

Table II
UNIVARIATE ANALYSIS OF WOMEN CHARACTERISTICS
AND SEASONALITY BY GROUP

	Cases (PROM*) n=620		Controls n=13 061		p-value	OR	95% CI	Total n=13 681	
	n	%	n	%				n	%
Age group (years)									
31+	100	5.0	1 910	95.0	0.30	1.12	0.90-1.4	2 010	14.7
13-30	520	4.5	11 151	95.5		1.00	referent	11 671	85.3
Weeks of gestation									
<37	217	5.5	3 757	94.5	<0.001	1.33	1.12-1.58	3 974	29.0
≥37	403	4.2	9 304	95.8		1.00	referent	9 707	71.0
Body mass index									
Underweight (<18.5)	1	12.5	7	87.5	0.24	1.09	0.84-1.41	8	0.1
Normal (18.5-24.9)	146	4.9	2 815	95.1	0.17	1.17	0.93-1.46	2 961	21.6
Overweight (25-29.9)	298	4.5	6 294	95.5	0.50	1.00	0.99-1.01	6 592	48.2
Obese (≥30)	175	4.2	3 945	95.8		1.00	referent	4 120	30.1
Obese I (30-34.9)	144	4.3	3 168	95.7	0.47	1.16	0.76-1.77	3 312	24.2
Obese II (35-39.9)	27	3.8	692	96.2		1.00	referent	719	5.3
Obese III (40+)	4	4.5	85	95.5	0.72	1.00	0.96-1.05	89	0.7
Year of visit to ER‡									
2009	130	4.2	2 996	95.8	0.87	1.02	0.79-1.30	3 126	22.8
2010	192	5.3	3 444	94.7	0.01	1.30	1.04-1.64	3 636	26.6
2011	161	4.5	3 402	95.5	0.37	1.11	0.88-1.40	3 563	26.0
2012	137	4.1	3 219	95.9		1.00	referent	3 356	24.5
All years	620	4.5	13 061					13 681	
Season									
Fall	190	5.0	3 594	95.0	0.12	1.18	0.95-1.47	3 784	27.7
Winter	130	4.6	2 718	95.4	0.55	1.07	0.84-1.36	2 848	20.8
Spring	146	4.3	3 289	95.7	0.98	0.997	0.79-1.25	3 435	25.1
Summer	154	4.3	3 460	95.7		1.00	referent	3 614	26.4

* Premature rupture of membranes

‡ Emergency Room

Source: Electronic database of the Emergency Department, Mónica Pretelini Sáenz Hospital

Table III
MULTIVARIABLE ANALYSIS SHOWING ASSOCIATED FACTORS OF PROM

	aOR*		95% CI	p-value	
Age (years)	1.01		1.00	1.026	0.058
Height (meters)	----		----	----	----
Weight (kilograms)	0.99		0.98	0.998	0.019
Weeks of gestation	0.95		0.93	0.977	<.001
Respiratory rate (per min)	----		----	----	----
Cardiac rate (per min)	1.01		1.00	1.015	0.182
Body temperature (°C)	----		----	----	----
Systolic blood pressure (mmHg)	1.01		1.00	1.011	0.091
Diastolic blood pressure (mmHg)	----		----	----	----
Fall	1.15		0.96	1.370	0.117
Year of 2010	1.22		1.02	1.451	0.029
<37 weeks of gestation‡	1.32		1.11	1.558	0.002

* aOR adjusted odds ratios using backward elimination procedure set to 0.2 significance level

‡ A separated multivariable logistic regression analysis including weeks of gestation as an indicator variable (≤ 37 weeks=1; else =0) after controlling by all other variables in the model.

Source: Electronic database of the Emergency Department, Mónica Pretelini Sáenz Hospital

Eduardo Hernández-Garduño, MHSc,⁽¹⁾
epidemiologist.researcher@gmail.com
José Meneses-Calderón MD,⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Básica Aplicada (UIBA),
Centro Oncológico Estatal (COE) Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM)

⁽²⁾ Unidad de Enseñanza e Investigación
Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz,
Toluca, Estado de México, México

<https://doi.org/10.21149/8230>

References

1. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;109:1007-1019. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000263888.69178.1f>
2. Ortiz FM, Soto YG, del Refugio VG, Beltrán AG, Castro EQ, Ramírez IO. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:468-475.
3. Gosselink CA, Ekwo EE, Woolson RF, Moawad A, Long CR. Dietary habits, prepregnancy weight, and weight gain during pregnancy. Risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:425-438. <https://doi.org/10.3109/00016349209021091>
4. Kiihlholma P, Grönroos M, Erkkola R, Pakarinen P, Näntö V. The role of calcium, copper, iron and zinc in preterm delivery and premature rupture of fetal membranes. *Gynecol Obstet Invest* 1984;17:194-201. <https://doi.org/10.1159/000299148>
5. Osaikhuwuomwan JA, Okpere EE, Okonkwo CA, Ande AB, Idogun ES. Plasma vitamin C levels and risk of preterm prelabour rupture of membranes. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:593-597. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1741-5>

Violencia de pareja en la gestación y el perfil del autor de la agresión

Señor editor: La violencia contra la mujer es un problema complejo que compromete el desarrollo pleno e integral de las mujeres en Brasil y en el mundo, la cual llega a ser aún más grave cuando ocurre en mujeres durante el periodo de gestación, lo que trae un riesgo adicional para la vida intrauterina de su hijo.¹

Los episodios de violencia pueden cesar, disminuir o ser más recurrentes cuando la mujer está embarazada.² El presente estudio, realizado en clínicas de maternidad públicas de la Gran Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre 2014 y 2015, trató de identificar la prevalencia y el patrón de la violencia vivenciada, así como el perfil del autor de la agresión.

La violencia durante el embarazo mostró una prevalencia de 17.8%, siendo la psicológica la predominante (17.5%). Las situaciones más frecuentes fueron los insultos (15%) y los temores provocados por alguna circunstancia amenazadora (4%), seguidas por la violencia física (5.4%). Sólo una entrevistada refirió prácticas sexuales humillantes durante el embarazo.

Más de la mitad de los compañeros tenían una edad entre 20 y 30 años (55.7%), baja escolaridad y estaban empleados (92.8%). También poco más de la mitad (54.1%) consumían alcohol y 7.8% hacían uso de drogas ilícitas. En cuanto al comportamiento violento, cerca de dos tercios no participaron de peleas, y 58.6% de las parejas pelean hasta un máximo de tres veces al mes.

Las variables que mostraron significancia estadística en el análisis ajustado fueron el consumo de alcohol por el compañero, que proporciona tres veces más probabilidad de cometer violencia, en comparación con aquéllos que no consumen. Lo mismo ocurrió con los usuarios que consumen drogas ilícitas y para aquéllos que participaron en peleas, aumentando en más de cuatro veces las probabilidades de agresión.

En relación con la frecuencia de peleas entre la pareja, el análisis muestra que las mujeres gestantes que pelean con sus compañeros de una a dos veces por semana presentan seis veces más probabilidad de

sufrir violencia durante el embarazo, en comparación con aquéllas que nunca pelean. Llama la atención el hecho de que, para aquéllas que refirieron pelear todos los días, la probabilidad de sufrir violencia aumentó casi 25 veces.

Es importante resaltar que las mujeres que sufrieron agresiones en embarazos anteriores mostraron 46 veces más probabilidad de sufrir violencia en la gestación actual, y las mujeres cuyos compañeros las agredieron en el año anterior antes del embarazo tenían alrededor de seis veces más probabilidades de sufrir violencia en el embarazo actual.

Finalmente, los resultados del presente estudio indican que la violencia de pareja en mujeres embarazadas es una realidad, y que sufrir violencia en los embarazos anteriores y en un periodo de 12 meses previos al embarazo aumenta esa probabilidad de manera significativa. Las características que comprenden a los compañeros agresores están relacionadas, principalmente, con el consumo de alcohol y drogas ilícitas, así como con el comportamiento violento de ese compañero y la participación previa en peleas.

Paulo Fernando Brum Rojas, Dr.⁽¹⁾
Elza Berger Salema Coelho, Dra.⁽¹⁾
elzacoelho@gmail.com
Carolina Carvalho Bolsoni, MSc.⁽¹⁾
Sheila Rubia Lindner, Dra.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Catarina.

<http://doi.org/10.21149/8280>

Referencias

1. Silva EP, Ludermir AB, Araujo TV, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(6):1044-1053. <http://doi.org/bv22rs>
2. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J* 2003; 7(1): 31-43. <http://doi.org/ffc4pvn>

Hacia una perspectiva sociocultural y económica en la política contra la alimentación no saludable

Señor editor: México y muchos países en desarrollo experimentan un cambio que va del consumo de comidas tradicionales al de alimentos industrializados altos en azúcar, grasa y sal.¹ A esto se atribuye, en parte, el dramático incremento en la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas. Para atender estos problemas de salud pública, la estrategia se ha enfocado en promover la alimentación "saludable" a través de recomendaciones a la población sobre qué alimentos consumir o qué dieta seguir. Tales recomendaciones aíslan los alimentos de su contexto sociocultural. Aunque la gente piensa en fruta, vegetales y agua cuando se refiere a comida saludable,² no hay una relación clara de las recomendaciones y las costumbres alimentarias de la población. Por ejemplo, en una comunidad una persona comentó que no podía comer saludable porque no le alcanzaba el dinero para comprar pan integral y jamón de pavo, y que sólo podía comer tortilla, papa y quelites (lo cual es nutritivo).

El hecho de que las tradiciones alimentarias satisfagan las necesidades nutricionales refleja la sabiduría popular en elegir sus alimentos y preparaciones. Sin embargo, las comidas caseras típicas compiten contra la alta distribución de alimentos industrializados en las localidades. Los alimentos procesados son intensamente promovidos y presentados de forma positiva al público y la gente, por conveniencia, termina adquiriéndolos. El presupuesto de la industria alimentaria para marketing de alimentos procesados es muchas veces mayor al destinado para promover la alimentación saludable. El papel de la industria alimentaria en