



PromoSan-CRSP București

Ziua Mondială a Inimii - WHeartD 2012

2. Analiza de situație

Radu Negoescu, Cristian Bălan, Mirela Bănățeanu, Doina Nițulescu

Sumar:

2.1 Preambul

2.2 Efecte de gen privind factorii de risc, morbiditatea și mortalitatea BCV la nivel global

2.3 Mortalitatea BCV în Europa 2008: efecte de gen și de vârstă

2.4 România: factori de risc, morbiditate și mortalitate BCV la populația feminină

2.5 WHeartD 2012 România: concentrare pe "tratarea" factorilor de risc la femei

2.6 Concluzii

2.7 Bibliografie

2.1 Preambul

Ziua Mondială a Inimii (WHeartD) **2012** se găsește la a XIII-a ediție, fiind din 2011 celebrată la data fixă de 29 septembrie în coordonarea internațională a parteneriatului OMS - Federația Mondială a Inimii (WHF) - singurul organism de vocație mondială angajat în lupta împotriva bolilor cardiace și a accidentelor vasculare cerebrale, aflat la originea primei ediții din anul 2000.

Tema 2012 "*O lume, un cămin și o inimă - începând cu femeile și copiii*" coroborată cu sloganul "*Inima femeii bate pentru fiecare copil, cămin și națiune!*", dezvoltă ideile campaniei 2011 în direcția sănătății cardiovasculare a femeilor și copiilor, adoptând drept model campania *Go Red for Women – Cod roșu pentru femei*, inițiată în 2004 de către American Heart Association (AHA) [1].

Campania *Go Red for Women* a încercat să corecteze opinia curentă conform căreia femeile se găsesc față de bărbați într-o poziție privilegiată în privința bolilor cardiovasculare (BCV) și cheamă femeile să-și asume stiluri de viață favorabile sănătății inimii ca factor de importanță primordială pentru starea de bine personală (incluzând conotațiile estetice), performanța socială și longevitate împlinită. Considerând rolul lor în familie și micro-colectivități, sănătatea mai bună a femeilor reverberază pozitiv asupra copiilor, adolescenților și chiar a bărbaților, prezentând un potențial important de ameliorare a sănătății publice la nivelul întregii societăți [2].

În acest context, scopul WHeartD 2012 se referă la: încurajarea femeilor de a se preocupa mai mult de *sănătatea inimii lor* - strâns legată de cea a copiilor și a familiei, *sporirea atenției personalului medical* în privința BCV în rândul femeilor, însfârșit la acordarea unei *priorități crescute* pentru acest subiect în agendele de sănătate publică.

2.2 Efecte de gen privind factorii de risc, morbiditatea și mortalitatea BCV la nivel global

BCV - cauza a 31% dintre decese pe plan mondial - constituie componenta majoră a grupului bolilor netransmisibile (BNT), responsabile actualmente de 64% din mortalitate. Adunarea generală

ONU a consacrat BNT în 20 - 22 septembrie 2011 o sesiune istorică specială la vârf, evidențiind fapte cheie din care am selectat următoarele (pentru detalii vedeți 1. Contextul celebrării WHeartD 2012) [3]:

- BNT în primul rând BCV, cancerele, bolile respiratorii cronice și diabetul zaharat atrag, pe plan global, mortalități similare între bărbați și femei; mai mult de 25% (9 milioane) dintre decese atribuite BNT sunt premature (înainte de 60 de ani).
- BNT pot fi în mare măsură prevenite acționând împotriva unor factori de risc comuni: consumul de tutun, alimentația nesănătoasă, lipsa de activitate fizică și consumul abuziv de alcool.
- Alimentația nesănătoasă, sedentarismul și fumatul la vârsta adolescenței privesc cu precădere genul feminin.
- În 2010 aproape 43 milioane de copii sub cinci ani erau supraponderali.
- Eliminarea factorilor de risc majori BNT ar putea preveni circa 75% dintre BCV, bolile diabetice de tip 2, precum și 40% din cancer.
- În privința distribuției geografice a BNT la femei, "codul roșu" (mortalitate maximă) privește mare parte din țările fostei URSS, unele țări balcanice și multe țări africane. De remarcat că mortalitatea globală BNT este ceva mai mare în rândul bărbaților [4].

Privind strict BCV, statisticile OMS la nivel global arată următoarele [5]:

- În 2008 femeile erau afectate de 8,6 (49%) din cele circa 17,3 milioane de decese; peste 80% din decese se înregistrau în țări cu venituri mici și medii, aproape în mod egal la bărbați și femei.
- Un număr de 7,3 milioane decese erau cauzate de bolile cardiace (BC), iar 6,2 milioane de accidentul vascular cerebral (AVC); mortalitatea AVC are în spate HTA și colesterolul seric total ridicat care în anumite socio-culturi (de ex. România) sunt frecvente la femei.
- Principalii factorii de risc BCV sunt aceiași, dar cu virulențe diferite, pentru femei și bărbați: lipsa activității fizice, alimentația nesănătoasă, fumatul; stresul psiho-social este prezent la nivele similare pentru femei și bărbați, deși sursele pot fi diferite.

În privința distribuției globale a deceselor pe sub-cauze, distribuțiile sunt echilibrate între bărbați și femei; totuși femeile sunt mai afectate (la diferențe de câteva procente față de bărbați) de bolile cerebro-vasculare și HTA (vedeți Contextul celebrării WHeartD 2012) [4].

În 2008, distribuția globală a mortalității standardizate BCV & diabet, după gen, indica cote înalte pentru ambele genuri în țările fostei URSS și în majoritatea țărilor africane; femeile apar întrucâtva privilegiate în Europa de est, Orientul Mijlociu, Peninsula Arabiacă și America Latină [6].

Însfârșit, mortalitatea BCV prematură (<60 ani) la femei urmărea mai fidel decât la bărbați nivelul venitului național (descreștea monoton cu venitul), sugerând dependența mai accentuată a sănătății cardiovasculare a femeilor de mediul socio-economic [7].

2.3 Mortalitatea BCV în Europa 2008: efecte de gen și de vârstă [4].

BCV au încetat să mai reprezinte principala cauză de mortalitate prematură (<65 ani) la femei, odată cu declinul în privința mortalității prin BCV la ambele genuri și toate grupele de vârstă înregistrat în Vest începând cu anii 70 și în Est începând cu anii 90.

În UE 2008, BCV erau responsabile de 44% din totalul deceselor înregistrate în rândul femeilor (1 milion) și de 36% în rândul bărbaților (900.000). În general, în țările din estul UE, BCV provoacă aproximativ 50% din toate decesele, în timp ce în partea de vest decese BCV se ridică la aproximativ o treime. Acest lucru se reflectă în rata mortalității standardizate, net mai ridicată în Europa de est. În

privința deceselor premature, BCV au cauzat 60.000 victime în rândul femeilor cu vârsta <65 de ani și 160.000 de decese la vârste <65 ani în rândul bărbaților.

Cu referire la principalele sub-cauze BCV:

- *Bolile cardiace* au provocat 360.000 de decese în rândul bărbaților – 15% din mortalitatea totală și a 330.000 de decese în rândul femeilor – 14% din total. Dintre acestea au fost premature (<65ani) 80.000 la bărbați și 20.000 la femei. Între țările UE, mortalitatea prin BC este cea mai mare în țările baltice, Slovacia și Ungaria; tendința istorică care privilegia țările mediteraneene se atenuează în prezent.
- *Accidental vascular cerebral* cauza în UE 2008, moartea a aproape 200.000 persoane, reprezentând 8% din totalul deceselor la bărbați; în rândul femeilor, numărul deceselor era de 270.000, constituind 11% din întreaga mortalitate. AVC răspundea de aproximativ 28.000 de decese premature (<65ani) în rândul bărbaților și 16.000 printre femei. La femei de vârsta înaintată însă, AVC-ul reprezintă principala cauză de deces. Bulgaria și România în est și Portugalia în vest înregistrează cele mai mari rate de mortalitate prin AVC [4].

Însumând aceste efecte, mortalitatea BCV la toate vârstele ceva mai ridicată la femei în UE este cauzată de combinarea mortalității premature mai ridicate la bărbați și a mortalității la vârste avansate net mai ridicate la femei (aici trebuie considerată și speranța de viață la naștere mai ridicată ca la femei).

2.4 România: factori de risc, morbiditate și mortalitate BCV la populația feminină

Studiul CINDI-Pucioasa 2000 este unul dintre puținele care a explorat stilul de viață și factorii de risc BCV subiacenți într-o comunitate românească considerată tipică (Muntenia sub-carpatică), într-o manieră care permite comparația între genuri [8].

S-a încercat extragerea din listele poliției a unui eșantion randomizat, echilibrat în raport cu vârsta; în cele din urmă grupul studiat a cuprins 564 subiecți (272 bărbați-M și 292 femei-F) cu vârsta medie (+/-SD) de 43,8 +/- 14,6 ani (43,7 +/- 15,4 la M și 44 +/- 14,7 la F) - așadar o distribuție de vârstă dominată de populația matură, dintre care 47,5% clinic sănătoși (52,6% M și 42,8% F) și 52,5% pacienți cronici (47,4% M și 52,7% F). Mediile de vârstă sunt apropiate între bărbați și femei și, în măsura în care a contat randomizarea, se observă deja un dezavantaj pentru femei în privința stării de sănătate.

2.4.1 Factori de risc

În privința **fumatului** s-au găsit prevalențele, 48,9% M și 26,7% F.

Alcoolul era consumat zilnic de 27,7% M și 7,2% F, iar ocazional de 59,9% M și 56,2% F; consumul mediu anual de alcool etilic pur/locuitor a fost estimat la 10,6 L pentru M și 1,4 L pentru F.

Activitatea fizică profesională era în medie de 25,9 ore echivalente efort ușor/săptămână (eeus) pentru F și 56,5 ore eeus pentru M, pe o scală cu maxim la 111,25 ore eeus; în timpul liber subiecții M cu activitate fizică neneglijabilă (155) alocă mișcării 301,1 minute eeus iar subiecții F (97) 289,7 minute eeus. Aceste cifre sunt de comparat cu minimum recomandat de 120 minute eeus (pragul peste care activitatea fizică a fost considerată neneglijabilă a fost 60 min. eeus). Global se „mișcău” în timpul liber 44,7% dintre subiecți: 33,2% F și 57% M.

În privința **nutriției** bilanțul glucidic era crescut la bărbați pentru toate grupele de vârstă. Bilanțul lipidic global era iarăși crescut la bărbați, dar diferența bărbați-femei era notabil redusă prin compensarea între preferința dominantă a F pentru grăsimile vegetale față de aceea pentru grăsimile animale observate la M. Doza zilnică de zahăr (dizolvat) era de 37,4 g pentru M și 35,2 g pentru F,

situație mai degrabă favorabilă (jumătate din baremurile maximale sugerate de studiile ISPB). Sarea în exces apare la 20,6% M și la 9,1% F.

Prevalența **stresului psiho-social** a fost 50,9% stres major și 22,2% stres minor în privința F, fata de 54,3% stres major și 19,3% stres minor în privința M. Stresul a fost cuantificat pe scala *Dato* în care expertul psiholog a selectat ca stresori majori: decesul unui membru al familiei, pierderea locului de muncă sau a sursei de trai, îmbolnăvirea/accidentarea cu internarea în spital, disoluția familiei prin: divorț/separare/abandon/alungare din cămine, schimbarea ritmului existenței prin divorț/pensionare/profesie nouă/copil nascut cu probleme. Atât pentru bărbați cât și pentru femei stresorul major dominant era reprezentat de pierderea locului de muncă (21,9% M, 19,9% F) urmat de disoluția familiei (1,2% F, 1,1% M); la femei cohorta cea mai afectată de șomaj era 30-44 ani, în care se înregistra de asemenea vârful de 4% pentru disoluția familiei. În timp ce la M prevalența stresorilor majori atingea vârful de 75% în cohorta 45-49 de ani apoi descreștea, la F vârful de 70% se atinge în cohorta 50-54 ani menținându-se apoi, interesant, la nivel înalt cu înaintarea în vârstă.

Sumarizând datele despre factorii de risc stil de viață din studiul CINDI-Pucioasa 2000, femeile sunt defavorizate în privința activității fizice, dar se găsesc în poziții mai favorabile în privința fumatului, alcoolului și a nutriției (incluzând consumul de sare).

Factorii de risc metabolici rezultă din următorul tablou al măsurătorilor antropo-metabolice: *indicele mediu de masă corporală (BMI) – 25,1 kg/mp M și 26,4 F, cu 45,5% F și 39,8% M >25 kg/mp; tensiunea arterială sistolică medie TAS – 139,4 mmHg M și 140,9 F, cu 32,9% F și 30,7% M >140 mmHg; tensiunea arterială diastolică medie TAD - 81,6 mmHg M și 83,2 F, cu 27,2% M+F > 90 MmHg; glicemia medie - 84,3 mg/dL M și 82,9% F, cu 4,6% M+F > 115 mg/dL; trigliceridele medii - 110,5 mg/dL M și 97,7 F, cu 16,3% M+F >150 mg/dL și 9% M+F > 200 mg/dL; Insfarsit colesterolul seric total mediu – 173,8 mg/dL M și 185,3 F, cu 25,4% F și 22,4 % M >200 mg/dL. De menționat că toate prevalențele (%) referitoare la depășirea anumitor praguri separat de către F și M au fost standardizate cu vârsta (15-64 ani), în timp ce prevalențele indicând depășirea unor praguri de către subiecții M+F luați împreună provin din datele brute (efectiv măsurate) [9].*

Sumarizând riscul metabolic în studiul CINDI-Pucioasa 2000, femeile prezentau o anumită tendință spre supraponderabilitate, TAS medii sunt relativ echilibrate între M și F în apropierea pragului HTA - cu ceva mai multe femei peste prag, iar în privința TAD se schițează o anumită creștere a mediei pentru F; colesterolul prezintă de asemenea o tendință de creștere la F în privința mediei și a prevalenței celor peste pragul de 200 mg/dL, în timp ce glicemia și trigliceridele sunt probabil moderate la F de deprinderile nutriționale mai sănătoase.

Statisticile comunicate de România la OMS pentru 2008 confirmă în general tabloul de mai sus. **Inactivitatea fizică** este semnificativ crescută la femei față de bărbați (47.9 față de 31.2%); femeile înregistrează **obezitate** semnificativ crescută (21,2 față de 16,9%) și o tendință de **colesterol total** mai ridicat față de bărbați (47.9 față de 46.2%); riscurile legate de **HTA** sunt similare (48.8 F față de 49.5% M) [7].

2.4.2 Morbiditate

În studiul CINDI-Pucioasa 2000, BCV au fost găsite la cotele 33,7% F și 26,8 % M între cei 52.5 % pacienți cronici; dintre alte BNT, cancerul era prezent în proporție de 1,4% F și 0,4 % M, dar disfuncțiile și afecțiunile psihiatrice se găseau pe locul 2 la cotele 6,2 % F și 3,7% M. Handicapul minor era prezent în 11,0% F și 6,2% M [8].

Sumarizând, datele de morbiditate de la începutul anilor 2000 devaforizau populația feminină la toate capitolele BNT, începând desigur cu BCV.

2.4.3 Mortalitate Ultimele date privind mortalitatea în România 2011 arată că față de 2008 (date OMS) mortalitățile prin BCV sau cancer sunt stabile, iar cea din cauze respiratorii este în creștere; mortalitățile prin boli infecțioase & maternale/perinatale & nutriție, cauze externe și diabet scad [7].

Totalul deceselor BNT raportate în 2008 era estimat la 109,2 - femei față de 117,3/100.000 - bărbați. În privința deceselor premature (<60 ani) bărbații sunt mult mai clar defavorizați : 22,5 față de 11,4/100.000 la F. Pe sub-cauze BNT, *mortalitatea standardizată* defavorizează net bărbații în privința BCV & diabetului, cancerelor și a bolilor cronice respiratorii [7] (pentru detalii vedeți 1. Contextul celebrării WHeartD 2012). Pe de altă parte, potrivit statisticilor din 2011 privind mortalitatea BNT pe sub-cauze, se înregistrează diferențe semnificative pentru BCV- în detrimentul femeilor, iar pentru cancer, digestive, respiratorii și cauze externe (traumatisme/otrăviri) - în detrimentul bărbaților; diabetul tinde să fie mai virulent la femei [10].

Există deci, între 2008-2011, o schimbare de situație în defavoarea femeilor în privința mortalității brute BCV. În 2011, și în România, dominanța mortalității premature BCV la bărbați este compensată de situația la vârstele înaintate ale femeilor, astfel că, mortalitatea BCV la toate vârstele este superioară la femei. În privința mortalității pe sub-cauze BCV, datele brute arată că spre deosebire de cohorțele mai tinere în care mortalitatea BCV domină net la bărbați și de cohorta de vârstă avansată (75+) la care situația se inversează în detrimentul femeilor (65.512 față de 40.640 decese), la cohorta 65-74 ani mortalitățile sunt mai echilibrate între femei și bărbați (12.406 față de 15.702 decese), dar ierarhizarea sub-cauzelor BCV este întrucâtva diferită, după cum urmează. **Bărbați:** AVC, IMA (infarct miocardic acut), alte forme BC, HTA, CPC (cord pulmonar cronic); **Femei:** AVC, HTA, alte forme BC, IMA, CPC [10].

În privința mortalității BCV premature (0-64 ani) standardizate, în contextul UE 2008 România ocupa locul 3 cel mai rău la femei (circa 65/100.000) - după Bulgaria și Letonia – și locul 5 cel mai rău la bărbați (circa 175/100.000). Mediile UE 27 sunt circa 75 la bărbați și circa 20 la femei [11].

Sub aspectul mortalității BC standardizate în contextul UE 2008, România ocupa locul 6 la femei (circa 150/100.000) - după Lituania, Slovacia, Letonia, Ungaria și Estonia - și același loc la bărbați. Mediile UE sunt de circa 120 la bărbați și 50 la femei. Însfârșit în privința mortalității AVC standardizate în același context, România ocupa locul 2 atât la femei (circa 170/100.000) cât și la bărbați (circa 210/100.000), după Bulgaria. Mediile UE se cifrează la circa 60 la bărbați și 50 la femei [11].

Sumarizând țara noastră ocupa în 2008 o poziție critic în contextul UE în privința mortalității BCV premature standardizate la populația feminină. Considerând schimbarea de situație în defavoarea femeilor în privința mortalității brute BCV între 2008-2011, nu sunt motive ca statisticile să se fi ameliorat de atunci.

2.5 WHeartD 2012 România: concentrare pe "tratarea" factorilor de risc la femei

În țara noastră riscul BCV suplimentar la femei decurge din sedentarism, colesterol seric total și obezitate, evaluate la cote crescute față de bărbați. În privința HTA și a supraponderabilității, femeile se găsesc la cote înalte de risc, similare cu ale bărbaților.

Acest tablou al factorilor de risc este în legătură cu locurile 3 cel mai rău la femei și 5 cel mai rău la bărbați ocupate de țara noastră în cadrul UE 27 în privința mortalității BCV premature (<65 ani).

Alimentația nesănătoasă, colesterolul ridicat și obezitatea sunt premise recunoscute a dezvoltării bolilor cardiace care plasează femeile din România pe locul 6 cel mai rău în cadrul UE în privința mortalității respective.

HTA și, probabil, stresul psiho-social adaugate factorilor de risc de mai sus contribuie la plasarea femeilor din România pe locul 2 cel mai rău în cadrul UE în privința mortalității prin AVC la

toate vârstele. Adăugând și efectul vârstei înaintate, AVC-ul este responsabil de o parte covârșitoare din mortalitatea BCV la femei 75+ ani, înregistrând în 2011 un număr de decese de cel puțin 4 ori mai mare decât la cohorta 65-74 ani.

Corectarea factorilor de risc BCV la femei influențează favorabil stilul de viață al copiilor și al întregii familii și poate contribui notabil la ameliorarea sănătății cardio-vasculare a comunităților. Astfel asumarea celor 4 pași ai sano-genezei cardiovasculare prezentați cu ocazia WHeartD 2011, anume 1. Eliminarea fumatului din casă, 2. Alimentația sănătoasă, 3. Activitatea fizică recreațională și 4. Cunoașterea parametrilor cardiovasculari, depinde major, cu deosebire în privința minorilor, de rolul femeii în familie și cămin.

2.6 Concluzii

- BCV reprezintă principala componentă a bolilor netransmisibile responsabile de 63% din totalul deceselor pe plan mondial și afectează femeile la nivele numai cu câteva procente mai jos fata de cele înregistrate la bărbați. De altfel, în privința mortalității prin AVC și HTA femeile depășesc întrucâtva bărbații.
- Mortalitatea prematură BCV la femei urmărește mai fidel decât la bărbați nivelul veniturilor în țările lumii, sugerând dependența mai accentuată a sănătății cardiovasculare a femeilor de mediul socio-economic.
- În Europa 2008 mortalitatea BCV la femei o depășește pe cea a bărbaților, o rezultată a mortalității premature mai mare la bărbați depășită întrucâtva de proporția mortalității feminine la cohorta 75+ (dominată de AVC).
- În România riscul BCV suplimentar la femei decurge din sedentarism, colesterol seric total și obezitate evaluate la cote crescute față de bărbați. În legătură cu acestea, România se plasează pe locul 3 cel mai rău la femei în cadrul UE 27 în privința mortalității BCV premature (<65 ani).
- Campaniile IEC cu ocazia WHeartD 2012 în țara noastră trebuie să urmărească, dincolo de conștientizarea de către femei a efectelor benefice personale ale corectării stilului de viață în privința sedentarismului, alimentației și controlului greutateii, inducerea responsabilității pentru sănătatea copiilor și a întregii familii în virtutea rolului deținut în cămin și micro-comunități.

2.7 Bibliografie

- [1]. Site-ul World Heart Federation, WHeartD 2012: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/world-heart-day/about-world-heart-day/>
- [2]. Site-ul World Heart Federation, WHeartD 2012: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/go-red-for-women/the-campaign/>
- [3]. Site-ul official OMS, WHeartD 2012: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/en/index.html
- [4]. *** Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control, OMS, Geneva 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf
- [5]. Site OMS 2011: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/index.html
- [6]. http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Deaths_CVD_Males_2008.png; http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Deaths_CVD_Females_2008.png
- [7].*** Noncommunicable diseases country profiles, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
- [8]. Negoescu R. Introducere în noua Sănătate Publică, Ed. ISPB, București 200
- [9]. Negoescu R. Chronic psychosocial stress, smoking and overweight enframe hypertension in a mid-age sample of typical Romanian population. Invited lecture, Faculty of Health, York University, Toronto, Canada, September 14, 2009.
- [10]. Buletinul Informativ nr.11/2011 al CNSISP: http://www.ccss.ro/public_html/sites/default/files//Cauzele%20de%20deces%20in%20Romania%202011.pdf
- [11]. *** The State of Men's Health in Europe. Extended Report, European Union, Bruxelles, 2011 http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_extended_en.pdf