

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORBILIDAD REFERIDA POR LA POBLACIÓN DE BAHÍA BLANCA

DESCRIPTIVE STUDY OF MORBILITY REFERRED BY THE POPULATION OF BAHÍA BLANCA CITY

CARLOS O CARIGNANO¹, SILVINA SPAGNOLO¹, MARIA PAULA ABREGO¹,
LILIAN ELOSEGUI¹, MARIA EUGENIA ESANDI²

¹. *Epidemiología Ambiental. Agencia Ambiental Bahía Blanca. Argentina.*

². *Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina.*

Resumen: Introducción: Los estudios epidemiológicos permiten conocer la prevalencia de enfermedades referidas por la población y su asociación con factores de riesgo. **Objetivos:** Describir la morbilidad referida por las personas que residen en la ciudad de Bahía Blanca en el año 2005, los factores de riesgo y su asociación con las enfermedades en estudio. **Población y Métodos:** Estudio de corte transversal por modalidad de encuesta poblacional domiciliaria. Muestreo por conglomerados con sub-muestreo, con probabilidades proporcionales a su tamaño (en base al Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y a la Encuesta Permanente de Hogares). Se utilizaron los test Chi², t-test, Mann Whitney o Kruskal Wallis y una regresión logística múltiple. **Resultados:** Se contactaron y aceptaron participar 1447 personas (individuos proxy) quienes suministraron datos de 4766 personas (población de estudio) que residían en las viviendas

seleccionadas. Las enfermedades respiratorias, seguidas por las cardiovasculares y las endocrinopatías, fueron el grupo de enfermedades más frecuentemente reportadas. **Discusión:** La frecuencia de enfermedades referidas en esta encuesta presenta, en algunos casos, valores similares a los reportados en otros estudios. Respecto a los factores de riesgo, la prevalencia fue menor a la reportada a nivel nacional. Este fue el primer estudio de relevamiento de la morbilidad referida en una población representativa de la ciudad.

Palabras clave: prevalencia-morbilidad, epidemiología, Bahía Blanca

Abstract: Introduction: Epidemiological studies provide an insight into the prevalence of those diseases reported by the population and their association with risk factors. **Objectives:** Describe the morbidity reported by individuals living in the city of Bahia Blanca in 2005, the risk factors, and their association with diseases under study. **Population and Methods:** Cross-sectional population survey carried out at the individuals' home. Cluster sampling and sub-sampling with probabilities proportional to size (based on the 2001 National Population and Housing Census and the Permanent Household Survey). The Chi² test, t-test, Mann Whitney or

Correspondencia: Dr. Carlos Carignano. Epidemiología Ambiental. Agencia Ambiental Bahía Blanca. Alsina 370. CP (8000). Tel: 291-4562668 (Int. 16). E-mail: epiamb@mbb.mun.gba.gov.ar

Recibido: 16 Diciembre de 2013

Aceptado: 10 de Enero de 2014

Kruskell Wallis and multiple logistic regression tests were used. **Results:** 1447 individuals were contacted and agreed to participate (proxy individuals). Such individuals supplied information from 4766 individuals (study population) living in the selected households. Respiratory diseases, followed by cardiovascular diseases and endocrinopathies, were the most frequently reported conditions. **Discussion:** The frequency of diseases referred to in this survey shows, in some cases, values similar to those reported in other studies. Regarding risk factors, the prevalence was lower than that reported at national level. This was the first study to survey the reported morbidity in a representative population of the city.

Keywords: prevalence, morbidity, epidemiology, Bahía Blanca.

INTRODUCCION

Existe relación entre el proceso salud-enfermedad y el proceso social. Cada conjunto social tiene un perfil de morbilidad propio determinado por la interrelación de características biológicas, ambientales, sociales, culturales, económicas y políticas (1).

Los estudios epidemiológicos permiten conocer las prevalencias de diversas enfermedades y su asociación con factores de riesgo. De esta forma, es posible conocer la situación sanitaria de una población y alertar a los equipos de salud para un mejor diagnóstico y para optimizar programas de prevención y promoción (2).

Existen evidencias consistentes que avalan las fluctuaciones de las prevalencias de enfermedades respiratorias. Estas son de origen multifactorial y están relacionadas entre sí por una compleja combinación de factores hereditarios y ambientales, además de someterse a diferentes criterios diagnósticos (3-5).

La hipertensión arterial (HTA), las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, se han convertido en la principal causa de mortalidad en la Región de las Américas. Los registros mundiales indicados por la OMS (2009) advierten que en el año 2005, murieron por causas cardiovasculares 17,5 millones de personas, afectando de manera indistinta a ambos sexos.

Estas enfermedades tienen en común numerosos factores de riesgo como el tabaco, la obesidad, el bajo nivel socioeconómico y el sedentarismo. Por consiguiente, también es relevante la vigilancia de dichos factores, planteando un desafío para los países en desarrollo (6,7).

La ciudad de Bahía Blanca, ubicada en el SO de la provincia de Buenos Aires (Argentina), cuenta con aproximadamente 320.000 habitantes y se desarrolla sobre un área de 2300 km². Su paisaje de llanura, constituye la expresión meridional

de la extensa planicie chaco pampeana. Se caracteriza por un clima templado de transición, con temperaturas medias anuales de 15° C y precipitaciones medias entre 500 y 600 mm anuales. Como consecuencia de los sistemas de presión predominantes, presenta mayor frecuencia de viento a lo largo del año con dirección NO y la mayor intensidad media cercana a los 20 km/h (8).

Su condición de ciudad intermedia, en un mundo globalizado, le asigna características particulares de expansión económica y territorial. Estas condiciones obligan, entre otras cuestiones, a optimizar medidas de prevención y control. Estudios previos realizados por el Área de Epidemiología Ambiental municipal, muestran diferencias en las prevalencias de enfermedades según el lugar de residencia, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y los hábitos (9). Sin embargo, se desconocía la prevalencia de distintas enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en toda la ciudad.

Objetivo General

Describir la morbilidad referida por las personas que residen en la ciudad de Bahía Blanca en el año 2005.

Objetivos Específicos

- Describir la frecuencia de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, dermatológicas, endócrino-metabólicas, digestivas y trastornos del oído y factores de riesgo asociados a estas enfermedades, en la población de estudio.
- Analizar la relación entre estas enfermedades y factores de riesgo con distintas variables socio-demográficas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y muestra

En 2005, se realizó un estudio de corte transversal por la modalidad de encuesta poblacional de propósitos múltiples, cuyo fin fue caracterizar algunas dimensiones del estado de salud percibido y referido por los habitantes de la ciudad. Para la determinación del tamaño muestral se estimó un N = 284.000 personas y 98.098 viviendas. Para este estudio se consideró un DEFF= 2, obteniéndose un tamaño muestral final de 4572 personas y 1524 viviendas (DEFF: efecto de diseño, definido como el cociente de la varianza obtenida en la estimación con el diseño utilizado, entre la varianza obtenida, considerando un muestreo aleatorio simple con un mismo tamaño de muestra). La selección de estas viviendas se realizó por medio de un muestreo por conglomerados con probabilidades proporcionales a sus tamaños. Se consideraron como Unidades de la Primera Etapa (UPE) a los barrios (M = 105) y como Unidades de Segunda Etapa (USE) a las viviendas. Los barrios fueron ponderados de acuerdo a la cantidad de viviendas.

Modalidad de Encuesta

La unidad de muestreo fue la persona residente en los barrios mencionados, pero el respondente (individuo proxy) de la encuesta fue un adulto responsable en cada una de las viviendas seleccionadas por el muestreo, quien suministró los datos correspondientes a los restantes miembros del grupo familiar. Se previó que la persona encuestada fuera preferentemente la jefa de hogar o esposa; sólo en caso de que no fuera posible contactarla, esta podía ser reemplazada por un adulto responsable del grupo familiar. La encuesta fue realizada por 15 encuestadores, específicamente instruidos en la modalidad de trabajo de campo.

Definición de variables

Variables principales: La morbilidad referida fue descrita a través de las respuestas dadas por los encuestados a preguntas cerradas específicas para cada enfermedad. Para describir la morbilidad específica, las enfermedades fueron agrupadas en:

- a. *Enfermedades Respiratorias*: fueron consideradas ETRA^a (Enfermedades del Tracto Respiratorio Alto), Asma^b y SIA^c (Síntomas Indicadores de Asma); OER^d (Otra Enfermedad Respiratoria); ERNE (Enfermedad o Alergia Respiratoria No Especificada);
- b. *Enfermedades Cardiovasculares*: HTA y enfermedad cardíaca (dentro de este grupo, se incluyeron infarto agudo de miocardio, insuficiencia coronaria, insuficiencia cardíaca);
- c. *Enfermedades Digestivas*: úlcera y gastritis; d. *Enfermedades Endócrino- metabólicas*: diabetes I y II, hipotiroidismo e hipertiroidismo;
- d. *Enfermedades de la Piel*: urticaria, eczema atópico y distintas dermatitis;
- e. *Trastornos del oído*: hipoacusia, otitis.

Dentro de los Factores de Riesgo Cardiovasculares, se consideraron:

- a). *Tabaquismo*: “No tabaquista” - persona que refería no fumar actualmente y en cuyo grupo familiar no había ningún fumador activo-; “Tabaquista Pasivo” - persona que refería no fumar actualmente pero que convivía en su hogar con una persona fumadora activa-; “Tabaquismo activo” - persona que

refería fumar en la actualidad-; b). *Sobrepeso y obesidad*: se describió su presencia a través del IMC calculado a partir del peso y la talla referidos. Se consideró sobrepeso cuando el IMC= 25-30 y obesidad, cuando el IMC > 30. Se comparó esta prevalencia con la estimada a partir del reporte, por parte del encuestado, de tener diagnóstico médico de sobrepeso y/o obesidad; c). *Realización de actividad física*: definida como la realización de movimientos conscientes sin fines competitivos, tales como caminar, correr o andar en bicicleta, quedando excluidas las actividades físicas que se desarrollan como consecuencia del desarrollo de actividades laborales y/o domésticas (se categorizó como “realiza/no realiza”).

Como variables independientes se consideraron: edad, sexo, nivel de educación, ingreso, ocupación, lugar y años de residencia en el barrio. La edad fue tratada como variable numérica continua pero también como variable categórica (grupos etáreos). El ingreso y años de residencia en el barrio fueron tratadas como variables numéricas continuas.

El nivel de educación se clasificó en las siguientes categorías: (0) “sin instrucción”; (1) “instrucción mínima” (personas con primario incompleto); (2) “primario” (personas con primario completo o secundario incompleto); (3) “secundario” (personas con secundario incompleto o terciario o universitario incompleto); (4) “terciario” (personas con secundario completo y universitario incompleto); (5) “universitario” (personas con universitario completo).

Cuestionario

Se utilizó un cuestionario que contenía las siguientes secciones: I. Características demográficas del encuestado y su grupo familiar; II. Características de la vivienda; III. Variables relacionadas con la atención de la salud y cobertura; IV. Presencia de Enfermedades y Consumo de Medicamentos. En caso de que la persona manifestara alguna sintomatología o enfermedad, se interrogó acerca de su duración, presencia de síntomas de la enfermedad en los últimos 12 meses y si realizaban tratamiento.

Análisis de los datos

Las encuestas fueron editadas y los datos cargados por dos data-entry en una base de datos diseñada para la investigación. Para establecer la significación estadística de la

^a Presencia de ETRA: Se consideró que estaba presente cuando la persona manifestaba en la pregunta abierta presentar alguna de las siguientes: sinusitis, rinitis, resfrío común.

^b Presencia de Asma (A): Referida por la persona ya sea en la pregunta abierta y/o en respuesta a la pregunta específica.

^c Presencia de Síntomas indicadores con Asma (SIA): Cuando presentaba por lo menos uno de los siguientes:

-Presencia de 3 ó 4 síntomas (tos, fatiga, silbido o broncoespasmo),

-Presencia de 2 síntomas, debiendo ser por lo menos uno de ellos broncoespasmo o silbido.

-Presencia de 1 síntoma (broncoespasmo ó silbido).

^d Presencia de por lo menos una o más de las otras enfermedades respiratorias enunciadas en el cuestionario: – enfisema, EPOC, bronquitis y neumonía- (referida en forma espontánea y/o inducida). Referidas por la persona ya sea en la pregunta abierta y/o en respuesta a la pregunta específica.

asociación entre distintos tipos de variables categóricas se utilizó el Test X². Para la comparación de medias de variables continuas se empleó el t-test. Cuando los datos no tenían una distribución simétrica, se utilizó el test de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, según fueran 2 o más de 2 grupos que se compararan, respectivamente. Para analizar el efecto de las distintas variables independientes con la presencia de cada uno de los distintos tipos de enfermedades, se realizó una regresión logística múltiple.

RESULTADOS

Población encuestada y tasa de participación

Se contactaron y aceptaron participar 1447 personas (individuos proxy) que suministraron datos de 4766 personas (población de estudio), 2513 mujeres (53,7%) y 2253 hombres (47,3%), quienes residían en las viviendas seleccionadas.

Para alcanzar el tamaño muestral estimado fue necesario reemplazar 327 viviendas por diferentes motivos: rechazó a participar o negación (42%, 137/327); falta de respuesta al llamado del encuestador (41%, 134/327); participación en encuesta previa (7,6%, 25/327); vivienda deshabitada (5,8%, 19/327); y otros motivos (3,6%, 12/327).

La población de individuos proxy estuvo constituida en mayor proporción por madres y padres de familia (87% - 1258/1447).

La tasa de respuesta (definida como la relación entre la cantidad de personas que participaron sobre el total de personas elegibles, contactadas y a quienes se les invitó a participar en la encuesta) fue 91,4% (1447/1584).

La edad promedio de la población de estudio fue de 36,3 años. El 39% no poseía cobertura asistencial y el 89,4% de los mismos se atendía en el sistema público. En mayores de 18 años (n=3599) el nivel de instrucción alcanzado fue en su mayoría primario (41%), siguiendo el secundario (15%), y por último el nivel terciario/universitario (7%).

Descripción de la morbilidad referida

Las enfermedades respiratorias fueron el tipo de enfermedades más frecuentemente referidas por la población, seguidas por HTA y enfermedades endocrino-metabólicas (Figura 1).

Enfermedades Respiratorias

La prevalencia de enfermedades respiratorias fue de 17,8% (849/4766): ETRA (12,6%), Asma (2,6%) y SIA (3,4%). Se observó un incremento de la frecuencia de enfermedades respiratorias con el aumento de la edad, siendo esta tendencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En el caso de SIA y asma, la distribución por edades fue de tipo bimodal, con una mayor frecuencia de la enfermedad en niños y gerentes

(este tipo de distribución fue más evidente para los SIA). La frecuencia de asma y SIA fue mayor en personas con sobrepeso; en el caso de los SIA también se encontró una asociación estadísticamente significativa con la exposición pasiva al humo del tabaco (Tabla 1).

Hipertensión Arterial y Enfermedades Cardiovasculares

La referencia de HTA fue 9,7% en población general (460/4766). Si consideramos la población mayor de 25 años, la prevalencia estimada es de 19% (547/2877). El 1,9% (89/4766) refirió presentar alguna enfermedad cardíaca, como infarto, insuficiencia coronaria y/o cardíaca. En el rango de 25 años y más: 4,06%. La frecuencia de ambos tipos de enfermedades se incrementó con la edad (Figura 2) y no se halló diferencia significativa entre sexos.

Enfermedades endocrino-metabólicas

La prevalencia de enfermedades endocrino-metabólicas en población general fue de 8,4% (401/4766). El tipo de enfermedad endocrinológica más frecuentemente mencionada fueron los trastornos de tiroides, referidos por un 3,6% de personas (172/4766). En mayores de 25 años, esta prevalencia fue de 6,73% (194/2877). De este grupo, el 82% (161/194) refirió presentar hipotiroidismo y el porcentaje restante, hipertiroidismo. La prevalencia de diabetes fue 2,6% (124/4766): la diabetes tipo II fue referida por 2% de los encuestados, mientras que el 0,6% refirió ser insulino-dependiente. En mayores de 25 años la prevalencia de diabetes asciende a 4% (3,12% DBT II y 0,69% DBT I). La osteoporosis fue mencionada por el 1,6% (76/4766).

Enfermedades y síntomas del aparato digestivo

La prevalencia de enfermedades del tracto digestivo fue 6,9% (328/4766). De este grupo, el 86% refirió presentar gastritis y/o úlcera. Las personas del sexo femenino presentaron una mayor frecuencia que las del sexo masculino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (7,6% vs. 6,1%, valor $P = 0.039$). La frecuencia de la enfermedad presentó una tendencia creciente significativa con el incremento de la edad (Chi² para tendencias: valor $P < 0.001$).

Enfermedades dermatológicas

La prevalencia de enfermedades dermatológicas fue 5,6% (269/4766). En el análisis bivariado se encontró asociación positiva entre los trastornos cutáneos y el tabaquismo, algunos tipos de enfermedades respiratorias (ETRA, Asma y SIA), enfermedades de la tiroides y enfermedades digestivas.

Trastornos del oído

La referencia de trastornos del oído fue del 6% (309/4766). De este porcentaje, el 62% (193/309) correspondió a hipoacusia.

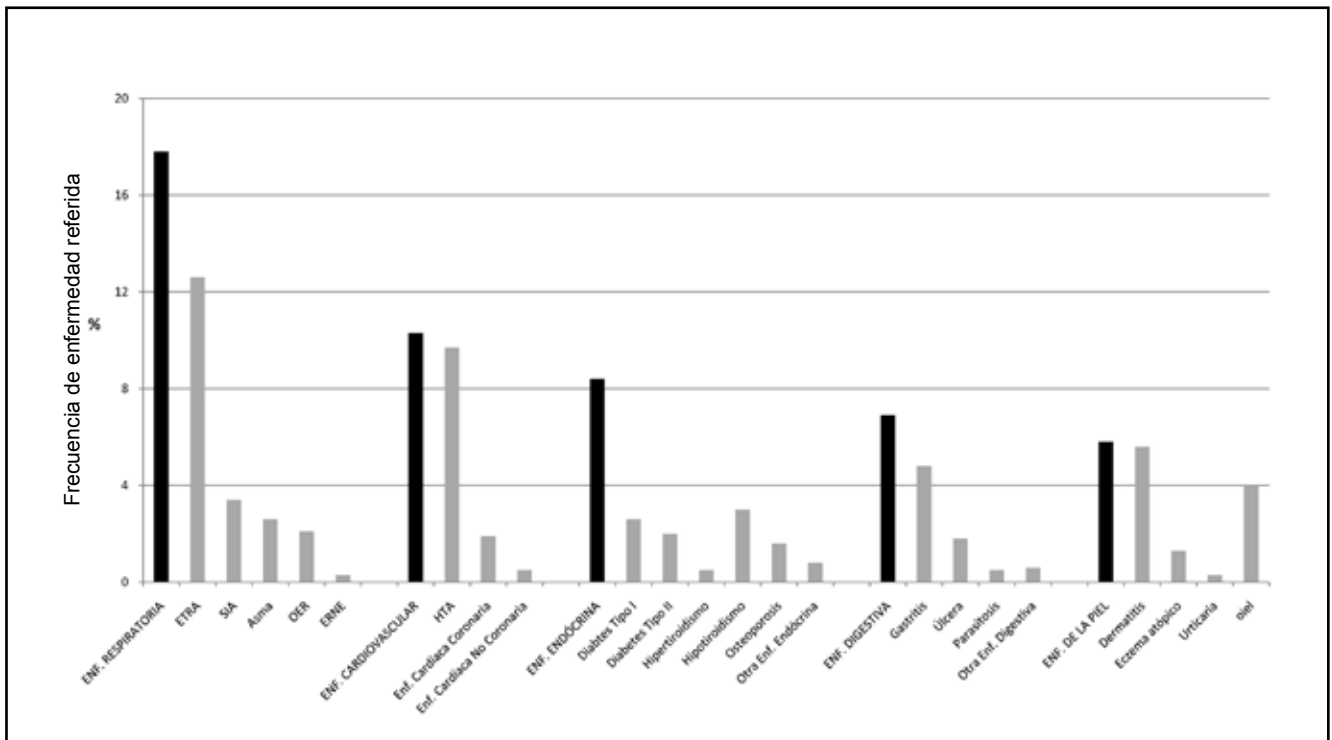


Figura 1. Patrón de morbilidad referido por los residentes de la ciudad de Bahía Blanca (2005). Se muestra la distribución de las enfermedades referidas por la población de Bahía Blanca.

Factores de riesgo	Enfermedades Respiratorias					
	ETRA		Asma		SIA	
	Prevalencia	Valor P	Prevalencia	Valor P	Prevalencia	Valor P
Tabaquismo						
No fumador	13.4%		3.0%		3.1%	
Fumador pasivo	14.3%		2.8%		5.7%	
Fumador activo	13.8%	0.82	2.2%	0.23	2.7%	0.008
Sobrepeso						
Si	17.9%		4.3%		4.5%	
No	12.0%	<0.001	2.3%	0.012	3.1%	0.11
Actividad física						
Realiza	15.1%		2.6%		2.8%	
No realiza	10.8%	<0.001	2.4%	0.66	3.4%	0.29

Tabla 1. Asociación entre enfermedades respiratorias y cardíacas y factores de riesgo (tabaquismo, sobrepeso y actividad física).

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo. La prevalencia de tabaquismo en la población fue 20% (853/4269). Dentro de los fumadores, aproximadamente el 72% manifestó fumar más de 10 cigarrillos por día. La mayor frecuencia de tabaquismo activo se observó en los adultos jóvenes y adultos. Los grupos etáreos con una mayor exposición pasiva al humo de tabaco fueron los niños y los adolescentes (21,2% y 13,6%, respectivamente).

Actividad Física y Obesidad. Un 29% (1375/4253) de las personas encuestadas manifestaron realizar actividad física. La mayor frecuencia de actividad física se observó en adolescentes (38%). Un 11,1% (443/3987) de la población manifestó que en los últimos 12 meses algún médico le había dicho que estaba con sobrepeso. De este grupo, un 70% manifestó

“estar tratando de bajar de peso”, pero sólo un 40,8% afirmó realizar actividad física en forma regular. El mayor número de personas que afirmaron presentar diagnóstico médico de sobrepeso correspondieron a los grupos etáreos de adultos y gerontes. Teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC), un 32% (911/2844) presentó sobrepeso (IMC 25-30) y un 12 % (341/2844) obesidad (IMC > 30). Esta situación puede observarse también estratificando por distintas variables (Tabla 2). La prevalencia de sobrepeso es mayor en personas que presentan HTA, diabetes e hipotiroidismo. Se estimó el grado de asociación entre una respuesta afirmativa al diagnóstico médico de sobrepeso y el referir alguna de estas enfermedades (Tabla 3).

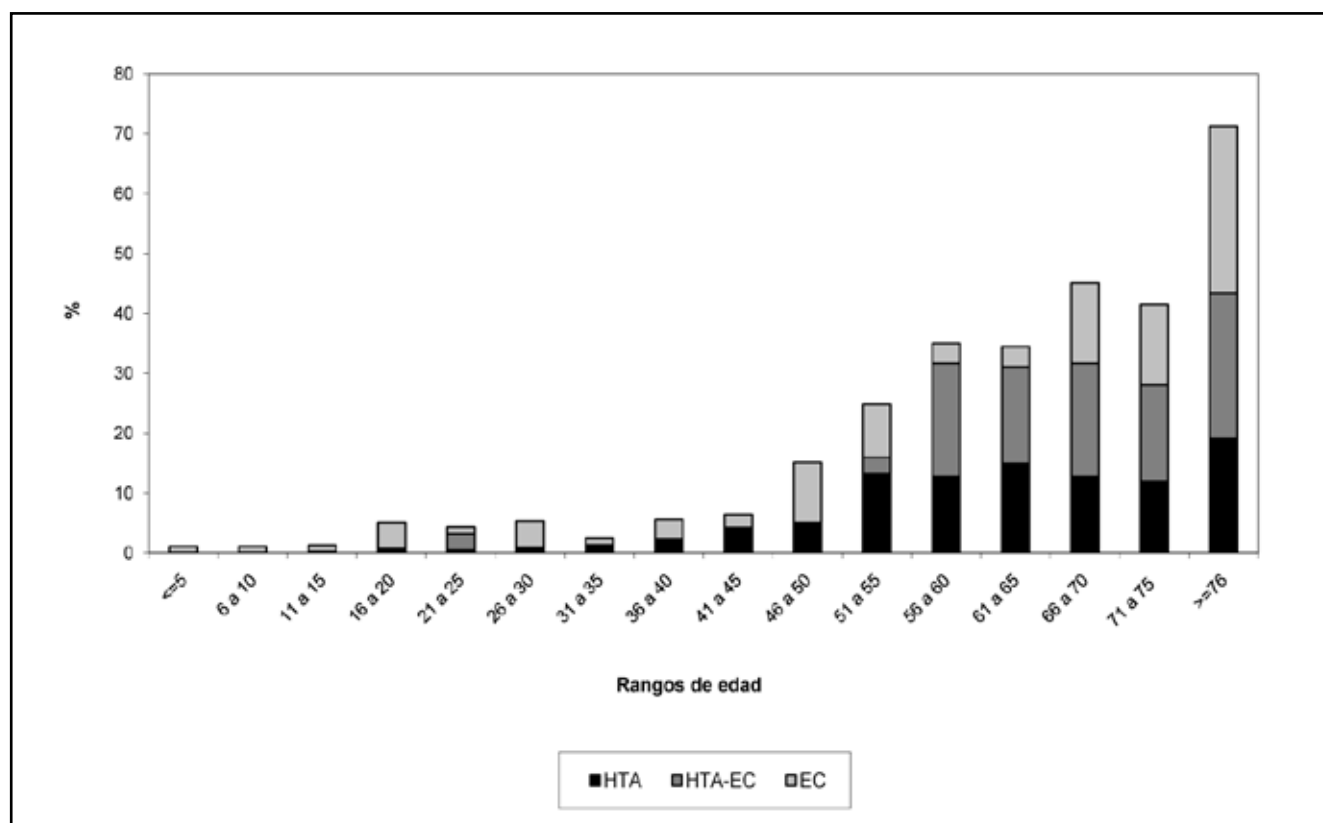


Figura 2. Prevalencia de Enfermedad Cardiovascular según grupos etáreos. Las enfermedades cardiovasculares se incrementan con la edad.

Prevalencia de Obesidad según distintas variables	Sobrepeso diagnosticado por médico	Sobrepeso u Obesidad según IMC	
	% de personas que refieren presentarlo	% de personas que refieren sobrepeso	% de personas que refieren Obesidad
Sexo			
Masculino	9.5%	40.4%	13.5%
Femenino	12.4%	25.2%	10.5%
Educación			
S/I	6.2%	20.2%	11.6%
Primario	13.1%	37.9%	15.6%
Secundario	12.9%	37.4%	11.4%
Terciario	10.7%	29.4%	7.2%
Universitario	16.5%	40.4%	8.2%
Grupo Etáreo			
Niños	2.1%	6.5%	7.0%
Adolescentes	4.0%	9.6%	3.1%
Adultos Jóvenes	6.8%	24.8%	6.0%
Adultos	17.8%	46.0%	19.2%
Gerontes	16.9%	52.0%	16.9%
Refiere HTA	28.8%	48.3%	28.7%
Refiere DBT no ID	36.0%	52.6%	28.1%
Refiere Hipotiroidismo	30.7%	40.2%	23.9%

Tabla 2. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad según distintas variables socio-demograficas y presencia de otras morbilidades.

Enfermedad	Porcentaje de personas que refieren DX médico de Sobrepeso	Medida de asociación RR; IC95[]	Significación Estadística Valor P
HTA			
Si	28.8%		
No	9.0%	4.0 [3.2;5.2]	<0.001
DBT No ID			
Si	36.0%		
No	9.5%	5.4[3.3-8.7]	<0.001
DBT ID			
Si	32.1%		
No	9.5%	4.5 [2.0-10.0]	0.001
Hipotiroidismo			
Si	30.7%		
No	9.5%	4.2 [2.9-6.3]	<0.001

Tabla 3. Asociación entre la presencia de diagnóstico médico de sobrepeso y otro tipo de enfermedades.

DISCUSIÓN

Este fue el primer estudio que permitió caracterizar la morbilidad referida por los residentes de la ciudad de Bahía Blanca. Los resultados de esta encuesta constituyen una línea de base y aportan conocimiento sobre la frecuencia y tipo de enfermedades percibidas y referidas por la población. En algunos casos los valores detectados en esta encuesta coinciden con los obtenidos en otros estudios (10-12).

Considerando los SIA como asma, la prevalencia de la enfermedad en población general sería del 7% (3,4% y 2,6%, respectivamente), demostrando que la mayoría desconoce su padecimiento, situación avalada por estudios nacionales e internacionales.

La prevalencia de rinitis varía a nivel mundial entre el 10 y el 28%. En Argentina se reportó un 34% y en nuestra ciudad las ETRA resultaron del 12,6% (3) (13-15).

La HTA, presenta prevalencias que fluctúan según los países entre 8% y 30%. La notificada en nuestro país fue del 26% (16-19). En nuestra ciudad fue aproximadamente del 20% en adultos. La relación entre esta enfermedad, el sexo y el incremento de la edad es afirmada por numerosa bibliografía, alertando sobre un porcentaje importante de la población que desconoce su padecimiento y carece de tratamiento (20, 21).

Las prevalencias registradas a nivel local para infarto e insuficiencia cardiaca en adultos (4%) son acordes con las observadas en otros estudios en países de la región y Europa, donde los valores oscilan entre 2% y 5% de la población (22,23). Asimismo, estos estudios resaltan la fuerte vinculación con el hábito de fumar -o su exposición- y antecedentes de HTA y diabetes (24,25).

La diabetes afecta en un rango que oscila del 3,1% al 8,1%, según distintos países (7). En nuestro medio, la prevalencia fue coincidente con la referida por otros estudios (11,18,26,27,41). Entre los factores que influyen, se encuentran el incremento de la edad, la obesidad y el sedentarismo.

El promedio mundial de la prevalencia de hipotiroidismo en población general es 1,4% en las mujeres adultas y 0,1% en los hombres. La frecuencia de hipotiroidismo referida en la ciudad sería superior, particularmente en el sexo femenino (28,29).

La prevalencia de tabaquismo fue inferior a la registrada por la OPS para nuestro país y en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Una posible explicación de esta diferencia podría atribuirse al desconocimiento del entrevistado del hábito en los adolescentes. La exposición pasiva al humo también fue inferior a la registrada a nivel nacional y regional. Coincidentemente, los adolescentes y adultos jóvenes, son quienes poseen mayormente el hábito de fumar (6,19,36,37).

La prevalencia de obesidad y sobrepeso está dentro de los rangos hallados para las ciudades latinoamericanas (18,19,36,38,39) y a nivel nacional.

Actualmente, más de cinco millones de argentinos tienen 60 y más años y se espera que en el 2050 uno de cada cuatro habitantes serán adultos mayores. El desafío es que estos años sean de bienestar y calidad, es decir, acompañar la mayor esperanza de vida con mayor esperanza de vida activa. Por esta razón, es importante que este rango poblacional realice los controles recomendados de presión arterial, control de glucemia, cumplan los tratamientos de manera continua y, asimismo, reduzcan los riesgos realizando actividad física y evitando el sobrepeso y el consumo de tabaco (39).

Es de destacar que la salud percibida no necesariamente se corresponde con el "estado de salud verdadero" ni tampoco con su medición objetiva a través de exámenes directos u observada por los profesionales de la salud. Diversos estudios realizados en países industrializados y no industrializados evidencian la falta de consistencia entre la morbilidad referida y la observada. Un estudio realizado en la Argentina, observó que los grupos socio-económicos más altos, reportaban más enfermedad que aquellos de menor nivel. La información obtenida por una fuente externa a la encuesta, permitió evidenciar situación inversa (40).

La referencia de la persona entrevistada sobre el grupo familiar y la falta de datos objetivos de las enfermedades, se pueden considerar como limitaciones (41). Además, el ajuste del cuestionario utilizado, permitiría ser más preciso en la detección de algunas enfermedades de baja prevalencia.

A partir de los datos suministrados por una población representativa fue posible caracterizar el perfil de morbilidad referida por la población de Bahía Blanca y establecer diferencias con los resultados de otros estudios realizados previamente, en distintos barrios de la ciudad.

Agradecimientos: Al Dr. Marcelo García Dieguez por sus sugerencias y por el aporte de bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Milord, D. Principios de epidemiología ambiental. Biblioteca Virtual de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OPS, 2009: 309-11.
2. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología Básica. OPS. 1994; 9:123-34.
3. Gómez M. Epidemiología del asma en Argentina. Arch Arg Alerg e Inmunol Clin. 2006; 37(2):63-70.
4. Totto M, Cano M, Sanin L et al. Prevalencia de asma, rinitis y eczema en escolares de la ciudad de Cuernavaca, México. Salud pública Mex 1997; 39:497-506.
5. Baena Cagnani C, Dirceu S, González Días S et al. Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008). La pers-

- pectiva latinoamericana. *Rev Alerg Mex.* 2009; 56(2):56-63.
6. OPS. La salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica. 2002; Vol. 1: 293-299.
 7. OPS-OMS. La diabetes en las Américas. *Boletín Epidemiológico.* 2001; Vol. 22(2):1-3.
 8. Paoloni JD. (comp). Ambiente y Recursos Naturales del Partido de Bahía Blanca. Clima, geomorfología, suelos y aguas, sudoeste de la Provincia de Buenos Aires. EdiUNS, REUN. 2010: 39-50.
 9. Carignano C, Elosegui L, Abrego P, Spagnolo S, Esandi E. Prevalencia de asma y síntomas indicadores en tres barrios de la ciudad en el marco de una encuesta de propósitos múltiples. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica.* 2003; 34 (4): 119-128.
 10. Dante Nigro J, Ergottini E, Kushnir M et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Fed Arg Cardiol.* 1999; 28:69-75.
 11. Gagliardino J, Olivera E, Barragán H et al. Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Aspectos clínicos y epidemiológicos en la población de La Plata. *Medicina (Buenos Aires).* 1995; 55: 421-430.
 12. Carbajal H, Salazar M, Riondet B et al. Variables asociadas a Hipertensión Arterial en una región de Argentina. *Medicina (Buenos Aires).* 2001, 61: 801-809.
 13. Callén Bleuca M et al. Patología respiratoria prevalente: rinitis alérgica, bronquiolitis, sinusitis y laringitis. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2007; 9 Supl 2:S49-56.
 14. Negro J, Periago J, Navarro C. et al. Guía de actuación ante una rinitis alérgica en atención primaria. *ORL-DIPS* 2001; 28(4):190-199.
 15. Yáñez A, Neffen HE, Reyes MF et al. Prevalencia de asma en adultos en la ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. *AAIC.* 2002; Vol. 33 Supl 1.
 16. Zárate LH. Hipertensión arterial: problema de salud pública no resuelto. *Sociedad Chilena de Hipertensión. Medwavwe.* 2008. Año VIII, Nº 6.
 17. Pramparo P. The epidemiology of hipertensión in South America. *Journal of Human Hypertension.* 2002; 16 (Suppl. 1) S3-S6.
 18. Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab* 2004; 30,335-9.
 19. Salazar M, Carabajal H, Aizpurúa M et al. Epidemiología de la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Cardiovasculares en Argentina. *Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.* 2011. Disponible en: www.saha.org.ar/epidemiologia
 20. Carbajal H, Salazar M, Echeverría R. Epidemiología de la hipertensión arterial. Sección Hipertensión Arterial. Cap. 1: Epidemiología, 2001. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/epidemiologia2.pdf
 21. Copani JM. Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires.* Disponible en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_04/04_06.htm
 22. Rodríguez F, Artalejo J, Banegas J et al. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2004, 57:163-170.
 23. De La Fuente Cid R, Ameijeiras H, Pazo Nuñez M et al. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Proporciones de epidemia. An Med Interna (Madrid)* v24, N10, Madrid, 2007.
 24. Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2007, vol.22, n6: 402-403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007001100007>.
 25. Manrique Leal M, Solano Chinchilla T. Tabaquismo como factor de riesgo del infarto agudo al miocardio. *Acta Médica Costarricense.* 2002, v8, n2: 72-76.
 26. Guerrero Romero J, Rodríguez Morán M, Sandoval Herrera F. Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente en la población rural de Durango, México. *Rev Panam Salud Pública (Washington DC).* 1997; v2 n6.
 27. Merino Solís C, Aguirre Caveña M, Godorreci S et al. Prevalencia de diabetes mellitus en Chile. *Rev de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.* Disponible en: www.revistaalad.com.ar
 28. Brenta G. Hipotiroidismo y el sistema cardiovascular. *Rev Fed Arg Cardiol* 2006; 35: 164-175.
 29. Evaluación y tratamiento de las disfunciones tiroideas. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.* Disponible en http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema18/apll6.htm
 30. Montes Teves P, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Cambios en la epidemiología de la Úlcera Péptica y su relación con la infección con *Helicobacter Pylori*. *Hospital Daniel Carrión* 2000-2005. *Rev. gastroenterol. Perú,* oct./dic. 2007, vol.27, no.4, p.382-388.
 31. Calvo Romero JM, Lima Rodríguez EM. Tratamiento de úlcera péptica (Madrid). 2002; *Medifam* v12 n5: 1-2.
 32. Martínez Burnes J, Vazquez Nava F. Prevalencia y factores asociados a la urticaria crónica. Análisis de la rinitis alérgica y los síntomas relacionados con el asma como factores asociados a la urticaria crónica en un área del noroeste de México. Disponible en: www.invenia.es/dialnet.unrioja.es
 33. Ferrer M, Gaig P, Muñoz D. Estudio sobre la prevalencia de urticaria crónica en España. *Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. Alergol Inmunol Clin* 2002; 17:49-50.
 34. Fonacier L et al. Enfermedades alérgicas de la piel. *JACI.* 2010; 125:S138-49.
 35. Cáceres H, Rueda M. *Dermatología Peruana. Alergol e Inmunol.* 1999; v9, n2:16-24.
 36. Champagne BM, Sevrié EM, Schargadrosky H. et al. Tobacco smoking in seven Latin American cities: the CARMELA study. *Tobacco Control* 2010; 19:457-462.
 37. Schargrodsky H, Hernández R, Champagne B et al. CARMELA: assesment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Clinical Research Study. The American Journal of Medicine;* 2008, v121, n1: 60-61.
 38. Bautista LE, Casas JP, Herrera VM et al. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). *Obes Rev* 2009. 10(3): 364-370.
 39. Plan Federal de Salud 2010-2016. Ministerio de Salud de la Nación.
 40. Boero S, Bucca J, Cragno A, Damiani L, Deblauwe W, García Dieguez M, Pietracatella A, Sardiña M. El Chequeo: un método útil de evaluación poblacional. *Revista de la AMBB.* 1996, 2: 39-44.
 41. Kroeger A, Zurita A, Perez-Samaniego C, Berg H (1988). *Illness*

perception and use of health services in north-east Argentina.
Health Policy and Planning 3: 141-151.