



PromoSan-CRSP București

ZIUA NAȚIONALĂ A INIMII - 4 mai 2015

Obezitatea la femei în România 2015: status, efecte BCV și remedii stil de viață

2. Analiza de situație

R. Negoescu, C. Bălan, D. Nițulescu, M. Bănățeanu

Sumar

- 1. Preambul*
- 2. BCV în lume, ultimele date*
- 3. Obezitatea în lumina Global Status Report (GSR) on NCDs, 2014*
- 4. Europa*
- 5. România*
- 6. Concluzii*
- 7. Bibliografie*

1. Preambul

La mijlocul anilor '90 România ocupa al 3-lea cel mai rău loc în Europa la capitolul mortalității standardizate prin boli cardiovasculare (BCV) – de departe cea mai importantă cauză de deces la noi prin boli netransmisibile (BNT). În consecință, Sesiunea specială a Academiei de Științe Medicale privind Riscul Cardiovascular - mai 1996 a introdus Ziua Națională a Inimii (ZNI), celebrată din 1997 la fiecare 4 mai.

Derulată sub sloganul “*Mișcare suficientă + alimentație îngrijită + stres controlat = grație&frumusețe&longevitate verde!*” și având tema “*Obezitatea: inamicul public al inimilor feminine*”, ZNI 2015 are ca scop *Conștientizarea publicului larg, cu precădere a populației feminine, în privința riscului BCV major asociat obezității.*

2. BCV în lume, ultimele date

BCV reprezintă cauza numărul 1 a deceselor la nivel mondial generând anual pierderi de viați mai mult decât orice alt grup de boli. Peste trei sferturi dintre decesele BCV s-au înregistrat în țările cu venituri mici și medii [1].

OMS estimează că aproximativ 17,5 milioane de persoane au decedat în urma BCV în 2012, reprezentând 31% din totalul deceselor. Dintre acestea 7 400 000 au fost cauzate de boala coronariană, iar 6,7 milioane de accidentul vascular cerebral lovind cu precădere femeile la vârste înaintate.

Majoritatea subspeciilor BCV pot fi prevenite prin „tratarea” folosind strategii de tip populațional (ecologice) a factorilor de risc stil de viață precum consumul de tutun, alimentația nesănătoasă și obezitatea, sedentarismul și abuzul de alcool.

Persoanele care totalizează un risc cardiovascular ridicat (în prezența mai multor factori de risc, precum hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, hiperlipidemie) trebuie depistate și „tratate” folosind consilierea/educația stil de viață și după caz medicația specifică.

3. Obezitatea feminină în lumina *Global Status Report (GSR) on NCDs, 2014*

Actualmente obezitatea tinde să crească în toate țările. Prevalența obezității la nivel mondial era aproape dublă în 2014 față de 1980 [2].

Pe glob 500 milioane de adulți sunt clasificați ca obezi. În toate regiunile OMS, femeile sunt mai expuse la obezitate decât bărbații.

Femeile au fost principalele contribuitoare la dublarea prevalenței obezității globale în ultimele trei decade: conform datelor publicate în 2014, în anii recentți 39% din adulții ≥ 18 ani (38% din bărbați și 40% dintre femei) erau supraponderali, iar 11% din bărbați și 15% din femei sufereau de obezitate.

În Regiunile OMS Europa, Est-Mediterană și Americi peste 50% din femei sunt supraponderale, iar aproximativ jumătate din femeile supraponderale sunt obeze. În Regiunile OMS Africa, Asia de Sud-Est și Est-Mediterană, femeile obeze prezintă prevalențe aproape duble față de bărbați [2].

Pe mapamondul prevalențelor standardizate ale obezității la femei ≥ 18 ani disponibile în 2014, America de Nord, majoritatea țărilor Americii Latine, Rusia, Polonia, Africa de Nord și Sud, Orientul Mijlociu, Australia și Noua Zeelandă înregistrau cifrele cele mai ridicate ($\geq 25\%$), în timp ce Afganistan, Burma, Cambodgia și Nepal prezentau cele mai scăzute valori ($< 5\%$). România se afla în grupul țărilor cu prevalența relativ ridicată (15% – 24,9%) [2].

4. Europa

În 2000 România se poziționa pe locul 4 cel mai favorabil, cu prevalența de 7,7%, pe scara obezității la bărbați (≥ 15 ani), cu Kirghistan aflat la minimum (circa 7%) și Grecia la maximum (circa 28%). Prevalența supraponderiei la bărbații români era de 38,1% [3].

La femei în 2000 România se poziționa pe locul 5 cel mai favorabil, cu prevalența de 9,5%, pe scara obezității cu Uzbekistan la minimum (7%) și Turcia la maximum (circa 28%). Prevalența supraponderiei la românce era de 28,6% [3].

Să notăm că la nivelul anilor 2000 supraponderea dezavantaja bărbații cu circa 10% peste femei, iar obezitatea defavoriza femeile, cu circa 2% peste bărbați.

Față de grupul UE -25 din 2005 România se plasa iarăși către începutul treimii superioare (capătul favorabil) cu 11,3 obezi (față de 8,6 % în 2000) între cei 35,4% supraponderali. Capetele de scară erau Grecia cu 48% supraponderali dintre care 15% obezi – la maximum și Italia cu 33% supraponderali dintre care 5% obezi – la minimum [4].

Până în 2009 România progresa în contextul UE către prevalența minimă (7,9%) pe o scală cu maxim 23% - Malta [5]. Față de 2005 România înregistra ameliorarea obezității: de la 11,3 la 7,9%.

Deși nu deținem date recente sparte pe genuri pentru România, Profilul OMS de țară din 2008 confirmă menținerea primatului supraponderiei la bărbați și al obezității la femei de-a lungul primei decade 2000 [6]. De notat că toate procentele din Profilul amintit sunt semnificativ mai mari față de cele indicate mai sus, sugerând serioase deosebiri metodologice; astfel supraponderea bărbaților era cotaată la 53,1% față de femei- 49,1%, în timp ce obezitatea la bărbați înregistra 16,9% față de femei - 21,2%.

Potrivit unui raport recent Euro-OMS privind supraponderarea/obezitatea la copii/adolescenți, excesul de greutate a ajuns atât de familiar încât riscă să devină o nouă normalitate în Europa. De exemplu circa 27% din copiii de 13 ani și 33 % cu vârstă de 11 ani erau supraponderali în 2009-2010 [7].

Conform profilurilor celor 53 țări membre Euro-OMS în privința nutriției, obezității și sedentarismului, făcute publice la conferința de inaugurare a președenției grecești a UE în ianuarie 2014, prevalența supraponderalității la copiii europeni de 13 ani se cifra undeva între Grecia (33%), Portugalia (32%), Irlanda (30%), Spania (30%) - pe de o parte și Olanda (13%) și Elveția (11%) - pe de alta [7].

În absența datelor recente diferențiate pe genuri, faptul că proporția celor activi fizic cu vârsta de 11 ani varia de la 11% - fete și 25% - băieți în Franța la 51% - fete și 61% - băieți în Irlanda fac rezonabilă presupunerea că prevalența supraponderii/obezității la fete este superioară băieților în Europa [8].

Raportul Maceli publicat în ianuarie 2015 oferă date interesante privind beneficiile în funcție de gen ale corectării stilului de viață. Astfel, date din 2005-2012 colectate în 15 țări UE (predominant vestice) indicau, în privința percepției "Sănătate satisfăcătoare", că prin renunțarea la tutun femeile beneficiază ceva mai puțin decât bărbații (chestionarul nu sondează intensitatea fumatului!), dar câștigă considerabil mai mult corectând supraponderarea și obezitatea [4].

5. România

Studiul Omnibus-Ponderas (O-P), comandat de Spitalul privat Ponderas, a fost realizat în martie 2013 de GfK România, prin interviuri pe un eșantion reprezentativ de 1.608 persoane, bărbați și femei, cu vârsta peste 15 ani, cu marja de eroare $\pm 2.4\%$ [9].

Principalele rezultate sunt:

- 56% dintre bărbați erau supraponderali, față de 48% femei.
- 18% dintre tinerii cu vârste între 15-24 de ani erau supraponderali.
- Cohorta 45-64 ani prezenta prevalența maximă a obezității (25,2%).
- Peste 70% dintre persoanele care înregistrau exces ponderal, nu ținuseră niciodată regim alimentar. Dintre cei ce au ținut, 40% s-au declarat nemulțumiți de rezultate.

Detaliat, peste jumătate dintre români erau supraponderali (53%), între care 14% obezi grad I (IMC = 30 - 34,99), 3% grad II (IMC = 35 - 39,99), iar 1% grad III/ obezitate morbidă (IMC > 40).

În distribuția teritorială a obezității, județele "campioane" erau Arad, Caraș-Severin, Mehedinți, Cluj, Suceava cu prevalențe 1472,5 -5584,8/100 000, în timp ce Timiș, Gorj, Prahova, Vrancea sau Galați se înregistrau prevalențele cele mai scăzute (86,7-640,6 pcm). Cu o rezoluție mai brută, studiul O-P indica Ardealul ca fiind cel mai afectat (Ardeal + Banat: 21% obezi), apoi Oltenia (17,2%) [10].

*

Între 2008-2011 în România a avut loc o schimbare de situație în defavoarea femeilor în privința mortalității totale BCV; predominantă cunoscută a mortalității BCV la bărbați în 2008 (Profilul OMS de țară 2008 [6] indica ratele standardizate la 100 000 astfel: 476,9 – M fata de 322,5 – F) a fost supra-compensată de mortalitatea femeilor la vârste înaintate din care a rezultat mortalitatea BCV la toate vârstele superioară la femei, în proporțiile de 67,7% - F față de 53,6% - M [11].

Ce a provocat răsturnarea de situație în defavoarea româncelor între 2008 și 2011?

Între anii 2005-07 și 2011 speranța de viață la naștere a femeilor din România a câștigat 1,8 ani (de la 76,2 la circa 78 ani), față de numai 0,8 ani pentru bărbați (69,2 la circa 70) (cf. Negoescu 2014 [12]). Avantajul femeilor de 8 ani în plus la speranța de viață este plătit prin creșterea ratei deceselor BCV, în special prin subcauza AVC.

La aceasta se adaugă efectul la distanță al riscului suplimentar ce decurge din inactivitate fizică/colesterol seric total și obezitate, evaluate la cote crescute față de bărbați în 2008. În privința HTA și a supraponderii, femeile se găseau la cote relativ înalte de risc în euro-context, sub dar nu departe de cele ale bărbaților; astfel Profilul OMS de țară 2008 înregistra: sedentarism 49,9% - F față de 31,2% - M; colesterol ridicat 47,9% - F față de 46,2% - M; obezitate 21,2% - F față de 16,9% - M, dar HTA 49,5% - M față de 48,8% - F și înșfârșit supraponderalitate 53,1% - M față 49,9% - F [6].

Alimentația nesănătoasă, colesterolul ridicat și obezitatea sunt premise recunoscute ale bolii coronariene. Adăugate acestor factori de risc, HTA și stresul psiho-social cronic conduc la mortalitate excedentară prin AVC. Astfel, împreună cu efectul vârstei mai înaintate, AVC-ul ajunge responsabil de felia cea mai mare din mortalitatea BCV la femeile de 75+ ani, înregistrând în 2011 un număr de decese de cel puțin 4 ori mai mare decât la cohorta 65-74 ani. (cf. Negoescu 2014 [12]).

6. Concluzii

În ultimele trei decade prevalența obezității pe glob s-a dublat, femeile fiind principalele contribuitoare.

În Regiunea Euro-OMS, peste 50% din femei sunt supraponderale, jumătate dintre acestea fiind obeze, depășind net bărbații (date publicate în 2014). Dovezi indirecte sugerează același lucru pentru fete față de băieți.

Femeile europene apar mai sensibile decât bărbații în colectarea beneficiilor pentru sănătate de pe urma corectării supraponderii/obezității.

În România de după 2000, pe fondul unei situații favorabile în euro-context, se menține situația: bărbații mai supraponderali cu circa 10%, femeile mai obeze cu câteva procente.

Între 2008 și 2011 în România a avut loc o răsturnare de situație în defavoarea femeilor în privința mortalității totale BCV, ce poate fi atribuită coroborării consecințelor de morbiditate însoțind avantajul de 8 ani la speranța de viață, cu statisticile mai proaste privind obezitatea, sedentarismul și colesterolul.

Menținerea presiunii preveniștilor pe corectarea obezității și supraponderii la femei- prin încurajarea statornică a mișcării pentru sănătate poate contracara deplasarea defavorabilă românelor în mortalitatea BCV a ultimilor ani.

7. Bibliografie

- [1]. *** Fact sheet N°317. Updated January 2015 WHO Media Centre: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- [2]. Sursa: Global Status Report on noncommunicable diseases 2014: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- [3]. *** European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition: <http://www.escardio.org/about/documents/eu-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf>
- [4]. Comparative efficiency of health systems, corrected for selected life style factors. Final Report MACELI. EU 2015/: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf
- [5]. *** România. Profilul stării de sănătate pe baza indicatorilor ECHI. INSP-CNEPSS: http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/11/SINTEZA_ECHI_2012-2.pdf
- [6]. *** Noncommunicable diseases country profiles, 2011: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
- [7]. *** New WHO analysis shows alarming rates of overweight children: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/243400/New-WHO-analysis-shows-alarming-rates-of-overweight-children.pdf.

- [8]. Site-ul oficial Euro-OMS: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/10-key-facts-on-physical-activity-in-the-who-european-region>
- [9]. *** Studiul Omnibus-Ponderas – iunie 2013
<http://www.ponderas.ro/studiu-ponderas-romanii-poarta-cu-ei-200-000-de-tone-de-exces-ponderal/>
- [10]. *** Monitorizarea Inegalităților în Starea de Sănătate a Populației României în Anul 2013. INSP-CRSP Sibiu:
<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/11/INEGALITATI-2014.pdf>
- [11]. Site-ul CNSISP-INSP: http://www.ccss.ro/public_html/sites/default/files/Cauzele%20de%20deces%20in%20Romania%202011.pdf
- [12]. Negoescu R. Sănătatea inimii este de genul feminin: mit și realitate. Politici de sănătate, nr. 1, 2014, pp 40-41.