



CRSP Bucuresti-Compartiment PromoSan

ZIUA MONDIALĂ A INIMII – WHD 2011

2. Analiza de situație

Sanatatea inimii incepe in fiecare familie si camin

Sumar

2.1 Mortalitate BCV la nivel mondial si european

2.2 Realizari si obiective prioritare globale privind sanatatea cardiovasculara

2.3 Mortalitate si morbiditate BCV in context national.

2.4 Tratament sau reducerea factorilor de risc BCV?

2.5 WHD 2011 - Risc si sanogeneza la nivelul caminului familial: accent specific pe fumat, alimentatie, activitate fizica

2.6 Grupuri tinta specifice WHD 2011

2.7 Resurse nationale pentru preventia BCV

2.8 Concluzii

2.9 Bibliografie

2.1 Mortalitatea prin boli cardiovasculare (BCV) la nivel mondial si european

Conform WHO Health Report 2004, din totalul de 17,1 milioane decese/an atribuite BCV, circa 14,5 milioane legate de principalele cinci cauze BCV se distribuie pe regiunile OMS conform Tabelului 1 [1].

Regiunea Euro conduce detasat pe total cauze BCV 1-5, urmata la mare distanta de Asia de S-E si Pacificul de Vest; trebuie mentionat insa ca Regiunea Euro OMS contine subcontinentul rus cu o populatie importanta caracterizata de mortalitate BCV printre cele mai inalte din lume. Pe cauze, Euro conduce si in privinta HTA, urmata la o distanta relativ mai mica de Est-Mediterana si Pacificul de Vest. Suprematia Euro in privinta bolilor ischemice este de aceeași altitudine ca in totalul BCV 1-5, cu Asia de S-E pe locul secund. In privinta bolilor cerebrovasculare Euro este secundata de Pacificul de Vest, iar in privinta bolilor inflamatorii de Americi, iarasi la mare distanta. Numai in privinta bolilor reumatice Asia de S-E si Pacificul de Vest conduc detasat in ierarhia Regiunilor OMS.

TABEL 1: Nr. de decese cf.[1] si proportia deceselor/100 000 locuitori – compilata de noi, cauzate de primele cinci BCV la nivelul Regiunilor OMS, 2004; in parenteze populatia Regiunilor OMS in milioane.

Cauza/Regiune	Euro (872,3)	Americi (884,2)	Est-Mediter (529,7)	Africa (755,4)	Asia S-E (1696)	V Pacific (1751)
1. HTA	179000 – 20,5	135000 – 15,2	97000 – 18,3	60000 – 7,94	152000 – 8,96	284000 – 16,2
2. Ischemic	2373000 – 272,0	921000 – 104,0	538000 – 101,5	332000 – 43,9	2039000 – 120,2	993000 – 56,7
3.Cerebrovasc	1447000 – 165,8	452000 – 51,1	227000 – 42,8	359000 – 47,52	1059000 – 62,4	1957000 – 111,7
4. Inflamator	101000 – 11,5	67000 – 7,57	37000 – 6,98	42000 – 5,55	76000 – 4,48	81000 – 4,62
5. Reumatic	30000 – 3,43	10000 – 1,13	24000 – 4,53	20000 – 2,64	133000 – 7,84	110000 – 6,28
Total BCV 1-5	4309000 – 493,9	1585000 – 179,2	923000 – 174,2	813000 – 107,6	3459000 – 203,9	3425000 – 195,6

Inegalitatile in distributia mondiala a BCV sugerate mai sus pot fi ilustrate si astfel [2]:

- peste 80% din decesele la nivel mondial cauzate de BCV survin in țările sarace și in curs de dezvoltare;
- locuitorii acestor tari sunt expusi la multiplii factorii de risc care conduc la BCV si la alte boli netransmisibile și sunt mai puțin protejati prin strategii de preventie decât cei din țările dezvoltate;
- pacientii din țările sarace care suferă de BCV și alte boli netransmisibile au mai puțin acces la servicii eficiente și echitabile de îngrijire a sănătății, inclusiv la servicii de detectare precoce a imbolnavirii; ca rezultat, mulți indivizi din astfel de tari mor mai tineri din cauza BCV, adesea în cei mai productivi ani ai vietii lor;
- persoanele sarace din categoria tarilor sarace sau in curs de dezvoltare sunt cele mai afectate; se poate documenta că BCV și alte boli netransmisibile contribuie la sărăcie: de exemplu, cheltuielile de îngrijire a sănătății pentru o gospodărie cu un membru al familiei afectat de BCV pot reprezenta 30% sau mai mult din cheltuielile anuale ale gospodăriei;
- la nivel macro-economic, BCV reprezinta o povară grea pentru economiile țărilor sarace: BCV si diabetul zaharat reduc PIB cu un procent estimat între 1 și 5%;
- situatia este similara in tarile in curs de dezvoltarea rapida: se estimează, de exemplu, că între 2006 si 2015 China pierde 558 miliarde dolari venit național din cauza BCV si a diabetului.

Inegalitatile persista si in context european. Datele cele mai recente 2007 - 2008 privind mortalitatea standardizata BCV [3] arata estul si vestul separate prin rapoarte de circa 4:1. Astfel, tabloul ceva mai complet din 2007 contrasteaza evident grupul caracterizat de sub 200 decese/100.000 locuitori (Franta - 127,4; Elvetia, Islanda, Norvegia, Olanda, Italia si Regatul Unit) cu cel cu peste 500 (Moldova - 749,33; Belarus; Romania si, foarte probabil, Ucraina si Rusia - 801, 63 respectiv 782,41 in 2006). In 2008 descresterile usoare fata de 2007 in toate tarile unde exista date recente nu schimba cu nimic aceste contraste.

*

In ciuda descresterii practic monotone dinspre recordul european nedorit inregistrat in 1996 (794,43/100.000), in 2008 Romania inca raporta 558,32 decese BCV/100.000, mult peste tari din Europa de vest precum Olanda 145,10; Islanda 174,92; Irlanda 191,95; sau chiar din centru-est precum Austria 212,65 sau Finlanda 223,97.

Extrapoland catre 2008 datele mai complete din 2006, Romania se prezinta ceva mai bine decat Bulgaria si net mai bine decât triunghiul Ucraina - Moldova - Rusia și cam atât; de pe acest loc 4 cel mai rău în Europa, putem privi îngrijorați către vecinii polonezi (372,2 in 2006) sau chiar unguri (428,59 in 2008).

Cum aportul BCV la mortalitatea generala (de toate cauzele) este considerabil la noi (61 % in 2004) si in alte tari, urmeaza ca mortalitatea BCV transmite nivelul si dinamica sa sperantei de viata la nastere (LEB). Intr-adevar in Europa anului 2006 LEB-ul nostru de 72,69 ani depășea numai Rusia (66,67), Ucraina (68,0) și Moldova (68,5); în context centru-est trăim cam tot atât cât bulgarii (72,6 în 2004), dar câțiva ani sub polonezi (75,38), în timp ce vestul, de exemplu Franța (80,49), cochetează de câțiva ani buni cu pragul de 80 ani.

*

WHF a pus si va pune in continuare un accent special pe restrangerea acestor inegalitati, din considerente etice; prin diverse mecanisme, incluzand organizarea WHD, tarile prospere sunt invitate sa contribuie la reducerea decalajelor intre natii si la mai multa sanatate pentru toate inimile Terrei.

2.2 Realizari si obiective prioritare globale privind sanatatea cardiovasculara

Bolile cronice netransmisibile (BNT) - dominate de BCV, cancere si afectiunile respiratorii cronice - sunt considerate raspunzatoare pentru circa 75% dintre decesele inregistrate in tarile dezvoltate si in tarile in curs de dezvoltare (alcatuind lumea I si II).

Raportul WHF 2010 consacrat „Starii inimii” enumera principalele **realizari** inregistrate in combaterea BNT si a BCV in primul deceniu al sec. XXI [4].

1. Recunoasterea de catre ONU a BNT ca o prioritate urgenta de sanatate publica. Aceasta recunoastere va fi reiterata la Reuniunea ONU la nivel inalt privind BNT din septembrie 2011.
2. Instituirea Conventiei cadru OMS privind controlul tutunului (FCTC). In prezent FCTC a fost ratificat de 168 de Parti acoperind peste 86% din populatia lumii.
3. Constientizarea sporita a importantei pentru sanatatea inimii a alimentatiei si activitatii fizice. Strategia globala OMS privind alimentatia si activitatea fizica reprezinta o dezvoltare semnificativa in combaterea stilului de viata ostil sanatatii inimii.
4. Initiativele privind sanatatea si confortul la locul de munca pentru promovarea sanatatii angajatilor. Bolile cronice sunt considerate responsabile pentru o pierdere de productivitate de 2 trilioane USD/an in principal cauzata de absentism; in termenii costurilor de sanatate OMS estimeaza ca bolile cronice absorb global 75% dintre resurse.
5. Sporirea constientizarii publice si a accesului la tratament pentru BCV in tarile in curs de dezvoltare. Efortul trebuie sustinut intruca OMS estimeaza ca pana in 2030 din numarul total de decese prin BCV de 23,6 milioane, 82% e vor produce in tarile sarace si in curs de dezvoltare.
6. Progrese in recunoasterea simptomelor si in tratamentul infarctului miocardic. Ca rezultat al progreselor stintifice si al imbunatatirii preventiei & tratamentului infarctului

- miocardic, in perioada 1999-2008 s-a inregistrat o descrestere relativa cu 24% a incidentei infarctului miocardic si sindroamelor coronariene acute.
7. Cresterea calitatii asistentei medicale in spitale. Un studiu in 443 spitale din SUA participante in 2002 -2007 la un program tintind ameliorarea tratamentului bolilor coronariene a probat ameliorarea semnificativa a starii pacientilor la externare indiferent de clasa socio-economica, scaderea ratelor de respitalizare si reducerea mortalitatii BCV globale.
 8. Terapia cu statine. Inca din 2003 cercetarile au conchis ca statinele pot reduce concentratia colesterolului LDL, reducand riscul evenimentelor cardiace ischemice cu circa 60% si atacului cerebral vascular cu 17%; statinele sunt considerate „aspirina secolului XXI”.
 9. Dezvoltarea capacitatilor de diagnoza corecta si monitorizare privind fibrilatia atriala. Progresele in electrocardiografia conventionala si Holter au imbunatatit sensibil capacitatea de detectie a ritmurilor cardiace neregulate, chiar daca aceste episoade sunt relativ rare.
 10. Progresele in diagnoza si tratarea defectelor cardiace congenitale. Se estimeaza ca 4-10 nascuti vii/1000 prezinta o disfunctie cardiaca, ce este diagnosticata in primul an de viata pentru 40% dintre acestia. Studiile de genetica moleculara au asigurat noi perspective catre baza genetica a mai multor forme de BCV, au marit precizia diagnozelor si au ameliorat tratamentele.

Obiective prioritare globale privind sanatatea inimii sunt de asemenea enumerate.

1. Reuniunea la nivel inalt ONU asupra BNT din septembrie 2011: asigurarea unei Rezolutii finale orientate practic, incluzand evaluare si raportare periodica a progreselor.
2. Implementarea unor politici spsyii publice 100% liber-de-fumat si a unor programe accesibile de renuntare la fumat.
3. Cresterea accesului la medicamente esentiale de calitate pentru tratarea BCV in tarile cu venituri mici si mijlocii.
4. Combaterea inegalitatilor in sanatatea cardiovasculara.
5. Raspandirea initiativelor de securitat si confort la locul de munca.
6. Integrarea preventiei, detectiei precoce si a tratamentului BCV in medicina primara.
7. Sporirea personalului medical activ in sanatatea cardiovasculara.
8. Intensificarea pledoariei globale in favoarea preventiei
9. Intarirea parteneriatelor globale, regionale si nationale in preventia si controlul BCV.
10. Imbunatatirea colectarii de date specifice si a monitorizarii tratamentului BCV.

2.3 Mortalitate si morbiditate BCV in context national

Din 1992, cand curbele natalitatii si mortalitatii s-au intersectat in jurul a 11,5/1000, Romania inregistreaza un spor de populatie negativ cifrat la - 1,6/1000 in 2009 [3]. Recensământul din 2002 a consemnat 1 milion de locuitori mai puțin față de cel din 1992, fenomen care, înainte de emigrația masivă de după 2007, nu poate fi atribuit decât mortalității excesive (11,9/1000 in 2004, + 70 % fata de UE15) care se mentine la 12,1/1000 in 2010 [5] si se reflecta în speranța de viață la naștere (LEB). Contributia majora la mortalitatea generala in Romania este data de BCV.

În termeni absoluți, mortalitatea românească bruta prin BCV crește de la nivelul de circa 600 decese/100.000 locuitori pre-Revoluție la recordul de 785,9 în 1996, apoi descrește lent (738,6 în 1998) către nivelul de 719,8 in 2009, cu cațiva ani întârziere față

de un patern comun țărilor ex-comuniste. Pe componente BCV, decesele prin boli cerebrovasculare cresc marcat după Revoluție către 254,7 în 1996, apoi se stabilizează la acest nivel înalt până în 2006, schițând apoi o anumită scădere către 227,3 în 2009. Mortalitatea prin infarct se dublează între 1989 și 1996 (96,4), apoi se stabilizează pentru a crește lent după 2002 către 97,6 în 2009. Toate cardiopatiile ischemice împreună dau decese care urmează curba infarctelor (259,5 în 1996), cu stabilizare până în 2002 apoi tendința ușoară de scădere către 243,4 în 2009. Față de pre-Revoluție (83,5 în 1989) decesele atribuite direct HTA înregistrează o descreștere în formă de U între 1993 și 2002 (66,2 în 1996) urmată de o reluare a creșterii către 122,1 în 2009 (aceste cifre trebuie însă amendate prin participarea importantă a HTA la decesul prin atac cerebral). Prevalența HTA la noi, de circa 40% (Soc. Rom. Cardiol., 2007), este aproape de media Euro - 44,2 %, dar mult peste cea nord-americană - 27,6% în 2003.

În contextul național 2009, județele Satu-Mare cu 717,4/100 000; Sălaj 681,8; Caraș-Severin 656,4; Olt 654,9; Dolj 653,9; Giurgiu 645,5; Tulcea 626,8 și Maramureș 603,8 erau principalele furnizoare de supra-mortalitate BC, raportând valori peste media națională standardizată de 548,6/100.000

Este interesant de semnalat că în privința speranței de viață, desi județele SM, TL, CS,GR - cu supramortalitate BCV excesivă - au de asemenea LEB-uri dintre cele mai mici, și alte județe mai bine pozitionate BCV trag în jos media națională LEB de 73,33 ani în 2007-2009, pe un fond de dispersie modestă LEB între județe. Aceasta sugerează că, în timp ce în euro-context BCV depunează evident România *in toto* ca LEB, între județe intervin factori de omogenizare care acopera acest efect.

BCV domina desigur și morbiditatea românească; prevalente (dificil de evaluat) din 1997 sunt amintite aici cu titlu ilustrativ într-un tablou unde nu sunt de așteptat schimbări majore: BCV circa 38 %, afecțiuni digestive 16 %, musculo-scheletice 13 % și metabolice 11%. Incidența specifică BCV în 2010 (date raportate de medicii de familie) a fost de 4248/100000 [6], cea mai mare din 1970 încoace, într-o serie cu 3872 în 2009 și 3626,2 în 2008.

2.4. Tratament sau reducerea factorilor de risc BCV ?

Cauzele care fac din BCV inamicul public al speranței de viață în România sunt complexe.

Standardul de viață trebuie cu siguranță menționat: România avea în 2009 un PIB de circa 11.700 USD/locuitor (numai puțin peste media mondială de 10.500), fata de Polonia 19.000 sau Franța 33.700. Pot fi de asemenea îndreptățit evocate infrastructura și, mai recent, depopularea sistemului sanitar după 2007, pe care datele din 2006 (192,06 medici/100.000 locuitori, deja numai cu Albania și probabil Bosnia sub noi, fata de Olanda, Norvegia și Spania cu peste 350) comparate cu cele din 2010 (175,8 medici/100 000) [6] o surprind într-o anumită măsură.

Trebuie menționat însă că la noi, ca și în multe alte țări, sistemul sanitar are de-a face covârșitor cu tratarea și numai în măsură modestă cu prevenția. Este rațiunea profundă care face ca în modelul epidemiologic Dever, acceptat de mulți cercetători, sistemul de sănătate să aibă ponderea de numai 15% ca determinant al stării de sănătate, față de comportamentul (stilul de viață) al populației 40%, biologia umană 25% sau mediul de viață 20%.

Un studiu recent [7], dintre multe cu același mesaj, pe populația mică (300.000) și relativ omogenă a Islandei atribuie scăderea spectaculoasă a incidenței infarctului miocardic între 1969 și 2009 în cohorta 25 - 74 ani, anume de la 550 la 300/100.000 pentru bărbați și de la 200 la 80 pentru femei, următoarelor procese: scăderea intensității factorilor de risc (FR) prezenți în stilul de viață - pondere 72% și progresul în tratament - pondere 26% .

Pentru România, ca și pentru alte țări în curs de dezvoltare, accesul la tratamente și tehnologii medicale costisitoare pentru traterea eficientă a BCV este greu realizabil. Rămâne combaterea factorilor de risc pentru BCV - comuni și altor boli netransmisibile, dintre care cancerul - nici aceasta ușor de realizat în condițiile standardului de viață dat, dar oferind eficiență mai mare la nivel populațional, așa cum demonstrează experiența finlandeză.

Inițiate la începutul anilor '70 pentru a reduce mortalitatea record prin BCV în provincia Karelia de Nord (cam 100.000 locuitori, lucrători forestieri în principal), măsurile educative îndreptate în principal împotriva grăsimilor în alimentație, tensiunii arteriale și fumatului au redus până în 2006 mortalitatea prin boală coronariană cu 85% la cohorta cea mai expusă - bărbați 35-64 ani - iar în întreaga Finlandă, ce a preluat după prima decadă experiența nord-kareliana, cu 80%. Din 1984 Finlanda și-a exportat cunoștințele și generozitatea prin intermediul programului internațional CINDI (Country-wide Integrated Non-communicable Diseases Intervention) sub auspiciile biroului Euro al OMS. FR pentru bolile netransmisibile în ierarhizarea CINDI sunt: fumatul, alimentația nesănătoasă, abuzul de alcool, sedentarismul și stresul psiho-social.

*

Se poate conchide ca, desi prevenția și tratamentul BCV nu pot fi considerate antagonice - ambele fiind importante la nivel populațional sau individual - un echilibru mai just între ele în competiția pentru resursele sistemelor de sănătate poate contribui major la sănătatea cardiovasculară a națiunilor lumii.

2.5 WHD 2011 - Risc și sanogeneză la nivelul caminului familial: accent specific pe fumat, alimentație, activitate fizică și evaluarea preventivă a unui set minimal de parametri cardiovasculari

WHF considera caminul ca locul inițierii unor măsuri cruciale pentru sanogeneză cardiovasculară și propune cu ocazia WHD 2011 patru pași pe care fiecare familie îi poate asuma.

1. Eliminarea fumatului din camin

Este recunoscut ca renunțarea la fumat în propria locuință îmbunătățește semnificativ sănătatea întregii familii. Reducerea fumatului pasiv impus nefumătorilor adulți și minori, eliminarea modelului de comportament nociv oferit minorilor din familie (care îmbracă și aspecte etice), salubritatea locuinței, însfăși datele convingătoare care atestă ca lasarea de fumat este mai lesnicioasă dacă este inițiată în camin de ambii soți - argumentează suficient în acest sens.

În țara noastră, studiile pe esanțioane numeroase au atestat reducerea prevalenței fumatului în populația 15 - 59(60) ani de la 35,1 la 30,0 % între 2003 și 2007, urmare a alinierii progresive a României la legislația specifică UE (incluzând creșterea accizelor), a campaniilor educative și a subprogramelor de renunțare la fumat incluse în programele naționale de sănătate. Reducerea prevalenței totale este datorată descreșterii masive a

fumatului la barbati combinata cu o crestere modica la femei, provenind dinspre cohortele tinere. Cum modelul cultural al familiei romanesti face putin probabil fumatul acasa al unei minore in prezenta unui sef de familie nefumator, urmeaza ca mediul familial ofera o parghie de interventie eficace si pentru descresterea fumatului la tinerele fete, care poate gasi sprijin in afara caminului odata cu extinderea politicilor tip 100 % liber-de-fumat catre locurile de munca sau de recreatie.

2. Alimentatia sanatoasa

Deprinderile alimentare ale populatiilor se schimba anevoios iar imbunatatirea lor necesita timp, educatie si mijloace. Caminul este locul principal in care sunt structurate obiceiurile alimentare, intr-atat incat WHF priveste pregatirea acasa a mesei ce urmeaza a fi servita la locul de munca drept un factor de sanogeneza.

Regulile simple ale alimentatiei bune pentru inima sunt mentionate in Contextul Celebrarii iar unele idei pentru raspandirea lor in populatie se gasesc in Planificarea campaniei WHD 2011.

Aici vom mentiona numai cateva date privind greselile de alimentatie constatate in mediul rural si profilul alimentatiei in mediul semi-urban in care traieste majoritatea romanilor, in intentia de a directiona mai eficient efortul educatorilor de sanatate.

Studii in rural (jud. Calarasi) desfasurate de ISP Bucuresti semnaleaza abaterile principale de alimentatia sanatoasa, considerata de multi drept o baza lacto-vegetariană completata supravegheat cu proteine și grăsimi animale, precum și cu glucide [8]:

- a. Consum excesiv de grăsimi, in special a grăsimilor de origine animală.
- b. Consum excesiv de ouă.
- c. Consum excesiv de băuturi alcoolice.
- d. Consum excesiv de produse cerealiere rafinate.
- e. Consum insuficient de fructe.

Studiul CINDI 2000 pe circa 600 locuitori din Pucioasa (habitat mixt submontan cu circa 16.300 locuitori, jud. Dambovita) a relevat, dincolo de marca regionala (depasiri de norma pentru lactate), o alimentatie cu amprenta saraciei prin zahar si chiar glucide sub norme, dar cu sare in exces la 20% dintre barbati (B). Alcoolul era consumat ocazional de 59,9% B și 56,2% dintre femei (F), iar zilnic de 27,6% B - cifra ce semnaleaza abuzul - și 7,2% F [9].

3. Activitate fizica recreativa

Recomandarea celor minim 30 minute de activitate fizica moderata in cele mai multe zile ale saptamanii de catre Societatea Europeana de Cardologie si societatile aliate, modificata cu folos in campaniile romanesti media catre "zilnic", spune esentialul.

Timpul alocat muncii, odihnei si activitatilor gospodaresti trebuie atent dramuit astfel pentru a castiga aceste 30 minute pentru inima si sanatate.

O analiza mai larga privind miscarea pentru sanatate in habitat mixt urban-rural (Pucioasa) a fost intreprinsa in Analiza de situatie aferenta Zilei Nationale a Inimii 2011, care a purtat aceasta tema. S-a conchis atunci ca in timp ce munca fizica para-profesionala cu motivatie economica (gradina, gospodarie etc) „salveaza” doza recomandata zilnic de efort fizic, activitatea fizica recreativa este mai curand rara si angreneaza un procent inca ingust al tineretului.

In urban, explozia recenta a salilor de fitness, a pistelor pentru biciclete sau chiar jogging, ca si inchirierea ieftina a bicicletelor au marit sensibil doza de efort fizic acumulata zilnic de tineret dar si de adulti. O resursa inca slab exploatata este

disponibilizarea pentru publicul larg a multor terenuri de sport din domeniul public, de cel puțin 3 ori pe săptămână/câte 2 ore pe sedință, reglementată de Programul Național „Miscarea pentru sănătate” instituit de HGR nr 283 din 13 martie 2003 - publicată în MOF nr 182/24.03.2003. Bicicleta ca mijloc frecvent de a ajunge la locul de muncă reprezintă deocamdată un deziderat caruia i se opun calitatea și siguranța precare ale carosabilelor urbane.

4. Cunoașterea parametrilor cardiovasculari în scop preventiv.

Măsurarea tensiunii arteriale, a colesterolului și a nivelului de glucoză în sânge, împreună cu circumferința șoldului și indicele de masă corporală (IMC), adăugate informațiilor de gen, vârstă și statut de (ne)fumător pot preciza cantitativ riscul BCV al fiecăruia (folosind de exemplu diagrama SCORE, adaptată de câțiva ani și pentru populația românească) și pot iniția un plan de acțiune individual pentru menținerea sau îmbunătățirea sănătății cardiovasculare. Acest plan, se subliniază în materialele WHD 2011, ar trebui să fie afișat ca un memento în fiecare cămin.

Campaniile în teren cu ocazia WHD 2011 ar trebui să ofere cât mai larg aceste servicii publicului larg, în special persoanelor cu risc crescut. Aparatura de biochimie “uscată” se găsește în mod obișnuit în dotarea DSP și permite accesul rapid și relativ precis la parametrii specifici. Co-operarea cu un sponsor din zona farmaceutică sau de tehnologie biomedicală ar putea disponibiliza testele necesare pentru a face măsuratoarea gratuită pentru mare parte a celor interesați.

Adoptarea celor patru măsuri de mai sus, poate contribui simțitor la diminuarea factorilor de risc BCV. Totuși, în paralel, este importantă informarea sau instruirea în privința măsurilor de luat în cazul unui atac de cord sau accident vascular cerebral, care pot salva vieți.

*

Prevenția eficientă a BCV necesită abordări integrate și cuprinzătoare.

Abordările integrate se referă la măsuri împotriva factorilor de risc comuni pentru principalele boli netransmisibile precum BCV, cancerul, bolile respiratorii cronice - între care alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică și consumul de tutun.

Abordări cuprinzătoare semnifică o combinație de strategii vintind reducerea riscurilor în toate straturile populației: atât pentru indivizii cu risc BCV foarte înalt (o minoritate) - constituind în general obiectul prevenției clinice, cât și pentru majoritatea caracterizată de nivele moderate de obicei pentru mai mulți factori de risc - subiecți ai prevenției primare din medicina de familie și ai educației pentru sănătate.

Prevenția clinică BCV este condusă în prezent cf. recomandărilor Ghidului european de prevenție BCV în practica clinică, elaborat în 2007 de al 4-lea grup de lucru specific al Societății Europene de Cardiologie și al altor 8 societăți științifice interesate [10]. Ghidul tratează factorii de risc primari și secundari (decurgând dintr-o altă afecțiune deja instalată, precum obezitatea și dezvoltă indicele de risc SCORE lansat cu ocazia versiunii 2003 a Ghidului. HeartSCORE evaluează riscul de BCV fatală în următorii zece ani (gama este 0 - 47 %) luând în considerare: genul, vârsta, statusul fumat, TA sistolică, colesterolul total sau (când este posibil) raportul colesterol total/HDL colesterol; a fost inițial elaborat în 2 versiuni corespunzând populațiilor cu risc BCV scăzut (zona Mediteraneană) sau crescut (alte euro-regiuni).

2.6 Grupuri tinta specifice temei WHD 2011

- Familile: caminul familial este locul ideal unde se pot lua prime si importante măsuri pentru sanatatea cardiovasculara a membrilor sai.
- Asociatiile de locatari: familiile si caminele apropiate ca locatie (bloc, vecinatate apropiata) schimba informatii si influente in privinta stilului de viata benefic (sau daunator !) sanatatii cardiovasculare.
- Micro-comunitatile (strada, cartier): familiile din vecinatatile la distanta mica-medie impart utilitati importante pentru sanatatea cardiovasculara: retele de alimentatie, pieti, parcuri si terenuri de sport, sali de fitness, localuri de distractie, retele de transport si, in sfarsit dar nu pe ultimul loc, lacasuri de cult.
- Adultii tineri (necasatoriti): trebuie ajutati sa mentina si sa consolideze stilul sanatos de viata cultivat in familia originara dupa desprinderea de caminul in care au crescut.
- Tineretul scolar si studentesc: se gaseste la incrucisarea influentelor benefice venind dinspre familiile in care traiesc cu influentele de grup sau de “strada” continuand adesea elemente stil de viata ostile sanatatii.

Cateva strategii de abordare a acestor grupuri sunt sugerate in Planificarea campaniei.

2.7 Resurse nationale 2011 pentru preventia BCV

Cadrul programelor de sanatate pentru anii 2011 si 2012, conform Ord. MS si CNAS din 30.12.2010 [11], contine masuri de prevenire si control BCV in mai multe programe nationale.

- Programul II de monitorizare a mediului de munca si viata: subprogramul II.1 privind protejarea sanatatii publice prin combaterea factorilor de risc din mediul de munca si viata (coordonator INSP); subprogramul II.2 tintind factorii de risc in alimentatie (INSP: CNMRM si CRSP-uri);
- Programul III de hematologie si securitate transfuzionala (Inst Nat Hemat Transf Nicolau);
- Programul IV privind bolile netransmisibile, cu referire la Programul IV.1, programul de boli cardiovasculare (Spit Univ Urgenta Bucuresti) cu subprogramele 1.1 - tratament generic si 1.2 – tratament invaziv al infarctului miocardic acut; Programul national de diabet zaharat IV.4 (Inst Paulescu si INSP);
- Programul national V de evaluare si promovare a sanatii si educatie pentru sanatate, cu subprogramele V.1 - promovarea unui stil de viata sanatos (INSP – CNEPSS) si V.2 – prevenire si combatere a consumului de tutun (Inst Pneumoftiz Nasta).

Conform raportarilor din 10 judete, reteaua DSP de promovarea sanatatii a organizat cu ocazia Zilet Nationale a Inimii din 4 mai 94 activitati IEC si actiuni practice precum: crosuri ale inimii si alte activitati de tipul “Miscare pentru sanatate” adresate tineretului scolar dar si adultilor, seminare in beneficiul pacientilor cronici BCV, masurari preventive ai parametrilor cardiovasculari pentru publicul larg, distribuire de materiale IEC catre grupurile cu risc cardiovascular crescut si publicul larg, interventii media.

Dupa 1 an de existenta, Fundatia Romana a Inimii (FRI) a initiat pe 13 februarie 2011, Ziua Nationala a Preventiei BCV, la 2 ani de la constituirea Forumului National de

Prevenție. Grupul de Lucru Prevenție și Recuperare al Societății Române de Cardiologie (SRC) are întâlniri anuale regulate; în mai 2011 au fost abordate teme actuale de prevenție secundară precum: “Progresia de la HTA la evenimente cerebro-vasculare” sau “Prevenția accidentului vascular cerebral la pacienții cu fibrilație atrială” [12,13].

2.8 Concluzii

Misiunea rețelei de promovare a sănătății se referă la reducerea intensității factorilor de risc BCV inculcați în stilul de viață al populației, prin campanii IEC specifice.

Conform studiilor, stresul psihosocial, fumatul și abuzul de alcool reprezintă principalii factori de risc pentru boli cardiovasculare în România, împotriva cărora trebuie concentrat efortul educativ.

Campania WHD 2011 focalizează pe căminul familial ca motor primordial al sănătății cardiovasculare prin eliminarea fumatului, alimentație sănătoasă și activitate fizică recreativă. Familia poate juca de asemenea un rol protector față de stresul psihosocial și poate oferi resurse împotriva abuzului de alcool.

2.9 Bibliografie

- [1] <http://www.world-heart-federation.org/i-see-whf/global-facts-map>
- [2] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- [3] ***INSP – CNSISP, Anuarul de statistica sanitară pe 2009, București – 2011
- [4] *** State of the Heart. Cardiovascular Disease Report. World Heart Federation, 2010 (on line: http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/WHD2010/FINALStateoftheHeartCVDReport121010.pdf)
- [5] *** INSP – CNSISP, Mișcarea populației 2010.
- [6] *** INSP – CNSISP, Sinteză operativă statistică sanitară 2010.
- [7] Anderson & Ryden, Iceland 1969 - 2009 success story, EUROPREVENT, Stockholm 2009
- [8] Dumitrache S., Albu A. et al. Cercetări privind alimentația populației în zona rurală Gurbanesti – Calarasi. Biblioteca ISPB, 1980.
- [9] Negoescu. R. Introducere în noua sănătate publică, Editura Institutului de Sănătate Publică București, București 2001.
- [10] Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. European Heart Journal (2007) 28, 2375–2414 (on line: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/28/19/2375.full.pdf>)
- [11] *** Ordin comun MS nr 1591 și CNAS nr 1110 din 30/12.2010 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012
- [12] http://www.cardiportal.ro/congrese/index/conferinta_nationala
- [13] <http://www.romanianheart.ro>