2	73.7, 80.3	755	16,725	79.4	76, 82.5
Programas o recursos para ayudar al aumento de peso adecuado durante el embarazo	483	7,667	48.1	44.2, 52.1	481	10,067	48.1	44.1, 52.1
Programas o recursos para ayudar a bajare peso adecuadamente después el embarazo	352	5,614	35.4	31.7, 39.3	298	6,880	32.9	29.3, 36.8
Síndrome bebé sacudido	627	10,167	63.9	60.1, 67.6	596	13,001	62.0	58, 65.8

Tabla E3. Preguntas realizadas durante la consulta prenatal, PRAMS-PR 2017 y 2018

Pregunta	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Sabía cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	699	11234	70.8	67.1,74.2	636	13,935	66.6	62.7,70.3
Estaba tomando medicinas recetadas	857	13478	84.8	81.7, 87.5	870	19,023	90.7	88.0, 92.8
Estaba fumando cigarrillos	883	14037	88.5	85.8, 90.7	891	19,551	93.0	90.6, 94.8
Estaba tomando alcohol	876	13848	87.1	84.3, 89.5	891	19,476	92.6	90.2, 94.5
Alguien la estaba lastimando emocional o físicamente	449	7816	49.1	45.1, 53.0	428	9,259	44.1	40.2, 48.1,
Se sentía decaída o deprimida	521	8347	52.7	48.8, 56.7	507	10,788	51.3	47.3, 55.3
Estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o metadona	658	10763	67.6	63.8, 71.1	707	15,173	72.6	68.8, 76.1
Quería hacerse la prueba para detectar el VIH	645	10397	66.0	62.2, 69.6	632	13,274	63.7	59.7, 67.5
Estaba planeando darle pecho al bebé	860	13553	85.2	82.2, 87.8	836	18,039	86.0	82.9, 88.6
Estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera el bebé	743	12042	75.7	72.2, 78.9	714	15,902	75.8	72.2, 79.1

Tabla E4. Orientación de algún tema, procedimientos o preguntas realizadas durante chequeo posparto, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tema, procedimientos o pregunta	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Consumo de ácido fólico	415	6,623	65.1	60.3,69.6	511	11,173	68.7	64.3, 72.8
Nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que aumentó durante el embarazo	391	6,108	60.1	55.2 64.8	456	10,086	62.0	57.5, 66.3
Cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez	323	4,873	48.1	43.2 53.0	380	7,890	48.5	44.0, 53.0
Métodos Anticonceptivos	508	7,756	76.2	71.8, 80.2	572	12,679	77.9	73.9, 81.5
Recetó un método anticonceptivo	265	4,222	41.8	37.0, 46.7	352	8,053	49.5	45.0, 54.0
Puso un dispositivo intrauterino	123	1,895	18.8	15.2, 22.9	69	1,665	10.3	7.8, 13.4
Preguntó si fumaba cigarrillos	349	5,538	54.5	49.6, 59.3	449	9,639	59.2	54.7, 63.6
Preguntó si alguien la estaba lastimando física o emocionalmente	221	3,447	33.9	29.4, 38.7	267	5,716	35.1	30.9, 39.6
Preguntó si se sentía decaída o deprimida	308	4,870	47.9	43.0, 53.0	370	8,184	50.7	46.1, 55.2
Hizo prueba para detectar diabetes	255	4,090	40.2	35.5, 45.2	322	6,879	43.0	38.5, 47.6

F. SALUD ORAL

Tabla F1. Limpieza dental durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tuvo una Limpieza	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	503	7,491	46.9	42.9, 50.8	484	10,725	51.3	47.3, 55.3
Sí	517	8,497	53.1	49.2, 57.1	468	10,196	48.7	44.7, 52.7

Tabla F2. Situaciones relacionadas al Cuidado Oral durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Situación	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Sabía que era importante cuidar de sus dientes y encías durante mi embarazo	781	12,452	77.6	74.1, 80.7	761	16,257	77.0	73.4,80.2
Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó acerca de cómo cuidar de sus dientes y encías	490	8,011	49.9	46.0, 53.9	499	10,823	51.3	47.3, 5.2
Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante el embarazo	868	13,597	84.7	81.6, 87.4	902	20,067	96.2	94.4, 97.4
Necesitó consultar a un dentista por un problema	140	2,258	14.1	11.5, 17.1	131	2,806	13.3	10.8, 16.2
Fue a un dentista o a una clínica dental debido a un problema	159	2,591	16.2	13.5, 19.3	123	2,818	13.3	10.9, 16.3

Tabla F3. Tipos de problemas en dientes o encías durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Problema	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Rellenas una o más caries	57	861	30.3	22.4, 39.4	64	1,510	47.3	37.3, 57.4
Encías dolían, tenía rojas o inflamadas	66	1,021	35.9	27.5, 45.2	60	1,287	40.3	30.8, 50.5
Le dolía uno o más dientes	77	1,235	43.4	34.4, 52.8	76	1,780	55.7	45.6, 65.4
Remoción de dientes	26	429	15.1	9.5, 23.2	24	650	20.4	13.3, 29.9
Se lastimó boca, dientes o encías	36	622	21.9	15.1, 30.6	34	735	23.0	15.5, 32.7

Tabla F4. Situaciones que impidieron la visita a un dentista o clínica dental durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Situaciones	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
No encontró una dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas	163	2,510	16.1	13.3, 19.3	177	3,749	18.6	15.7, 22.0
No encontró un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid	156	2,483	16.0	13.3, 19.2	142	2,857	14.5	11.8, 17.6
No pensó que era seguro ir al dentista durante el embarazo	260	4,011	25.6	22.3, 29.3	226	4,809	23.5	20.2, 27.0
No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental	170	2,738	17.4	14.6, 20.6	141	2,947	14.1	11.6, 17.1

G. CONSUMO DE CIGARRILLOS, ALCOHOL O DROGAS

Tabla G1. Uso de los siguientes productos en los últimos 2 años,* PRAMS-PR *2017 y 2018

Producto	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Cigarrillos regulares	85	1,350	8.4	6.5, 10.9	74	1,520	7.2	5.4, 9.5
Cigarrillos electrónicos	24	376	2.3	1.4, 3.9	22	479	2.3	1.3, 3.8
Hookah	35	597	**3.7**	2.5, 5.6	40	986	4.7	3.3, 6.7
Tabaco para mascar	3	54	0.3	0.1, 1.2	2	76	0.4	0.1, 1.4
Cigarros, puros o pequeños cigarros con filtros	17	340	2.1	1.2, 3.7	17	348	1.7	0.9, 3.0

Tabla G2. Cantidad de cigarrillos que fumaba por día en diferentes periodos del embarazo,* PRAMS-PR *2017 y 2018

Periodo del Embarazo	Cantidad de cigarrillos	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
3 meses antes del Embarazo	41 o mas	1	28	2.0	0.3, 12.7	2	7	0.5	0.1, 1.7
	21 a 41	3	59	4.3	1.2, 14.4	1	4	0.3	0.1, 1.6
	11 a 20	4	37	2.7	0.6, 11.0	11	115	7.7	3.1, 18.3
	De 6 a 10	11	146	10.6	4.7, 22.2	8	177	11.9	5.0, 25.7
	De 1 a 5	31	474	34.4	22.9, 48.0	24	474	32.0	20.0, 46.9
	Menos de 1	14	199	14.4	7.3, 26.3	12	331	22.3	12.2, 37.4
	No fumó	22	439	31.7	20.7, 45.3	15	375	25.3	14.5, 40.4
Últimos 3 meses del Embarazo	41 o más	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	21 a 41	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0

Periodo del Embarazo	Cantidad de cigarrillos	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
	11 a 20	1	3	0.2	0.0, 1.1	2	9	0.6	0.2, 2.1
	De 6 a 10	3	66	4.8	1.3, 16.0	5	53	3.7	0.9, 13.9
	De 1 a 5	8	131	9.5	4.0, 20.9	6	69	4.8	1.3, 16.2
	Menos de 1	8	108	7.3	2.8, 17.7	1	38	2.6	0.4, 16.1
	No fumó	66	1,084	78.3	65.2, 87.4	58	1,275	88.3	75.7, 94.8
Al momento de la entrevista	41 o mas	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	21 a 41	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	11 a 20	4	62	4.5	1.3, 14.3	2	42	2.8	0.5, 14.5
	6 a 10	4	69	5.0	1.4, 15.9	10	152	10.0	4.1, 22.5
	1 a 5	20	305	22.1	12.8, 35.2	13	189	12.4	5.7, 24.9
	Menos de 1	6	88	6.3	2.3, 16.2	7	172	11.3	4.7, 25.0
	No fumó	52	860	62.1	48.5, 74.1	42	965	63.5	48.6, 76.1

Tabla G3. Frecuencia con la que usó e-cigarrillos u otros productos electrónicos con nicotina, PRAMS-PR 2017 y 2018

Periodo	Frecuencia	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95 %	n	N	(%)	IC al 95 %
Tres Meses Antes Del Embarazo	Más de una vez al día	2	31	8.3	1.4, 36.1	3	80	16.9	4.6, 45.8
	Una vez al día	1	28	7.5	1.1, 37.5	2	42	8.9	1.5, 38.0
	2-6 días a la semana	0	0	0.0	0.0, 0.0	2	50	10.5	1.8, 43.1
	Un día a la semana o menos	9	159	42.5	20.3, 68.1	6	135	28.2	10.6, 56.6
	No usé	12	156	41.7	19.7, 67.6	8	169	35.5	15.4, 62.5
Durante el Embarazo	Más de una vez al día	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	0.9	0.1, 5.2
	Una vez al día	0	0	0.0	0.0, 0.0	0	0	0.0	0.0, 0.0
	2-6 días a la semana	1	3	0.8	0.2, 4.2	0	0	0.0	0.0, 0.0
	Un día a la semana o menos	2	63	16.6	4.3, 46.6	0	0	0.0	0.0, 0.0
	No usó	22	313	82.6	53.3, 95.2	20	472	99.1	94.8, 99.9

Tabla G4. Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años, *PRAMS-PR 2017 y 2018*

Respuesta	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	534	8,861	55.3	51.3, 59.1	457	9,439	45.1	41.1, 49.1
Sí	489	7,168	44.7	40.9, 48.7	493	11,499	54.9	50.9, 58.9

Tabla G5. Cantidad de bebidas alcohólicas que tomaba en una semana durante los 3 meses antes del embarazo, *PRAMS-PR 2017 y 2018*

Cantidad de bebidas a la semana	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
14 o más	11	174	2.4	1.1, 5.2	8	209	1.8	0.8, 4.1
De 8 a 13	14	289	4.0	2.2, 7.3	13	299	2.6	1.3, 5.0
De 4 a 7	53	770	10.8	7.7, 14.9	48	1077	9.3	6.6, 13.0
De 1 a 3	127	1,712	24.0	19.4, 29.2	144	3,628	31.4	26.6, 36.7
Menos de 1	198	2,987	41.8	36.2, 47.6	177	4,011	34.8	29.8, 40.1
No tomó	86	1,211	17.0	13.0, 21.8	104	2,314	20.1	16.0, 24.8

Tabla G.6. Consumo de drogas durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Drogas	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Analgésicos que se venden sin receta médica	395	5,914	37.0	33.3, 40.9	387	8,944	42.6	38.7, 46.6
Analgésicos recetados	22	376	2.4	1.4, 3.9	9	183	0.9	0.4, 2.0
Adderall®, Ritalin® o cualquier otro estimulante	3	54	0.3	0.1, 1.2	2	7	0.0	0.0, 0.1
Marihuana o hachís	6	93	0.6	0.2, 1.6	4	51	0.2	0.1, 1.0
Marihuana sintética	0	0	0.0	0.0,0.0	1	4	0.02	0.004, 0.1
Metadona, naloxona, subutex o Suboxone	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	0.02	0.004, 0.1
Heroína	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	0.02	0.004, 0.1
Metanfetaminas	0	0	0.0	0.0, 0.0	1	4	0.02	0.004, 0.1
Cocaína	0	0	0.0	0.0, 0.0	2	7	0.03	0.009, 0.1

Drogas	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Tranquilizantes	6	42	0.3	0.1, 1.0	4	85	0.4	0.1, 1.4
Alucinógenos	1	3	0.02	0.004, 0.1	1	4	0.02	0.004, 0.1
Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles de latas o pintura para drogarse	2	9	0.1	0.02, 0.2	1	4	0.02	0.004, 0.1

H. INDUCCIÓN Y CESÁREAS

Tabla H1. Información sobre el parto, PRAMS-PR 2017 y 2018

Información sobre el parto	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Se le Indujo el parto	302	5,303	33.4	29.7, 37.2	310	7,787	37.2	33.4, 41.2
Parto por cesárea	522	7,385	45.9	42.0, 50.0	453	8,655	41.2	37.4, 45.2
Parto vaginal	504	8,705	54.1	50.2, 60.0	500	12338	58.8	54.8, 62.6

Tabla H2. Razón por la que el profesional de la salud trató de inducir el parto, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razón	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Rompió fuente y había miedo de una infección	47	622	11.4	7.8, 16.4	38	997	12.9	9.0, 18.1
Había pasado la fecha esperada del parto	44	1,047	19.2	14.2, 25.4	37	1,399	18.0	13.3, 23.9
Proveedor le preocupaba el tamaño del bebé	39	559	10.3	6.8, 15.1	35	902	11.6	8.0, 16.5
El bebé no estaba bien y necesitaba nacer	37	478	8.8	5.6, 13.5	25	478	6.1	3.7, 10.0
Tuvo una complicación del embarazo	56	836	15.3	11.0, 20.9	78	1,064	13.7	9.9, 18.5
Deseaba programar el parto	23	540	9.9	6.5, 14.9	31	697	9.0	5.8, 13.5
Deseaba que le atendiera cierto proveedor en particular	10	198	3.6	1.8, 7.2	34	802	10.3	6.9, 15.1

Tabla H3. Razón por la que el bebé nació por cesárea, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razón	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Había tenido anteriormente un parto por cesárea	146	2,719	36.7	31.3, 42.4	164	3,785	43.4	37.4, 49.5
Bebé estaba en una posición mala	76	996	13.4	10.1, 17.7	75	1,186	13.6	10.0, 18.3
Se había pasado la fecha esperada del parto	18	402	5.4	3.3, 8.9	21	753	8.6	5.6, 13.0
Al proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande	35	730	9.8	6.9, 13.8	37	1,252	14.4	10.4, 19.5
El parto era peligroso debido a un problema médico	37	415	5.6	3.5, 8.8	54	874	10.0	6.9, 14.2
Complicación del embarazo	166	1,127	15.2	11.9, 19.2	196	1,713	19.6	15.8, 24.2
Proveedor trató de inducir parto, pero no funcionó	63	968	13.1	9.6, 17.5	86	2,117	24.3	19.3, 30.0
El parto estaba tomando demasiado tiempo	69	1,242	16.7	12.8, 21.6	77	1,921	22.0	17.3, 27.6
El monitor fetal demostró que el bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto	79	718	9.7	7.0, 13.3	82	1,382	15.8	11.9, 207
Deseaba programar el parto	34	611	8.2	5.6, 12.0	62	1,106	12.7	9.2, 17.3
No quería dar a luz al bebé en forma vaginal	20	342	4.6	2.7, 7.8	23	609	7.0	4.3, 11.1

Tabla H4. Orientación durante cuidado prenatal sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal en comparación con parto por cesárea, PRAMS-PR 2017 y 2018

Fue Orientada	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
No	317	4,940	31.0	27.5, 34.8	276	6,011	28.7	25.2, 32.5
Sí	686	10,890	68.4	64.6, 71.9	668	14,905	71.2	67.5, 74.7
No recibió cuidado prenatal	7	98	0.6	0.2, 1.7	1	4	0.02	0.004, 0.1

I. LACTANCIA

Tabla I1. Fuentes de donde recibió orientación sobre lactancia antes de que naciera el bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

Profesional de la Salud	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Doctor	603	9,890	62.2	58.3, 66.0	660	14,528	69.4	65.5, 72.9
Enfermera partera o doula	619	10,070	63.3	59.4, 67.0	633	14,617	69.8	66.0, 73.3
Especialista o asesora en lactancia materna	701	11,192	70.2	66.4, 73.7	717	15,806	75.7	72.1, 79.0
Doctor o proveedor de salud del bebé	526	8,541	53.7	49.7, 57.6	602	13,444	64.3	60.3, 68.0
Grupo de apoyo	470	7,740	48.5	44.6, 52.5	474	10,528	50.4	46.3, 54.4
Alguna Línea telefónica	175	2,734	17.2	14.4, 20.4	221	4,540	21.7	18.6, 25.2
Familiares o amigas	642	10,509	66.0	62.2, 69.7	708	15,899	75.9	72.3, 79.1

Tabla I2. Tipo de asistencia para la lactancia luego de nacido el bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tipo de Asistencia	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Alguien que respondiera alguna pregunta	676	11,010	74.0	70.2, 77.4	671	15,398	77.7	74.1, 80.9
Ayuda para poner al bebé en la posición correcta	733	12,359	82.9	79.6, 85.7	694	15,779	79.4	75.9, 82.5
Ayuda para saber si el bebé estaba tomando suficiente leche	651	10,897	73.1	69.3, 76.5	635	14,539	73.2	69.4, 76.7
Ayuda para controlar el dolor o sangrado en los pezones	515	8,895	59.6	55.6, 63.6	456	10,534	53.0	48.9. 57.1
Información sobre dónde conseguir una bomba o extractora	607	9,698	65.0	61.0, 68.8	606	12,936	65.1	61.1. 69.0
Ayuda para usar la bomba o extractora	520	8,107	54.4	50.3, 58.4	478	10,196	51.3	47.2, 55.4
Información sobre grupos de apoyo	638	10,551	71.1	67.2, 74.7	635	14,390	72.6	68.7, 76.1

Tabla I3. Estatus de lactancia, PRAMS-PR 2017 y 2018

Estatus	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Nunca lactó al bebé	81	1,045	6.5	4.8, 8.8	46	1,084	5.2	3.7, 7.3
Lactó alguna vez	928	14,964	93.5	91.2, 95.2	891	19,869	94.8	92.7, 96.3
Dejó de lactar	470	7,309	48.9	44.8, 53.0	467	9,054	45.8	41.7, 49.9
Todavía lacta al bebé	453	7,640	51.1	47.0, 55.2	419	10,726	54.2	50.1, 58.3

Tabla I4. Razones para no lactar al bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razón	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Estaba enferma o estaba tomando medicamentos	24	252	24.0	13.5, 39.1	13	191	17.5	8.1, 33.7
Tenía otros niños que cuidar	8	120	11.4	4.4, 26.5	7	64	6.1	1.8, 18.3
Tenía demasiadas tareas domésticas	3	34	3.2	0.7, 14.6	4	51	4.8	1.1, 18.8
No le gustó dar pecho	8	151	14.4	6.1, 30.3	7	131	12.5	4.8, 29.0
Trató, pero era demasiado difícil	31	434	41.3	27.1, 57.1	22	600	57.1	39.5, 73.2
No quería dar pecho	10	113	10.8	4.4, 24.1	6	127	12.1	4.5, 28.8
Regresó al trabajo	3	34	3.2	0.6, 14.7	1	38	3.6	0.5, 21.3
Regresó a la escuela	4	70	6.7	2.0, 20.4	0	0	0.0	0.0, 0.0

Tabla I5. Por cuánto tiempo lactaron las madres que dejaron de hacerlo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tiempo	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Menos de 1 semana	48	731	10.2	7.1, 14.4	53	1,082	12.0	8.6, 16.4
Entre 1 a 4 semanas	81	1,363	19.0	14.7, 24.1	92	1,775	19.6	15.3, 24.8
Entre 1 mes y menos de 2 meses	85	1,218	16.9	12.9, 21.9	112	2,054	22.7	18.2, 28.1
Entre 2 meses y menos de 3 meses	119	1,692	23.5	18.9, 28.9	111	1,994	22.1	17.5, 27.4
Entre 3 meses y menos de 4 meses	73	1,256	17.5	13.4, 22.5	67	1,572	17.4	13.3, 22.5
4 meses o más	54	931	12.9	9.4, 17.6	26	551	6.1	3.7, 9.8

Tabla I6. Razones para dejar de lactar al bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razones	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar	189	2,714	37.0	31.5, 42.9	205	3,560	38.9	33.3, 44.8
La leche materna, por sí sola, no satisfacía al bebé	161	2,873	39.2	33.6, 45.1	168	3,841	42.5	36.7, 48.5
Pensó que el bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente	56	805	11.0	7.9, 15.1	75	1,389	15.2	11.4, 19.9
Pezones estaban adoloridos, agrietados o le sangraban, o era demasiado doloroso	98	1,542	21.0	16.6, 26.3	103	2,531	27.7	22.6, 33.4
Pensó que no estaba produciendo suficiente leche o se le había acabado la leche	259	3,808	52.0	46.1, 57.8	266	5,362	58.6	52.7, 64.3
Tenía demasiadas tareas domésticas	46	660	9.0	6.2, 12.9	90	1,698	18.6	14.4, 23.6
Consideró que era el momento oportuno para dejar de dar el pecho	42	770	10.5	7.4, 14.8	77	1,580	17.3	13.2, 22.3
Se enfermó o tuvo que dejar de dar pecho por razones médicas	60	999	13.6	10.1, 18.2	76	1,566	17.1	13.1, 22.1
Regresó al trabajo	63	1,091	14.9	11.2, 19.6	81	1,787	19.6	15.2, 24.8
Regresó a la escuela	18	313	4.3	2.4, 7.5	35	997	10.9	7.7, 15.3
Esposo o pareja no apoyaba que diera pecho	11	166	2.3	1.0, 4.9	10	260	2.8	1.4, 5.9
Bebé tenía bilirrubina/ictericia	21	293	4.0	2.3, 7.0	20	423	4.6	2.7, 7.9

Tabla I7. Cosas que pudieron haber sucedido en el hospital, PRAMS-PR 2017 y 2018

Situación	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
El personal del hospital dio información sobre dar pecho	762	12,657	86.2	83.2, 88.8	734	16,653	86.0	82.9, 88.7
Bebé se quedó en la habitación de participante en el hospital	535	10,546	72.0	68.2, 75.4	519	15,152	78.2	74.9, 81.2
Le dio pecho al bebé en el hospital	747	13,117	89.1	86.5, 91.3	698	17,084	88.2	85.5, 90.5
Personal del hospital ayudó a aprender cómo dar pecho	666	11,117	75.6	71.9, 78.9	621	14,153	73.1	69.2, 76.6
Le dio pecho al bebé durante su primera hora de vida	417	8,014	54.7	50.5, 58.7	386	10,625	55.2	51.1, 59.3
Bebé tuvo contacto piel con piel durante su primera hora de vida	588	11,062	75.3	71.8, 78.6	551	14,191	73.6	69.9, 77.0
En el hospital el bebé se alimentó sólo con leche materna	356	6,435	43.8	39.8, 48.0	359	9,326	48.3	44.1, 52.4
Personal del hospital dijo que le diera pecho cuando el bebé quisiera	622	10,461	71.3	67.4, 74.9	611	14,543	75.3	71.5, 78.6
En el hospital dieron una extractora de leche o bomba de lactancia para extraer la leche	105	927	6.3	4.7, 8.4	92	1,449	7.5	5.6, 9.9
En el hospital le dieron un paquete de regalo que contenía fórmula	413	6,436	43.8	39.7, 47.9	431	9,036	46.8	42.6, 50.9
En el hospital le dieron un número telefónico para obtener ayuda relacionada con dar pecho	394	6,550	45.0	40.9, 49.1	414	9,818	51.5	47.3, 55.7
El personal del hospital le dio un chupete al bebé	170	2,058	14.1	11.5, 17.2	129	2,052	10.6	8.4, 13.4
Estaba demasiado sedada que no pudo lactar al bebé durante la primera hora después del parto	251	4,039	27.5	24.0, 31.4	237	4,482	23.2	19.9, 26.9

Tabla I8. Edad del bebé que por primera vez bebió algún líquido y/o comió algún alimento sólido, PRAMS-PR 2017 y 2018

Producto Consumido	Edad del Bebé	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Líquidos	Antes de la 1era semana	434	6,667	45.3	41.3, 49.5	488	10,065	51.8	47.7, 56.0
	Entre la 1era y 4ta semana	63	914	6.2	4.5, 8.5	8	203	1.0	0.5, 2.3
	1 mes	40	738	5.0	3.4, 7.3	66	1,476	7.6	5.7, 10.1
	2 meses	53	1,116	7.6	5.6, 10.2	55	932	4.8	3.4, 6.8
	3 meses	56	968	6.6	4.8, 9.0	54	1,364	7.0	5.2, 9.5
	4 a 5 meses	59	924	6.3	4.6, 8.6	27	732	3.8	2.5, 5.7
	6 meses o más	53	1,031	7.0	5.1, 9.5	4	85	0.4	0.1, 1.5
	Solo ha consumido leche materna	147	2,346	16.0	13.2, 19.1	156	4,557	23.5	20.0, 27.3
Alimento Sólido	Antes de la 1era semana	8	58	0.4	0.1, 1.2	4	61	0.3	0.1, 1.3
	Entre la 1era y 4ta semana	7	102	0.6	0.2, 1.7	1	38	0.2	0.03, 1.3
	1 mes	8	70	0.4	0.2, 1.2	14	161	0.8	0.4, 1.7
	2 meses	25	408	2.6	1.6, 4.2	27	562	2.7	1.7, 4.4
	3 meses	54	926	5.9	4.2, 8.1	52	1,112	5.4	3.9, 7.5
	4 a 5 meses	199	2,992	18.9	16.0, 22.2	144	3,440	16.7	13.9, 20.0
	6 meses o más	214	4,132	26.1	22.7, 29.8	27	494	2.4	1.5, 4.0
	No ha comido alimento sólido hasta el momento de la entrevista	480	7,128	45.1	41.2, 49.0	651	14,707	71.5	67.7, 75.0

J. SEGURIDAD AL DORMIR DEL BEBÉ

Tabla J1. Descripción de la forma de Dormir, PRAMS-PR 2017 y 2018

Indicador	Categoría	2017				2018			
		n	N	%	IC 95%	n	N	%	IC 95%
Posición al dormir	De lado	296	4,897	30.9	27.3, 34.7	270	5,783	27.8	24.4, 31.6
	Boca arriba	395	6,046	38.1	34.4, 42.0	384	9,056	43.6	39.6, 47.7
	Boca abajo	146	2,285	14.4	11.8, 17.4	144	3,192	15.4	12.7, 18.5
	Dos o más posiciones	155	2,642	16.6	14.0, 20.0	128	2,736	13.2	10.7, 16.1
Frecuencia con la que duerme solo	Siempre	584	9,629	60.9	57.0, 64.7	555	12,728	61.4	57.4, 65.3
	Frecuentemente	130	1,766	11.2	9.0, 13.8	140	2,686	13.0	10.5, 15.9
	A veces	116	1,693	10.7	8.5, 13.4	109	2,395	11.6	9.2, 14.4
	Rara vez	50	883	5.6	4.0, 7.7	41	859	4.1	2.8, 6.1
	Nunca	112	1,834	11.6	9.3, 14.4	80	2,053	9.9	7.7, 12.7
Duerme en la cuna, en la misma habitación con su madre		786	12,611	90.3	87.5, 92.5	789	17,018	90.5	87.6, 92.8
Cómo durmió el bebé en las últimas 2 semanas	En una cuna, moisés o “pack and play”	900	14,393	91.0	88.4, 93.0	869	19,200	92.2	89.7, 94.2
	En un colchón o cama individual	340	5,417	34.2	30.6, 38.1	355	7,701	37.0	33.2, 41.0
	En un sofá, silla o reclinadora	113	1,860	11.7	9.4, 14.6	118	2,521	12.1	9.7, 15.0
	En un asiento de auto o columpio	468	7,830	49.5	45.5, 53.4	485	10,684	51.4	47.4, 55.4
	En un saquito	56	963	6.1	4.4, 8.3	73	1,652	7.9	6.0, 10.4
	Con una manta	485	7,890	49.9	46.0, 53.9	544	12,238	58.8	54.8, 62.7
	Con juguetes, almohadas o cojines	249	4,074	25.7	22.4, 29.4	282	5,855	28.1	24.7, 31.9
	Con protectores de cuna (bumper pads)	362	6,263	39.6	35.7, 43.5	394	8,657	41.6	37.7, 45.6

Tabla J2. Temas en las que algún profesional de la salud orientó sobre seguridad al dormir del bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

TEMA	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Ponerlo boca arriba	362	6,263	39.6	35.7, 43.5	627	14,147	68.5	64.6, 72.1
Ponerlo en una cuna, moisés o "pack and play"	626	9,606	61.3	57.3, 65.1	485	10,907	52.6	48.6, 56.6
Poner la cuna o cama en el cuarto de la madre	446	7,319	46.5	42.6, 50.5	348	7,821	37.7	33.9, 41.7
Qué cosas deben o no deben estar en la cuna	327	5,017	31.8	28.2, 35.7	565	12,537	60.4	56.4, 64.3

K. ESTADO DE ANIMO DESPUES DEL EMBARAZO

Tabla K1. Frecuencia con la que se ha sentido triste o deprimida desde que nació el bebé, PRAMS-PR 2017 y 2018

Frecuencia	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Siempre	21	343	2.2	1.2, 3.7	9	80	0.4	0.1, 1.2
Frecuentemente	58	746	4.7	3.3, 6.6	46	1,004	4.8	3.3, 6.8
A veces	220	3530	22.1	19.0, 25.6	174	3,831	18.3	15.4, 21.6
Rara vez	270	4136	25.9	22.7, 29.5	226	5,216	24.9	21.6, 28.5
Nunca	444	7192	45.1	41.2, 49.1	490	10,823	51.7	47.6, 55.6

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 2017 y 2018

Frecuencia	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95 %
Siempre	43	643	4.0	2.7, 6.0	21	360	1.7	1.0, 3.0
Frecuentemente	67	971	6.1	4.5, 8.3	55	1438	6.8	5.1, 9.2
A veces	191	3023	19.0	16.1, 22.3	183	4322	20.6	17.5, 24.1
Rara vez	251	3998	25.1	21.9, 28.7	215	4671	22.3	19.1, 25.8
Nunca	459	7262	45.7	41.8, 49.6	472	10199	48.6	44.6, 52.6

L. MALTRATO

Tabla L1. Persona que la lastimó en los 12 meses antes del embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Periodo del Embarazo	Personas	2017				2018			
		n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
12 meses antes del embarazo	Esposo o pareja	7	136	1.0	0.4, 2.3	8	177	1.0	0.4, 2.3
	Exesposo o expareja	11	137	1.0	0.4, 2.3	10	219	1.2	0.5, 2.6
	Otro miembro de la familia	2	8	0.1	0.0,0.2	3	80	0.4	0.1, 1.6
	Otra persona	0	0	0.0	0.0, 0.0	4	118	0.6	0.2, 1.9
Durante el embarazo	Esposo o pareja	12	188	1.4	0.7, 2.8	13	367	2.0	1.1, 3.7
	Exesposo o expareja	9	142	1.0	0.4, 2.4	9	181	1.0	0.4, 2.3
	Otro miembro de la familia	3	59	0.4	0.1, 1.6	3	114	0.6	0.2, 1.9
	Otra persona	4	63	0.5	0.1, 1.7	4	85	0.5	0.1, 1.6

Tabla L2. Situaciones del maltrato por parte de la pareja ocurridas durante el embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Situaciones	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
La pareja trataba de controlar sus actividades	31	599	4.4	3.0, 6.6	47	1,194	6.5	4.7, 9.0
La pareja la forzó a actividades sexuales cuando no quería	10	154	1.1	0.5, 2.4	12	194	1.1	0.5, 2.4
La pareja la forzó a quitarle los hijos(as)	15	249	1.8	1.0, 3.4	12	228	1.2	0.6, 2.6

M. DESEABILIDAD Y PLANIFICACIÓN

Tabla M1. Sentimiento ante la posibilidad de quedar embarazada, justo antes de estarlo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Sentimiento	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Hubiera querido más pronto	84	1,150	7.2	5.5, 9.4	67	1,352	6.5	4.8, 8.7
En ese momento	368	5,815	36.4	32.7, 40.3	389	8,326	39.9	36.0, 43.8
No quería en ese momento, sino después *	353	5,634	35.3	31.6, 39.2	335	7,645	36.6	32.8, 40.5
Ni en ese momento ni nunca*	102	1,616	10.1	8.0, 12.8	53	1,305	6.2	4.6, 8.5
No estaba segura de qué quería	112	1,752	11.0	8.7, 13.7	102	2,265	10.8	8.6, 13.6

*Embarazo involuntario = 45.4%

Tabla M2. La madre y/o el esposo/pareja están realizando algo para evitar embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Haciendo algo	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
No	307	4,987	31.2	27.6, 35.0	204	4,596	22.0	18.8, 25.5
Sí	707	11,008	68.8	65.0, 72.4	744	16,303	78.0	74.5, 81.2

Tabla M3. Razones por las que no están haciendo algo para evitar embarazo, PRAMS-PR 2017 y 2018

Razones	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Quería quedar embarazada	17	178	3.5	1.7, 6.9	21	432	6.1	3.5, 10.5
Ya estaba embarazada	7	55	1.1	0.3, 3.7	7	199	2.8	1.2, 6.3
No quería usar ningún anticonceptivo	95	1,725	34.0	27.6, 41.1	141	3,324	46.7	40.0, 53.6
Le preocupaba los efectos secundarios de los anticonceptivos	91	1,484	29.3	23.3, 36.1	150	3,796	53.4	46.5, 60.2
No estaba teniendo relaciones sexuales	89	1,613	31.9	25.6, 38.8	96	2,111	29.7	23.8, 36.3
Su pareja no quería usarlos	68	1,072	21.2	16.0, 27.5	78	1,927	27.3	21.6, 33.9
Tenía problemas para pagar anticonceptivos	12	144	2.9	1.3, 6.3	18	253	3.6	1.8, 6.9

Tabla M4. Anticonceptivos que están usando ahora la madre o su pareja, PRAMS-PR 2017 y 2018

Tipo de Método	2017				2018			
	n	N	(%)	IC al 95%	n	N	(%)	IC al 95%
Ligadura o bloqueo de trompas	230	4,027	31.5	27.5, 35.8	208	4,960	30.2	26.2, 34.5
Vasectomía	22	273	2.1	1.2, 3.7	27	725	5.2	3.3, 7.9
Píldoras anticonceptivas	83	1,219	9.5	7.3, 12.4	135	3,066	21.9	18.1, 26.2
Condones	249	3,859	30.2	26.3, 34.4	263	5,413	38.6	34.0, 43.4
Inyecciones	25	390	3.1	1.8, 5.0	34	622	4.4	2.9, 6.8
Parche anticonceptivo	7	112	0.9	0.4, 2.1	11	182	1.3	0.6, 2.9
IUD	87	1,371	10.7	8.3, 13.8	2	9	0.1	0.02, 0.2
Implante en el brazo	85	1,268	9.9	7.6, 12.9	63	1,522	10.9	8.1, 14.3
Método natural (ritmo)	125	1,830	14.3	11.5, 17.7	148	3,163	22.6	18.8, 27
El hombre se retira	227	3,394	26.6	22.9, 30.6	319	6,577	46.9	42.1, 51.8
Abstinencia	93	1,389	10.9	8.4, 13.9	0	0	0.0	0.0, 0.0

N. VIRUS DEL ZIKA

Tabla N1. Preocupación de infectarse con el virus del ZIKA durante el embarazo, PRAMS 2018

Cuan preocupada	n	N	(%)	IC al 95%
Mucho	825	13,252	84.8	81.8, 87.4
Poco	122	1597	10.2	8.1, 12.8
Nada	52	748	4.8	3.4, 6.8
Nunca había oído hablar del virus	3	34	0.2	0.0, 1.1

Tabla N2. Preocupación ante la posibilidad de tener un niño con microcefalia u otro defecto relacionado con el virus del ZIKA

Cuan preocupada	n	N	(%)	IC al 95%
Mucho	825	13,085	84.1	81.0, 86.7
Poco	114	1,702	10.9	8.7, 13.6
Nada	59	776	5.0	3.6, 6.9

Tabla N3. Durante el embarazo más reciente, doctor o enfermera le habló sobre el virus del ZIKA

Se le habló	n	N	(%)	IC al 95%
No	39	582	3.7	2.5, 5.6
Sí, aún sin pedirlo	902	13,964	89.7	87.0, 92.0
Sí, después de haberle consultado	56	1,014	6.5	4.8, 8.9

Tabla N4. Periodo en el que se realizó la prueba del ZIKA, PRAMS-PR 2017

Periodo	n	N	(%)	IC al 95%
Antes del embarazo	119	1,693	10.9	8.7, 13.6
Primer trimestre	857	13, 223	85.5	82.4, 88.2
Segundo trimestre	764	11,941	77.4	73.8, 80.6
Tercer trimestre	645	10,751	70.1	66.4, 73.7
Después del embarazo	68	1,105	7.1	5.3, 9.5

Tabla N5. Razones por las que se No realizó la prueba de ZIKA antes, durante o después del embarazo, PRAMS-PR 2017

Razones	n	N	(%)	IC al 95%
No le indicaron realizársela o no le dieron referido	14	251	28.1	15.1, 46.2
Lugares de realización no accesibles	1	3	0.3	0.1, 1.7
Costos muy altos	1	35	3.9	0.6, 22.4
Miedo de que no la cubriera el seguro	1	35	3.9	0.6, 22.4
Miedo del resultado de la prueba	3	98	10.9	3.6, 28.5
Entendía que el Zika no era un problema	2	8	0.9	0.3, 2.8
Entendía no estaba en riesgo de infectarse	7	163	18.3	8.2, 35.9

Tabla N6. A cual persona un profesional de la salud indicó que estaba infectado(a) con el virus de ZIKA, PRAMS-PR 2017

Personas	n	N	(%)	IC al 95%
Yo misma	69	1,200	7.7	5.8, 10.2
Esposo o pareja masculina	22	350	2.3	1.3, 3.8
Otra persona que vive conmigo	13	244	1.6	0.8, 3.1

Tabla N7. Profesional de la salud indicó que su bebé estaba infectado(a) con el virus de ZIKA, PRAMS-PR 2017

Indicación	n	N	(%)	IC al 95%
No	946	15,046	98.8	97.3, 99.4
Sí	12	190	1.2	0.6, 2.7

Tabla N8. Servicios recibidos para su bebé, PRAMS-PR 2017

Servicios	n	N	(%)	IC al 95%
Tomografía cabeza	272	3,400	22.3	19.1, 25.8
Examen auditivo	892	14,117	92.0	89.5, 94.0
Examen ocular/visual	609	9,244	60.9	56.9, 64.8
Evaluación del desarrollo del bebé	833	13,240	86.3	83.3, 88.9
Evaluación terapia física	182	2,524	16.5	13.7, 19.8
Nutricionista	345	5,591	36.5	32.7, 40.5

Tabla N9. Frecuencia del uso de repelente de mosquitos, PRAMS-PR 2017

Frecuencia	n	N	(%)	IC al 95%
Todos los días	463	7,284	46.7	42.8, 50.7
Casi todos los días	231	3,667	23.5	20.3, 27.1
Algunos días	228	3,416	21.9	18.8, 25.3
Nunca	77	1,216	7.8	5.9, 10.3

Tabla N10. Razones por la cuales NO usó repelente de mosquitos, PRAMS-PR 2017

Razones	n	N	(%)	IC al 95%
No le gustaba olor/náuseas	189	2,945	33.9	29.0, 39.1
No le gustaba sensación en piel	150	2,534	29.1	24.5, 34.3
Preocupación de daño al bebé	149	2,397	27.6	23.0, 32.6
Preocupación de daño a ella	102	1,769	20.3	16.3, 25.1
Muy costoso	19	297	3.4	2.0, 5.69
Olvidó aplicarlo	270	4,208	48.4	43.1, 53.7
No pensó que era un problema	23	344	4.0	2.3, 6.7
Rara vez estaba al aire libre	287	4,333	49.8	44.5, 55.1

Tabla N11. Frecuencia de uso de condones durante el embarazo en relaciones sexuales con una pareja masculina, PRAMS-PR 2017

Categoría	n	N	(%)	IC al 95%
Cada vez	280	4,632	29.8	26.3, 33.6
Algunas veces	187	3,037	19.6	16.6, 22.9
Nunca	366	5,445	35.1	31.4, 38.9
No tuvo relaciones sexuales en el embarazo	163	2,415	15.6	12.9, 18.7

Tabla N12. Razones por las cuales No usaron condones durante el embarazo, PRAMS-PR 2017

Razones	n	N	(%)	IC al 95%
No creyó que era necesario	242	3,760	42.3	37.2, 47.5
No sabía que se podía infectar por vía sexual	36	551	6.2	4.0, 9.4
No pensaba que su pareja masculina tenía el virus	155	2,239	25.2	20.9, 30.0
No se preocupaba contraer el virus	26	288	3.2	1.9, 5.6
No quería usar condones	251	4,039	45.6	40.4, 50.8
Su pareja masculina no quería usar condones	155	2,498	28.1	23.6, 33.1

O. DESASTRE: HURACÁN MARÍA

Tabla O1. Eventos ocurridos a causa del Desastre, PRAMS-PR 2018

Consecuencia del huracán	n	N	(%)	IC al 95%
Faltó a una o más citas del Cuidado Prenatal	100	2,418	21.2	17.1, 26.0
Se afectó el trabajo de la madre o de algún miembro de la familia que provee ayuda económica al hogar	247	5,870	51.3	45.9, 56.7

Tabla O2. Preocupaciones luego del huracán mientras estuvo embarazada, PRAMS 2018

Preocupación	n	N	(%)	IC al 95%
La salud del bebé	455	9,928	87.1	83.0, 90.3
Faltar a las citas del cuidado prenatal	423	9,425	82.6	78.1, 86.4
No poder contactar al doctor en el evento de una emergencia	428	9,086	79.7	74.9, 83.8
Su salud	437	9,389	82.3	77.7, 86.1
Contagio de una infección de persona a persona	342	7,226	63.6	58.1, 68.7
Enfermarse por tomar agua sucia o contaminada	390	8,354	73.5	68.4, 78.1
Enfermarse por comer comida dañada	398	8,494	74.7	69.6, 79.2
Contraer una infección por la picada de un mosquito	471	10,478	91.9	88.4 ,94.4

Tabla O3. Situaciones experimentadas por la madre a causa del Huracán, PRAMS-PR 2018

Situaciones Experimentada	n	N	(%)	IC al 95%
Ella sintió que su vida estaba en peligro cuando ocurrió el desastre	185	3,900	34.2	29.2, 39.5
La madre se lesionó o enfermó	57	1,260	11.0	8.1, 15.0
Algún miembro de su hogar se lesionó o enfermó	63	1,281	11.2	8.2, 15.1
Ella caminó a través de escombros o agua de inundación	163	3,819	33.5	28.5, 38.8
Ella estuvo sin electricidad por una semana o más	498	11,081	97.1	94.8, 98.5
Alguien cercano a ella murió en el desastre	27	588	5.2	3.2, 8.1
Ella vio morir a alguien en el desastre	4	118	1.0	0.4, 3.0
Ella vivió en una vivienda temporal o en condiciones a las que no estaba acostumbrada	137	3,559	31.2	26.3, 36.5
Ella perdió pertenencias personales	196	4,151	36.4	31.4, 41.8
Ella tuvo que separarse de seres queridos con quienes se sentía cercana	160	3,428	30.1	25.3, 35.3
Ella tuvo problemas para obtener servicios o ayuda del gobierno	176	3,934	34.5	29.5, 39.8
Ella tuvo problemas para obtener agua potable	105	2,308	20.2	16.2, 25.0
Ella tuvo problemas lidiando con seguros o agencias de ayuda en casos de desastre	269	5,945	52.1	46.7, 57.5
Ella tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer porque no podía usar la tarjeta del PAN	174	3,506	30.7	26.0, 35.9
Ella tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer porque no tenía dinero en efectivo	230	4,873	42.7	37.5, 48.2

Ella tuvo problemas para conseguir suficiente alimento para comer porque los supermercados estaban cerrados	250	5,463	47.9	42.5, 53.4
Ella se sintió insegura por causa de la falta de orden y seguridad después del desastre	350	8,091	71.0	65.8, 75.6
Ella tuvo que mudarse a otro municipio o a los EEUU temporeramente o permanentemente	74	1,649	14.5	11.0, 18.8

Tabla O4. La madre necesitó y/o obtuvo servicios de Salud Mental, PRAMS 2018

Necesitó u Obtuvo	n	Frecuencia	(%)	IC al 95%
Sintió que necesitaba servicios de Salud Mental	34	568	5.0	3.1, 7.8
Obtuvo los Servicios de Salud Mental que necesitaba	13	167	31.5	14.2, 56.1

Tabla O5. Causas por la que le dio dificultad para obtener servicios de Salud Mental, PRAMS 2018

Causas	n	N	(%)	IC al 95%
No era seguro viajar por las condiciones de las calles	18	256	51.5	28.3, 74.1
Estaba enferma o se lesionó y no pudo viajar	0	0	0.0	0.0, 0.0
Tenía miedo de irse del lugar donde se estaba quedando	12	186	34.9	16.5, 59.3
No sabía dónde podía recibir los servicios	22	379	71.0	46.9, 87.2
Servicios no estaban disponibles por el daño de las clínicas a causa del desastre	16	271	55.1	31.0, 77.0
No podía conseguir una cita cuando quería	15	175	32.8	15.3, 57.0
Le preocupaba lo que pensara la gente si fuera a obtener servicios	11	190	35.5	16.6, 60.3
No tenía suficiente dinero ni seguro médico para pagar por los servicios	14	229	42.8	22.1, 66.3

Causas	n	N	(%)	IC al 95%
No podía tomar tiempo libre del trabajo o de la escuela	9	147	27.6	11.4, 53.1
No tenía quién cuidara a los hijos u otros miembros de la familia	10	227	42.4	21.5, 66.5
Estaba demasiado ocupada en otras cosas	16	278	52.1	29.4, 74.0
No había farmacia disponible para conseguir medicamentos	7	97	19.6	6.7, 45.2
No tenía trasportación disponible	10	110	20.7	7.9, 44.1

Tabla O6. Preocupaciones a causa del Huracán que surgieron luego de que nació el bebé, PRAMS-PR 2018

Preocupación	n	N	(%)	IC al 95%
No tener suficiente fórmula para el bebé	189	3,461	30.7	26.0, 35.9
No producir suficiente leche para lactar al bebé	355	7,833	69.6	64.3, 74.4
No tener donde almacenar la leche para el bebé	204	4,523	40.1	34.9, 45.6

Tabla O7. Ayudas disponibles luego del nacimiento del bebé si la necesitara, PRAMS-PR 2018

Tipo de Ayuda	n	N	(%)	IC al 95%
Alguien que le preste $50.00	413	9,478	83.4	79.0, 87.0
Alguien que le ayude si estuviese enferma y necesitara quedarse en la casa	447	10,331	90.7	87.2, 93.3
Alguien con quien pueda hablar sobre sus problemas	442	10,201	89.6	85.9, 92.4

Tabla O8. Descripción de los daños en el hogar de la madre causados por el desastre, PRAMS-PR 2018

Tipo de Daño	n	N	(%)	IC al 95%
La casa no se dañó	177	3,834	33.5	28.6, 38.8
La casa tuvo daños menores, pero la residencia era aún habitable	270	6,059	53.0	47.6, 58.4
La casa tuvo daños mayores	42	1,007	8.8	6.2, 12.4
La casa fue destruida	26	531	4.6	2.8, 7.5