



PromoSan-CRSP București



ZIUA NAȚIONALĂ A INIMII - 4 mai 2018

2. Analiza de situație

România 2016: îmbunătățire mică încurajând combaterea factorilor de risc BCV

Sumar:

- 1. Preambul*
- 2. Sănătatea în decada 2006-16 urmărește dinamica DALYs atribuiți BCV*
- 3. BCV în Euro-OMS și UE 2015: morbiditate, mortalitate, impact DALYs*
- 4. Comparații intra-UE 2014 pe date standardizate*
- 5. Factori de risc BCV în Europa*
- 6. România 2016: morbiditate & mortalitate BCV*
- 7. România ultimei decade: profilul factorilor de risc BCV la adulți*
- 8. Concluzii*
- 9. Bibliografie*

1. Preambul

Ziua Națională a Inimii (ZNI) din 4 mai a fost introdusă din 2011 în calendarul campaniilor IEC pentru celebrarea unor zile/mondiale/europene/naționale ale sănătății deoarece problematica BCV influențează major sănătatea publică în România.

ZNI 2018 abordează sănătatea noastră cardiovasculară la nivelul anului 2016 – cel mai recent pentru care sunt disponibile date. Astfel tema “*Starea inimii în România 2016: morbi-mortalitatea și factorii de risc în eurocontext*” prilejuiește o analiză ale cărei concluzii sunt concentrate în sloganul “*Inimă mai sănătoasă prin reducerea factorilor de risc*”. Scopul campaniei decurge logic ca fiind conștientizarea indivizilor, comunităților și decidenților politici în privința eforturilor și resurselor necesare pentru combaterea factorilor de risc (FR) pentru BCV.

Analiza se sprijină pe date brute 2016, dar și pe statistici internaționale mai elaborate din anii premergători.

2. Sănătatea în decada 2006-16 urmărește dinamica DALYs atribuiți BCV

În decada 2006-2016, sănătatea a înregistrat la nivel global evoluții pozitive, compatibile cu dinamica DALYs atribuiți BCV.

Datele standardizate per 100 000 locuitori arătau că în 2006, DALYs înregistrați global ajungeau la 6046, în timp ce în 2016 atingeau cota 5178, însemnând mai puțin cu circa 14%.

În Europa de Vest, descriptorii demografici ai sănătății prezentau în aceeași decadă evoluții pozitive în privința *LEB* (*life expectancy at birth*) și a *HALE* (*health adjusted life expectancy*). Astfel, în termeni *LEB/HALE* vestul Europei ajungea în 2016 la valori de 84,1/72,3 pentru femei și 79,2/69,7 pentru bărbați, România urmând această dinamică crescătoare cu decalaje de 5-6 ani la femei (78,9/68,3) și 7-8 ani la bărbați (71,7/62,8) [1].

În privința principalelor BCV (cf. DALY's) în țările cu index socio-demografic mediu-înalt (clasa României), evoluția procentuală medie a DALYs (date standardizate) din 2016 față de 2006 se prezenta astfel:

1. Boli ischemice ale inimii - 26,0
2. Boli cerebrovasculare - 30,0

Însfârșit, în privința ierarhizării bolilor după impactul DALYs în 2016, ordinea românească era: bolile ischemice ale inimii (IHD), bolile cerebrovasculare și bolile de spate & gât, în timp ce Europa de Vest prezenta ierarhia: bolile de spate & gât, IHD și Alzheimer [1].

*

Ultimele date disponibile - publicate în august 2017 - arătau că în UE totalul BCV ocupa primul loc în mortalitatea proporțională la bărbați (în ordinea pe subcauze: IHD, alte BCV și atacul cerebral), urmat de cancer și bolile respiratorii. La femei ierarhia mortalității proporțională era aceeași, cu totalul BCV pe prima poziție, urmat de cancer și bolile respiratorii.

În Euro-OMS, cf. aceleași surse, proporția DALYs la bărbați pe cauze arăta că totalul BCV genera DALYs cei mai numeroși, urmat de cancer și afecțiunile musculo-scheletale, situație similară în cazul femeilor unde totalul BCV și cancerul ocupau primele poziții însumând același procent DALYs, urmate de afecțiunile musculo-scheletale apoi de tulburările mintale & cele induse de consumul de substanțe psihoactive [2].

3. BCV în Euro-OMS și UE 2015: morbiditate, mortalitate, impact DALYs

În 2015, au existat 11,3 milioane cazuri noi de BCV în Euro-OMS și 6,1 milioane de cazuri noi în UE; tendințele în dinamica (sub)regională rămâne dificil de apreciat din cauza diferențelor între populații ca număr, structură de vârstă sau eficiență a monitorizării BCV.

În 2015, trăiau cu BCV peste 85 milioane de persoane în Euro-OMS și circa 49 milioane în UE (creștere față de 1990 în valori absolute), cele mai frecvente fiind bolile vasculare periferice și bolile cardiace ischemice. Totuși prevalența standardizată BCV arăta o descreștere ușoară între 1990-2015 în Euro-OMS/UE, cu 9/12% și 5/9% la bărbați respectiv la femei [2].

Bolile cardiovasculare au cauzat circa 3,9 milioane decese în Euro-OMS (45% din totalul deceselor) și circa 1,8 milioane în UE (37% din total). Mortalitățile IHD și prin accident vascular cerebral sunt în general mai mari în Europa Centrală și de Est decât în Europa de Nord, Sud și Vest [2].

În UE-28, proporția deceselor cauzate de BCV la femei a fost în medie de 40,0% față de 34,1% în rândul bărbaților. Cele mai mari diferențe între genuri au fost înregistrate în Statele Baltice și Slovenia, unde proporția deceselor la femei a fost cu 15-18% mai mare decât la bărbați; dezechilibrul de gen a fost, de asemenea, relativ mare în România, Croația, Polonia și Ungaria. În doar două state UE proporția deceselor cauzate de BCV a fost mai mare în rândul bărbaților decât la femei: Marea Britanie - cu 2% și în Danemarca - cu 0,5 % [3].

Deși în ultimul deceniu BCV au prezentat scăderi atât în Euro-OMS cât și în UE, boala este încă responsabilă pentru circa 64 milioane DALYs (23% din totalul DALYs), respectiv 26 milioane DALYs (19% din total). DALYs atribuiți BCV au fost, în general, mai numeroși în Europa Centrală și de Est decât în Europa de Nord, Sud și Vest.

În Euro-OMS, dintre factorii comportamentali de risc, alimentația nesănătoasă apare a contribui cel mai mult la mortalitatea prin BCV și la DALYs cauzati de BCV, în timp ce tensiunea arterială sistolică ridicată primează între factorii biologici de risc [2].

4. Comparații intra-UE 2014 pe date standardizate

În 2014, mortalitatea BCV standardizată în UE-28 a fost în medie de 374 decese la 100 000 locuitori, ambele genuri incluse.

Cele mai ridicate mortalități BCV standardizate au fost înregistrate în Bulgaria, România, Letonia, Lituania și Croația, în timp ce Franța, Luxemburg, Austria și Spania au avut cele mai scăzute rate. Mortalități scăzute au fost înregistrate, de asemenea, în Liechtenstein, Norvegia și Elveția, în timp ce în Cipru și Belgia s-au înregistrat rate foarte scăzute pentru bărbați, respectiv femei [3].

Au existat variații mari ale mortalității standardizate BCV, de exemplu valori de circa 8 ori mai ridicate în Bulgaria (atât la bărbați cât și la femei) față de cele din Franța (unde au fost înregistrate cele mai scăzute mortalități). Din păcate, România urmează imediat după Bulgaria pe scara gravității.

Pe genuri, mortalitățile BCV standardizate au fost sistematic (în toate statele UE) mai ridicate pentru bărbați decât pentru femei, în medie de circa 1,4 ori mai mare la bărbați decât la femei.

*

Cele mai ridicate mortalități IHD standardizate au fost înregistrate în Lituania cu 747/100000 loc pentru bărbați și 463/100 000 loc pentru femei, urmată de către Republica Cehă, Estonia, Croația, Letonia, Ungaria, România și Slovacia. La polul opus, Franța a înregistrat cea mai scăzută mortalitate IHD standardizată, urmată în clasa favorizată de Danemarca, Spania, Portugalia, Olanda și Luxemburg. Pe genuri, și în privința IHD bărbații sunt defavorizați față de femei, raportul ratelor fiind 1,8.

Decesele cauzate de BCV devin mai numeroase la vârstele avansate. Într-adevăr, mortalitatea BCV standardizată pentru cei cu vârsta de 65 ani sau peste era de 38 de ori mai mare decât mortalitatea pentru persoanele sub acest prag. Statisticile consemnează că riscul de deces prin BCV la femei era relativ scăzut înainte de vârsta de 65 de ani, majoritatea deceselor la femei fiind înregistrate după această vârstă. Aceste observații, împreună cu LEB-ul mai ridicat la femei față de bărbați, explică de ce standardizarea cu vârsta inversează raportul mortalităților între genuri față de datele brute (neajustate pentru vârstă) [3].

*

Pe harta regiunii Euro-OMS, în termenii datelor publicate în august 2017, prevalența BCV standardizată cu vârsta la bărbați arăta că statele ex-sovietice Polonia, Cehia și Bulgaria erau clasate cel mai rău cu peste 8674 cazuri/100 000 locuitori, în timp ce Germania, Italia și Portugalia înregistrau minime sub 5781/100 000 locuitori. *România se plasa în clasa 7999-8673/100 000 locuitori.*

În privința femeilor, Polonia, Cehia, Bulgaria și Turcia sunt printre statele cu prevalența cea mai ridicată - peste 6616, în timp ce Țările Scandinave și Germania înregistrau cele mai mici valori - sub 3941. *România se afla în clasa 4832-6317/100 000 locuitori* [2].

Mortalitatea prin boli ischemice ale inimii la bărbați arăta că în Regiunea Euro-OMS statele ex-sovietice (CIS) erau clasate cel mai defavorabil cu peste 500 decese/100 000 locuitori, în timp ce Franța și Spania înregistrau minime sub 135/100 000 locuitori. *România se plasa în clasa 187-250 decese/100 000 locuitori.*

Situația era similară la femei, unde tot statele CIS înregistrau valorile cele mai defavorabile plasându-se în clasa maximală cu peste 323 decese/100 000 locuitori, în timp ce Franța, Spania și Portugalia prezentau valori minime sub 68/100 000. *România se găsea în clasa 152-323 decese/100 000 locuitori* [2].

5. Factori de risc BCV în Europa

Așa cum am semnalat deja, cf. datelor cele mai noi (2015) din Euro-OMS și UE [2], dintre **factorii comportamentali de risc**, **alegerile alimentare greșite** au contribuit cel mai mult la mortalitatea prin BCV pentru ambele genuri. Contribuția medie cea mai mare s-a înregistrat în sub-regiunea Asia

Centrală (67% la bărbați, 61% la femei), iar cea mai mică în Europa de Vest (47% la bărbați, 38% la femei).

În ultimele decade, **consumul de fructe** a crescut atât în Euro-OMS cât și în UE, în timp ce **consumul de legume** a crescut ușor la nivelul regiunii, dar a rămas relativ stabil în UE.

În aceeași perioadă **consumul de grăsimi** (echivalent energetic) în Euro-OMS a crescut, determinat în principal de tendințele din Europa de Est. În UE, consumul de grăsimi a rămas relativ stabil.

Prevalența fumatului a scăzut în general, deși rămâne încă ridicată în rândul femeilor. În țări din nordul și vestul Euro-OMS, femeile fumau la fel de mult ca bărbații, iar fetele mai frecvent decât băieții. Prevalența fumatului la bărbați era mai mică în UE decât în restul Euro-OMS, dar mai mare în rândul femeilor.

Un procent redus de adulți respectau nivelurile recomandate pentru **activitatea fizică**, sedentarismul fiind mai frecvent la femei decât la bărbați.

În ultimii 30 de ani, nivelul mediu al **consumului de alcool** a scăzut treptat, atât în Euro-OMS cât și în UE. Consumul de alcool a contribuit cel mai puțin la decesele provocate de BCV în toate sub-regiunile, pentru ambele genuri, cu indicii ale unui efect protector la nivele mici de consum, în unele țări.

*

Dintre cei patru **factori biologici de risc**, **tensiunea arterială sistolică crescută** a avut cea mai mare contribuție la mortalitatea prin BCV pentru ambele genuri, atât în Euro-OMS cât și în UE. Dimensiunea absolută a contribuției a fost mai scăzută în Europa de Vest (51% la bărbați, 50% la femei) și mai ridicată în Europa Centrală (62% la bărbați, 60% la femei).

În același interval, nivelul standardizat al **colesterolului total** în sânge a scăzut în majoritatea țărilor europene.

Atât în Euro-OMS cât și în UE, prevalența **obezității** rămâne încă ridicată, atât la adulți cât și la copii.

Prevalența **diabetului zaharat** în Euro-OMS este ridicată în urma creșterii rapide din ultima decadă (cu peste 50% în multe țări).

Nivelurile ridicate de colesterol total au avut o contribuție medie de aproximativ 20-30% la ambele sexe, în timp ce indicele ridicat IMC și nivelul de glucoză ridicată din sânge au avut cele mai mici contribuții dintre factorii biologici de risc, fiecare responsabil pentru aproximativ 20% din mortalitate [2].

*

Comparând UE cu Euro-OMS în ansamblul, clasamentele relative ale contribuției factorilor de risc la mortalitatea prin BCV au fost similare, deși dimensiunea absolută a majorității contribuțiilor factorilor de risc a fost ceva mai scăzută în UE (excepțiile au fost fumatul la femei și activitatea fizică în ambele sexe).

Se estimează că, per total BCV costau **economia** UE 210 miliarde EUR în 2015. În UE, din costul total al BCV, aproximativ 111 miliarde EUR (53%) reprezentau cheltuielile de îngrijire a sănătății, 54 miliarde EUR (26%) pierderile de productivitate, iar 45 miliarde EUR (21%) alte cheltuieli legate de asistarea pacienților BCV [2].

6. România 2016: morbiditate & mortalitate BCV

Comparativ cu 2014-2015, în România 2016 s-a înregistrat o scădere a procentului de cazuri noi BCV din totalul pacienților BCV în evidențele medicilor de familie cu circa o zecime, în timp ce DALYs cauzati de BCV a înregistrat în 2016 o scădere de circa 1% față de 2015.

Pentru orientare, procentul de cazuri noi BCV s-a ridicat în 2016 la 5,9%, iar DALYs atribuiți BCV în 2016 la 785 549,98.

În privința numărului pacienților externăți cu BCV, total și pe subclase (mii persoane), în 2016 numărul pacienților externăți cu BCV a scăzut cu 3,4%, respectiv 1,4%, față de 2014 respectiv 2015, pe seama altor BCV decât IHD sau boli cerebrovasculare (care prezentau același număr de externări). Pentru orientare, în 2016 externății cu BCV erau în număr de 566 000 persoane, iar cei cu IHD sau cerebrovasculare în număr de 66 000 respectiv de 106 000 [4].

În privința deceselor cauzate de BCV, numărul total al acestora a scăzut în 2016 cu circa 3,5% față de 2015, cu decremente relativ echilibrate între bolile ischemice cardiace, cerebrovasculare și HTA. Pentru fixarea ideilor, aceste numere erau în 2016: 148 489, 49 694, 42 861 și 29 107 pentru total BCV, IHD, cerebrovasculare respectiv HTA [5].

Într-o retrospectivă apropiată privind România 2015, distribuția teritorială a incidenței bolilor ischemice ale inimii înregistra valorile cele mai ridicate în județele: Covasna 3434,2‰ locuitori, Hunedoara 2616,3‰ loc, Alba 2293,6‰ loc, iar cele mai mici în județele: Vaslui 215,6‰ loc, Olt 227,8‰ loc, Constanța 242,7‰ loc, Municipiul București 308,5‰ loc [6].

În privința prevalenței bolilor ischemice ale inimii acestea înregistrau valorile cele mai crescute în județele: Brașov 9157,7 ‰ locuitori, Sibiu 9111,8 ‰ loc, Caraș-Severin 9004,2 ‰ loc, iar cele mai mici în județele: Ilfov 2399 ‰, Olt 2477 ‰, Satu Mare 2922,3 ‰.

În același an distribuția în teritoriu a incidenței bolilor cerebrovasculare înregistra cele mai ridicate valori în județele: Mehedinți 1221,2‰ locuitori și Hunedoara 1202,6‰, iar cele mai mici în județele: Vaslui 118,9‰ locuitori și Vrancea 119,7‰ locuitori. Pentru comparație, Bucureștiul înregistra valori ale incidenței de 174,1‰ locuitori [6].

Însfârșit, prevalența bolilor cerebrovasculare prezenta cele mai crescute valori ale incidenței în județele: Caraș-Severin 2530,5‰ locuitori, Arad 2330,9‰ și Vâlcea 2383‰, iar cele mai mici în județele: Baia Mare 624,6‰ locuitori, Ilfov 859,7‰ locuitori, Olt 800,7 ‰ loc. Bucureștiul înregistra valori ale prevalenței de 2231,6‰ locuitori [6].

7. România ultimei decade: profilul factorilor de risc BCV la adulți

Ultimele date OMS prezentate în 2014 arătau că în România exista, la nivelul anului 2011, un procent de 28% **fumători** în mod curent, pe genuri 38% bărbați și 18% femei. Consumul mediu de **alcool** în echivalent etanol în L/capita se cifra în 2010 la 14,4 per total, din care 22,6 la bărbați și 6,8 la femei; în 2008, **tensiunea arterială crescută** se consemna astfel: bărbați 41,3%; femei 39,6%; total 40,4%, iar **obezitatea** (IMC > 30 kg/m²) era evaluată după cum urmează: bărbați 16,9%; femei 21,2%; total 19,1% [7].

În privința **consumului de fructe sau legume** de sau peste 1 porție/zi România prezenta procente de 25% (locul 2 cel mai rău UE pe o scară cu Franța 21% - minim și Estonia 58% - maxim), respectiv 38% (locul 3 cel mai rău UE pe o scară cu Franța 28% - minim și Belgia 70% - maxim) [6].

Pentru comparație, tabloul factorilor de risc într-o țară, precum Suedia, aflată pe o poziție dintre cele mai favorabile în UE era: fumători în mod curent (2011) – bărbați 25%; femei 24%; total 24%; consumul mediu de alcool echivalent pur L/capita (2010) – bărbați 12,9; femei 5,5; total 9,2; tensiune arterială crescută (2008) – bărbați 34,9%; femei 26,8%; total 30,8%; obezitate (2008) – bărbați 19,9%; femei 17,3%; total 18,6% [7].

Se poate constata că stăm semnificativ mai rău față de nivelul superior UE la capitolele alcool și TA și foarte rău în privința consumului de fructe sau legume.

*

Un studiu INSP a anchetat în 2016 educația pentru prevenirea factorilor de risc stil de viață în prevenția primară.

Recomandările cele mai frecvente au fost reducerea consumului de grăsimi (45% dintre respondenți au declarat că medicul le-a recomandat acest lucru), menținerea greutateii corporale/scăderea acesteia (41%) și intensificarea activității fizice (41%).

Alte recomandări medicale includeau reducerea consumului de sare (39% dintre respondenți), a consumului de zahăr (39%) și consumul a cel puțin 5 porții de fructe și/sau legume (38%).

Factorul de risc cel mai puțin abordat în recomandările preventive era consumul de tutun (numai 23% dintre respondenți au declarat că au fost sfătuiți să renunțe/evite fumatul), în acord cu scăderea prevalenței fumatului la noi în ultimii ani și cu starea sănătății celor implicați [8].

Acoperirea FR pentru BCV cu recomandări stil de viață în prevenția primară apare în acord cu profilul național.

8. Concluzii

În decada 2006-16 sănătatea globală și europeană înregistra evoluții pozitive compatibile cu dinamica DALYs atribuită BCV (- 14,3 % în 2016 vs 2006). În termeni LEB/HALE 2006-16 România urma dinamica crescătoare din Euro-Vest cu decalaje de 5-6 ani la femei și 7-8 ani la bărbați.

În 2015, numărul persoanelor care trăiau cu BCV era în creștere față de 1990 ca valori absolute atât în Euro-OMS cât și UE. Totuși prevalența standardizată BCV arăta o descreștere mică între 1990 și 2015.

În Euro-OMS sau UE, dintre factorii comportamentali de risc, alimentația apare a contribui cel mai mult la mortalitatea prin BCV și la DALYs atribuite BCV, în timp ce tensiunea arterială sistolică ridicată primează între factorii biologici de risc.

În ierarhia Euro-OMS, cf. datelor celor mai noi disponibile, prevalența standardizată a BCV în România se găsea în clasa a 2-a cea mai defavorabilă la bărbați și în clasa mijlocie la femei.

În ierarhia mortalității standardizate prin boala ischemică a inimii situația era inversată între bărbați și femei.

*

În 2016 față de 2014-2015, în România s-a înregistrat o scădere a procentului de cazuri noi BCV din totalul pacienților BCV în evidențele medicilor de familie cu circa o zecime; DALYs atribuite BCV scădeau cu 1% față de 2015.

În 2016 numărul pacienților externați cu BCV a scăzut modic față de 2014 respectiv 2015, pe seama altor BCV decât IHD sau bolile cerebrovasculare.

În profilul teritorial, valorile cele mai mari ale prevalenței IHD în 2015 se înregistrau în județele: Brașov, Sibiu, Caraș-Severin, iar cele mai mici în județele: Ilfov, Olt, Satu Mare; ierarhia prevalenței bolilor cerebrovasculare era Caraș-Severin, Arad și Vâlcea – nivel mare, Baia Mare, Ilfov, Olt, București – nivel mic.

În România 2016 numărul total al deceselor BCV a scăzut modic față de 2015, cu decremente echilibrate între IHD, cerebrovasculare și HTA.

Profilul principalilor factori de risc pentru BCV (fumat, alcool, HTA, obezitate) era defavorabil României pentru alcool și HTA față de nivelul superior UE (date 2008-11), în timp ce consumul nostru de legume/fructe se găsea pe locurile 3/2 cele mai rele din UE (date relativ noi).

În prevenția primară, accentele urmează în general ierarhia națională a gravității FR.

Continuarea efortului IEC pentru combaterea factorilor de risc specifici este obligatorie pentru consolidarea tendințelor pozitive ale morbi-mortalității BCV constatate în 2016 față de 2015.

9. Bibliografie

[1]. *** Global Health Metrics [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)32130-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32130-X.pdf)

[2]. *** European Cardiovascular Disease Statistics, 2017: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>

[3]. Eurostat: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics

- [4]. *** Anuarul statistic al României 2017, publicat 2018:
http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/anuarul_statistic_al_romaniei_carte_ro.pdf
- [5]. *** Anuarul de Statistică Sanitară al României 2016, publicat 2017:
http://www.dsparad.ro/Statistica/Anuar_2016.pdf
- [6]. Cucu A M, Cristea C et al. Raportul Național al Stării de Sănătate a Populației, 2016:
<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/11/SSPR-2016-3.pdf>
- [7]. ***Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014:
http://www.who.int/nmh/countries/rou_en.pdf
- [8]. Cucu A M, Brândușe L A et al. Studiu privind determinanții comportamentali ai stării de sănătate pentru populația adultă din România CompSanRO. INSP-CNEPSS, București 2017:
<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2017/07/COMPSAN2.pdf>