



Analiză de situație privind problematica bolilor cardiovasculare
Campania "Alege ritmul potrivit pentru inima ta: Trăiește sănătos!"
Slogan "Inima ta contează! Alege stilul de viață care o protejează!"

CUPRINS

I	INTRODUCERE.....	3
A.	BOLILE CARDIOVASCULARE	7
	INCIDENȚA BOLILOR CARDIOVASCULARE.....	7
	PREVALENȚA BOLILOR CARDIOVASCULARE	10
	MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOLILE APARATULUI CIRCULATOR.....	11
	MORTALITATEA PRIN BOLILE CARDIOVASCULARE	13
	MORTALITATE EVITABILĂ – BOLI CARDIOVASCULARE	15
	POVARA IMBOLNĂVIRILOR ESTIMATĂ PRIN DALYs.....	17
	POVARA ECONOMICĂ A BOLILOR CARDIOVASCULARE	20
B.	BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII.....	20
	INCIDENȚA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII	20
	PREVALENȚA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII	22
	MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOALA ISCHEMICĂ A INIMII.....	23
	MORTALITATEA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII	25
C.	BOLILE CEREBROVASCULARE	28
	INCIDENȚA BOLILOR CEREBROVASCULARE	29
	PREVALENȚA BOLILOR CEREBROVASCULARE	30
	MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOLI CEREBRO-VASCULARE	30
	MORTALITATEA PRIN BOLILE CEREBRO-VASCULARE	32
D.	BOLILE CARDIOVASCULARE – FACTORI DE RISC	34
	INDICELE DE MASĂ CORPORALĂ.....	34



	CONSUMUL DE TUTUN	36
	CONSUMUL DE ALCOOL.....	37
	ACTIVITATEA FIZICĂ	39
	HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ	42
	DIABETUL ZAHARAT	43
II	GRUPUL ȚINTĂ PRINCIPAL AL CAMPANIEI DE INFORMARE, EDUCARE, COMUNICARE:	45
III	DATE CU REZULTATE RELEVANTE DIN STUDIILE NAȚIONALE, EUROPENE	45
	Proiectul POCU ” Totul pentru inima ta - Program de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular” cod SMIS 137424.....	45
	Ghidul OMS HEARTS Managementul bolilor cardiovasculare bazat pe risc în asistența medicală primară	46
	Ghidul de prevenție pentru medicul de familie. Intervenții preventive integrate adresate riscurilor prioritare la adult. Riscul cardiometabolic. București, 2023	46
	Ghidul pentru asistenții medicali comunitari - Hipertensiunea arterială.....	46
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2021 de prevenție a bolilor cardiovasculare	47
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul bolilor cardiovasculare la pacienții cu diabet zaharat	47
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul cardiomiopatiilor	47
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru diagnosticul și tratamentul insuficienței cardiace acute și cronice	48
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul sindroamelor coronariene acute	48
	Ghidul Societății Europene de Cardiologie 2018 pentru managementul hipertensiunii arteriale.....	49
	Ghidul Societății Europene de Hipertensiune (ESH) 2023 pentru managementul pacienților cu hipertensiune arterială	49
IV	PREVENȚIA BOLILOR CARDIOVASCULARE ȘI CEREBROVASCULARE	50
V	BIBLIOGRAFIE	54



I INTRODUCERE

Bolile cardiovasculare și cerebrovasculare (BCV) continuă să rămână principala cauză de morbiditate și mortalitate în lume, reprezentând o provocare semnificativă pentru sănătatea publică(1, 2).

Grupul bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare include afecțiuni ale inimii, boala vasculară cerebrală și boli ale aparatului circulator. Acestea cuprind toate bolile inimii și ale sistemului circulator, incluzând hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă și accidentul vascular cerebral.

Principalele grupe de boli cardiovasculare sunt:

1. BCV aterosclerotice: boala ischemică cardiacă (boala coronariană), boala cerebrovasculară, afecțiuni ale aortei și arterelor, inclusiv hipertensiunea și boala vasculară periferică,
2. Alte BCV: boala congenitală cardiacă, boală cardiacă reumatică, cardiomiopatii, aritmiile cardiace.

La nivel global, decesele cauzate de BCV rămân alarmant de ridicate ca număr și se estimează că în 2030 vor atinge cifra de 23 de milioane, deși ratele generale ale mortalității s-au redus în ultimele decenii(3).

În Uniunea Europeană (UE), BCV sunt responsabile de 42,5% din numărul global de decese anual, respectiv aproximativ 10000 de decese/zi(4). Persoanele de genul masculin din regiune au un risc de aproape 2,5 ori mai mare de a deceda din cauza bolilor cardiovasculare decât cele de genul feminin. Se evidențiază, de asemenea, inechități în funcție de zona geografică – probabilitatea unui deces prematur (între 30 - 69 de ani) din cauza unei boli cardiovasculare este de aproape cinci ori mai mare în Europa de Est și Asia Centrală comparativ cu Europa de Vest(5). În 2021, bolile cardiovasculare au cauzat 239000 de decese premature în rândul femeilor din țările membre ale Societății Europene de Cardiologie (ESC) și de peste două ori mai multe în rândul bărbaților(2). Pentru același an, ratele standardizate de mortalitate prin boala ischemică a inimii în țările membre ESC au fost mai mari pentru bărbați decât pentru femei (171,4 față de 90,8 la 100000 de locuitori) și la ambele sexe au fost mai mari în țările cu venituri medii comparativ cu țările cu venituri mari(2). De asemenea, ratele standardizate de mortalitate prin accident vascular cerebral (AVC) în 2021 au fost mai mari pentru bărbați decât pentru femei



(95,3 față de 80,3 la 100 000 loc) și de peste două ori mai mari în țările cu venituri medii comparativ cu țările membre ale ESC cu venituri ridicate(2).

Tratamentul bolilor cardiovasculare implică o gamă largă de servicii medicale, inclusiv spitalizare, intervenții chirurgicale, medicamente și îngrijire pe termen lung, servicii care sunt extrem de costisitoare. Bolile cardiovasculare costă UE 282 de miliarde de euro anual, îngrijirile de sănătate și cele pe termen lung pentru aceste afecțiuni reprezentând 155 de miliarde de euro (11% din cheltuielile cu sănătatea ale UE)(2, 6).

Un raport recent al Societății Europene de Cardiologie, “ESC Cardiovascular Realities 2024”(7), evidențiază faptul că bolile cardiovasculare au reprezentat un cost de 630 de euro de persoană, cu variații largi între țările UE.

Îmbătrânirea, ca fenomen demografic, se evidențiază în toate țările membre UE, estimându-se că până la sfârșitul secolului proporția populației cu vârsta peste 65 de ani va depăși 30%. În 2021, proporția populației cu vârsta de peste 65 de ani din țările membre ESC cu venituri medii a fost de 9,6%, iar în țările membre cu venituri mari proporția populației cu vârsta de peste 65 de ani a fost de două ori mai mare, respectiv 20,0%. Odată cu îmbătrânirea populației, se observă o creștere importantă a proporției bolilor cardiovasculare de la 40% la adulții cu vârsta cuprinsă între 40 și 59 de ani, la 75% la cei cu vârsta cuprinsă între 60 și 79 de ani și la 86% la cei peste 80 de ani(7).

Bolile cardiovasculare și cerebrovasculare sunt principalele cauze de mortalitate și morbiditate la nivelul României(8, 9) (fig. 1, fig. 2). Conform profilului de țară OECD (8), România ocupa unul dintre primele locuri în Europa în ceea ce privește mortalitatea din cauze prevenibile sau tratabile, cu o rată semnificativ mai mare decât media europeană, boala cardiacă ischemică și boala cerebrovasculară fiind bine reprezentate pentru ambele categorii (fig.1).

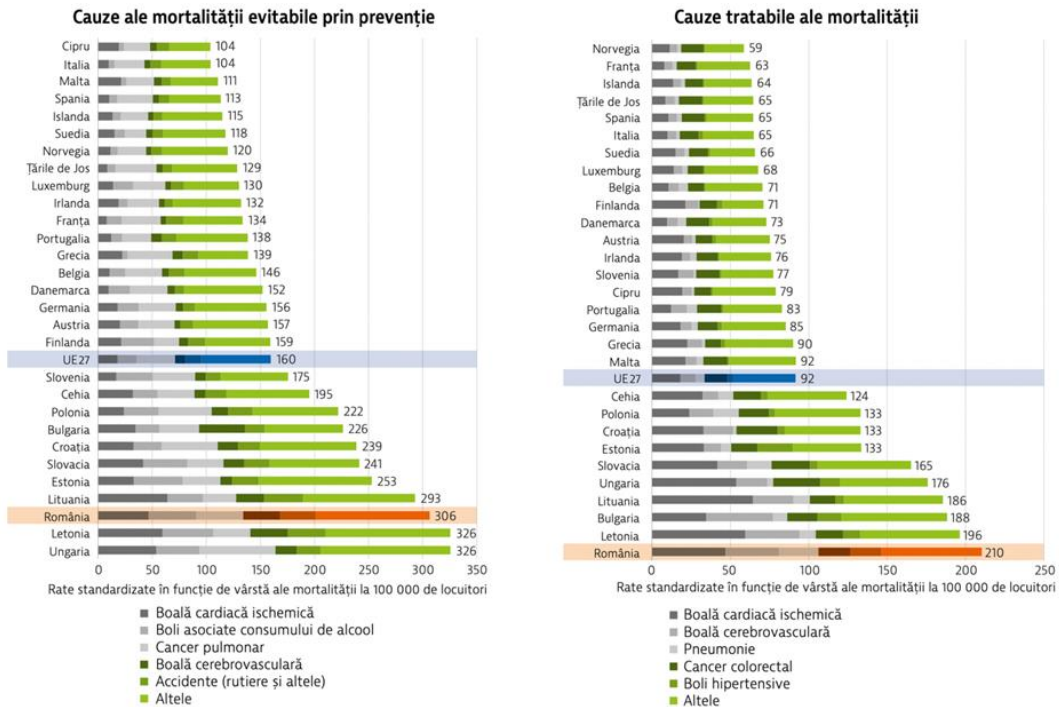


Figura 1 Profil de țară OECD, 2021: România înregistrează rate ridicate ale mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile

Boala cardiacă ischemică a reprezentat prima cauză de mortalitate în România (18,8% din totalul deceselor), în timp ce mortalitatea prin accident vascular cerebral a fost de 13,9%. Astfel, 55,2% din decesele din România în anul 2020 s-au datorat BCV, în timp ce mortalitatea datorată tuturor formelor de cancer a reprezentat 17% din total decese (9) (fig.2).

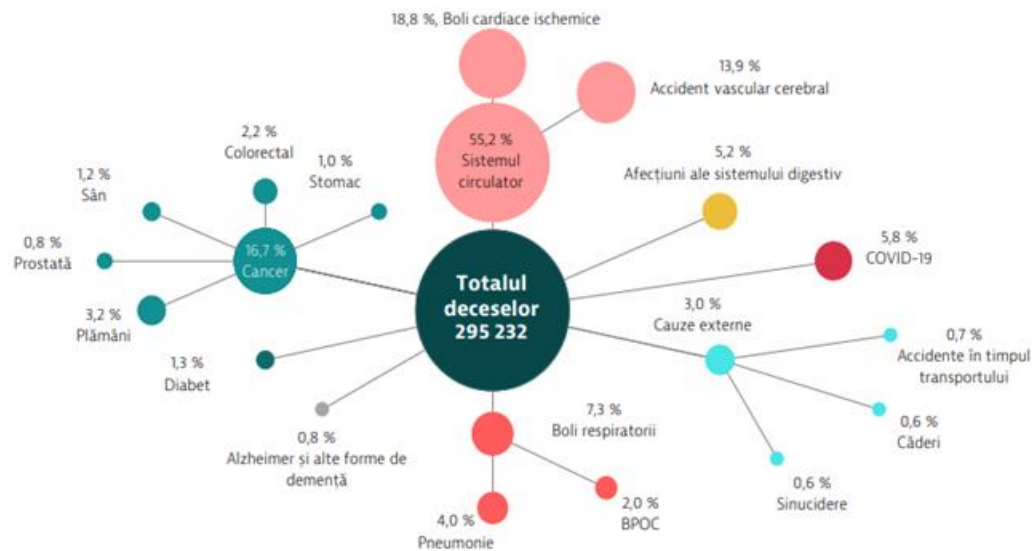


Figura 2 Profil de țară OECD, 2023: Bolile cardiovasculare sunt principala cauză a mortalității în 2020, Sursa Profil de țară OECD, România, 2023



Conform raportului OECD Health at a Glance 2023: OECD Indicators (10), în toate țările OECD 28% dintre decese s-au datorat BCV, fiind de asemenea prima cauză de mortalitate. Între acestea, bolile cardiace ischemice au reprezentat 11%, iar accidentul vascular cerebral 6% (fig.3).

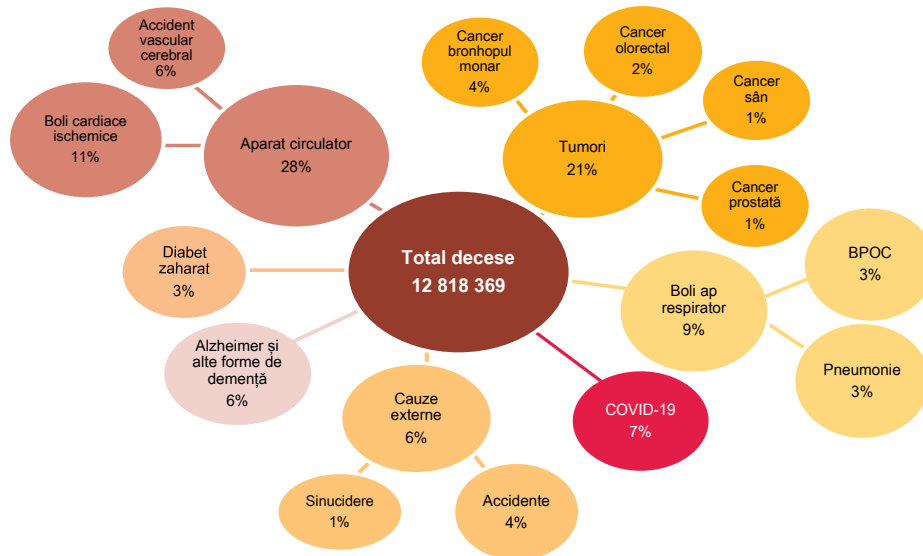


Figura 3 Bolile aparatului circulator sunt principalele cauze de mortalitate, țările OECD, 2021 (sau cel mai recent an)

Sursa OECD Health Statistics 2023

Etiologia BCV este multifactorială, factorii de risc cardiovasculari și cerebrovasculari putând fi împărțiți în două categorii: neinfluențabili și influențabili. Factorii nemodificabili includ: factorii genetici, genul, vârsta și, în unele clasificări, antecedentele heredo-colaterale. Factorii de risc modificabili pentru bolile cardiovasculare sunt strâns legați de stilul de viață și de mediul înconjurător și includ consumul de tutun și produse conexe, stresul, tulburările de somn, stilul de viață sedentar, consumul dăunător de alcool și alimentația nesănătoasă. Hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea și hipercolesterolemia reprezintă, de asemenea, factori de risc importanți pentru accidentul vascular cerebral (AVC) și infarctul miocardic acut (IMA) (11, 12).

Renunțarea la fumat, reducerea cantității de sare, consumul de fructe și legume în cantitate optimă, activitatea fizică regulată și evitarea consumului excesiv de alcool reduc riscul apariției de boli cardiovasculare. Politicile de sănătate care vizează aceste aspecte, precum și identificarea persoanelor cu risc crescut cardiovascular sunt esențiale. Astfel, decesele premature prin boli cardiovasculare ar putea fi prevenite (13). De asemenea, identificarea persoanelor cu risc crescut cardiovascular permite un tratament adecvat precoce.



Între factorii de risc care se asociază cu bolile cardiovasculare, consumul de tutun a fost identificat ca fiind cel mai mare risc de sănătate evitabil(2).

Hipertensiunea arterială este principalul factor de risc pentru deces și dizabilitate în regiunea europeană, fiind responsabil de aproape un sfert din decese și 13% din dizabilități(5, 14), această regiune având cea mai mare prevalență a hipertensiunii arteriale din lume (14, 15).

De asemenea, consumul excesiv de sare este o amenințare majoră pentru sănătatea europenilor, aproape toate țările din regiunea europeană (52 din 53 de țări) au un aport mediu zilnic de sare peste nivelul maxim recomandat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) de 5 g pe zi(14).

Consumul excesiv de sare este principalul factor al hipertensiunii arteriale și, ulterior, al deceselor cauzate de bolile cardiovasculare, astfel încât reglementarea cantității de sare din alimentele procesate are potențialul de a avea un impact pozitiv asupra sănătății populației. În consecință, un raport recent al OMS recomandă cu prioritate o abordare integrată: reducerea consumului de sare și controlul hipertensiunii arteriale, intervenții care pot salva mii de vieți în fiecare zi în întreaga regiune europeană(14).

A. BOLILE CARDIOVASCULARE

Bolile cardiovasculare și cerebrovasculare (BCV) reprezintă un grup larg de probleme medicale care afectează întreg sistemul circulator (inima și vasele de sânge).

INCIDENȚA BOLILOR CARDIOVASCULARE

În România, în anul 2023, bolile aparatului circulator, cu o rată de incidență de 5528,3%000 loc. se situează pe locul 5 după bolile aparatului respirator (25530,6%000 loc.), bolile aparatului digestiv (10202,2%000 loc.), bolile sistemului osteo-muscular (7028,7%000 loc.), bolile organelor genito-urinare (5496,5%000 loc.)(16), aflate istoric pe primele patru locuri în ierarhia incidenței în ultimii ani (17)(fig.4, tabel 1).

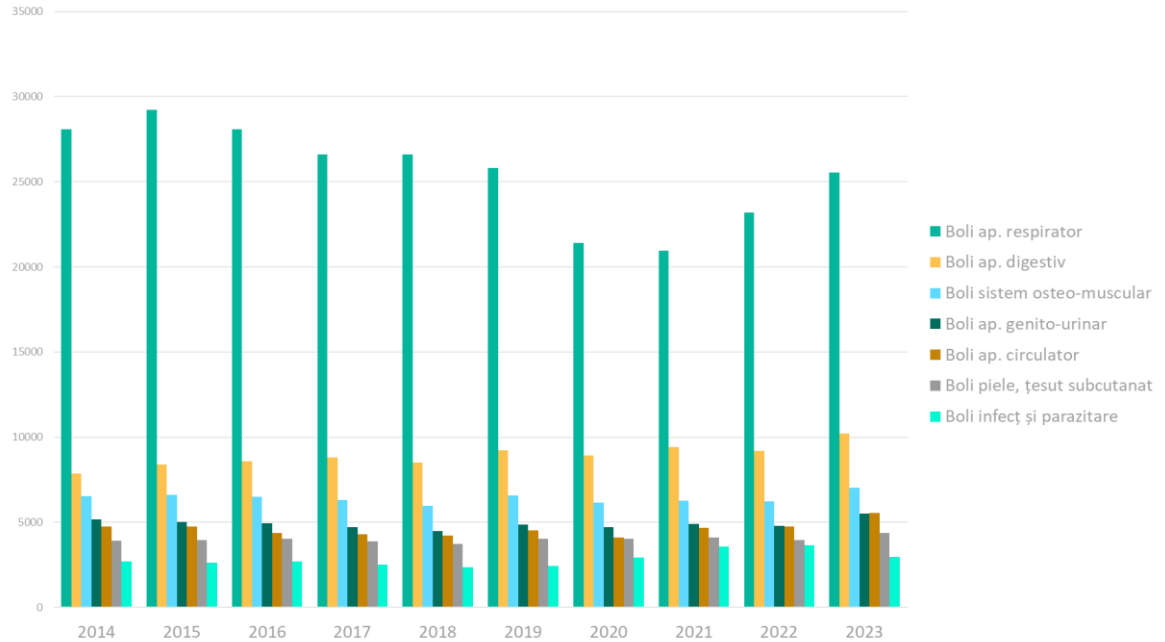


Figura 4 Rata de incidență, principalele clase de boli, România, 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

		La %000 loc.									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Boli ap. respirator	28097.4	29221.1	28094.1	26620.1	26591.1	25809.0	21387.0	20946.7	23203.0	25530.6
2	Boli ap. digestiv	7857.2	8388.1	8599.0	8813.1	8491.4	9214.2	8927.2	9398.5	9190.1	10202.2
3	Boli sistem osteo-muscular	6539.7	6599.9	6487.3	6301.6	5946.9	6552.5	6165.0	6265.2	6228.4	7028.7
4	Boli ap. genito-urinar	5178.8	5005.2	4956.1	4707.1	4497.6	4862.7	4713.0	4890.5	4775.2	5496.5
5	Boli ap. circulator	4757.7	4758.0	4365.1	4285.4	4213.5	4517.2	4087.8	4657.0	4763.0	5528.3
6	Boli piele, țesut subcutanat	3897.0	3958.8	4043.8	3885.7	3719.6	4023.3	4023.5	4109.3	3935.3	4375.4
7	Boli infect și parazitare	2714.5	2641.8	2687.9	2492.4	2352.2	2424.8	2937.5	3568.9	3658.8	2957.3

Tabel 1 Rata de incidență pe principalele clase de boli în România, în anii 2014 -2023

Sursa: CNSSP – INSP

Structura incidenței pe clase de boli în anul 2023 comparativ cu anul 2014, păstrează aceeași ordine pentru clasele de boli și anume: bolile aparatului respirator, urmate de bolile aparatului digestiv, bolile sistemului osteo-muscular, bolile aparatului genito-urinar și bolile aparatului circulator (cele din urmă reprezentând 6,9% din numărul total de îmbolnăviri în 2023 și 6,5% în 2014) (fig.5)(16).

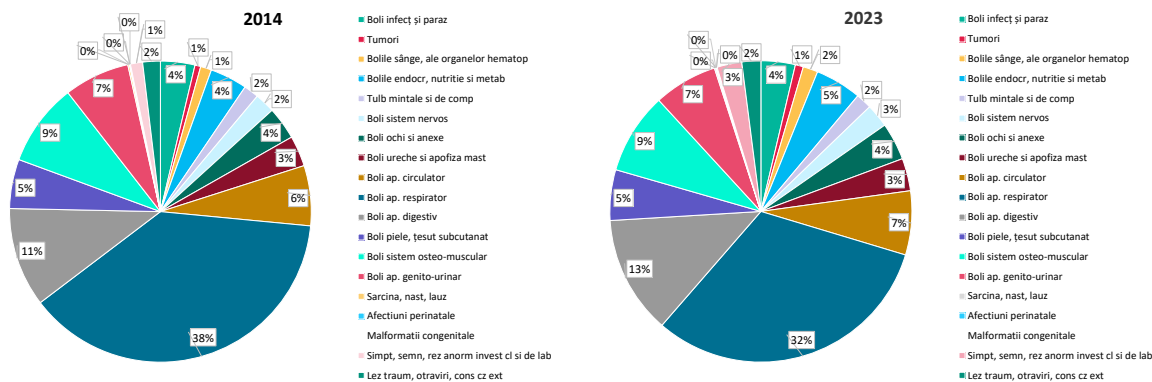


Figura 5 Structura incidenței pe clase de boli, în România, în anul 2014 și în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

Rata de incidență pentru bolile aparatului circulator a avut un trend ușor ascendent în perioada 2014-2023, de la 4757,7 ‰ loc. la 5528,3‰ loc., cu cea mai mică valoare (4087,8‰ loc.) în anul 2020, în timpul pandemiei COVID(fig.6)(16).

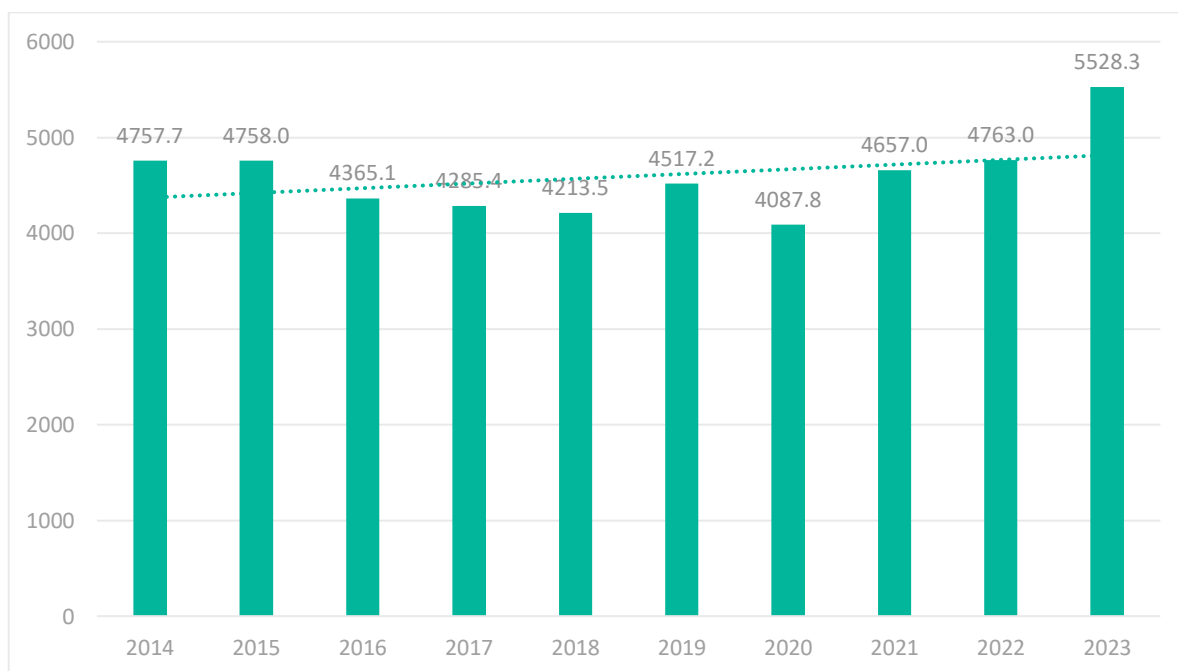


Figura 6 Evoluția ratei de incidență pentru bolile aparatului circulator, România, 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

În 2019, conform datelor Societății Europene de Cardiologie (ESC), au fost estimate aproximativ 12,7 milioane cazuri noi de boli cardiovasculare în țările membre ESC. Incidența medie anuală standardizată în funcție de vârstă pentru bolile cardiovasculare în țările membre ESC a fost de



747,6%000 locuitori, iar în țările UE de 610,7%000 locuitori. În acest clasament, România, cu o incidență de 776,4 %000 locuitori se situa ca valoare peste media acestor grupuri de state (fig.7) (1, 2).

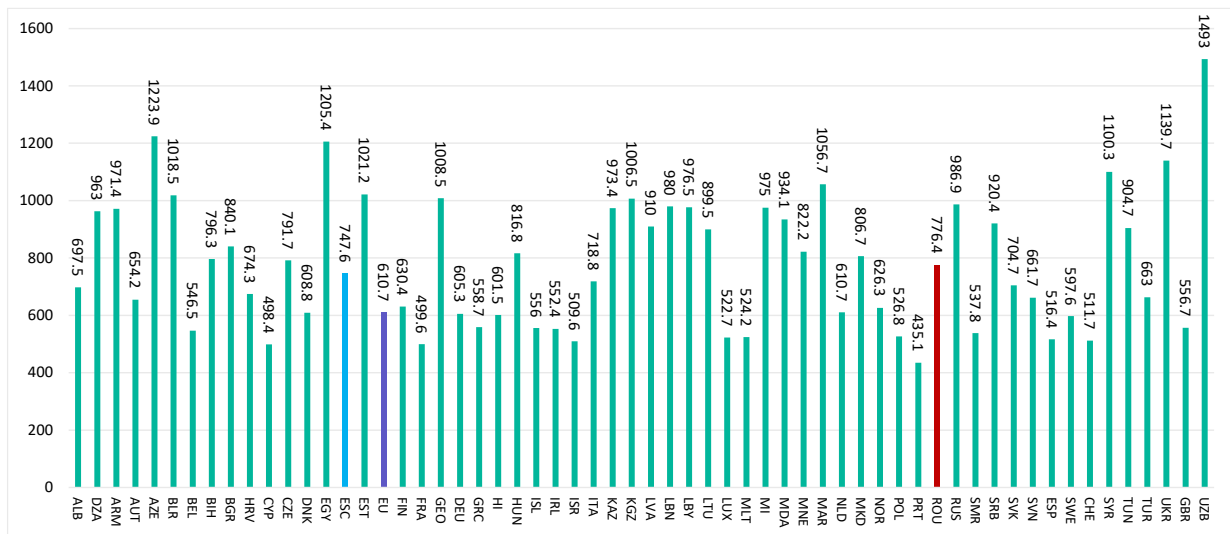


Figura 7 Incidența bolilor cardiovasculare, standardizată în funcție de vârstă, în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie

Sursa: datele: European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021

PREVALENȚA BOLILOR CARDIOVASCULARE

În anul 2023, conform datelor de la nivelul cabinetelor medicilor de familie, bolile cardiovasculare ocupau împreună cu diabetul și bolile pulmonare cronice obstructive primele 5 poziții în ierarhia bolilor cronice (tabel2) (16), poziție menținută istoric în ultimii ani(17) .

	Cazuri aflate în evidența medicilor de familie (2023)
Boala hipertensivă	2 844 811
Cardiopia ischemică	1 273 143
Diabetul zaharat	953 316
Bolile pulmonare cronice obstructive	506 254
Bolile cerebro-vasculare	444 369

Tabel 2: Nr. cazuri boli cronice în evidența cabinetelor medicilor de familie în România în anul 2023

Sursa: CNSSP-INSP

În profil european, în anul 2019, s-a estimat că sunt aproximativ 113 milioane persoane care trăiesc cu boli cardiovasculare în țările membre ESC.

La nivel european, prevalența standardizată în funcție de vârstă pentru bolile cardiovasculare era pentru România una dintre cele mai ridicate, cu o valoare de 7140,8%000 locuitori. peste



media pentru țările ESC, de respectiv 6962,9%000 locuitori și peste cea a țărilor UE de 6271,1%000 locuitori(fig.8) (1, 2).

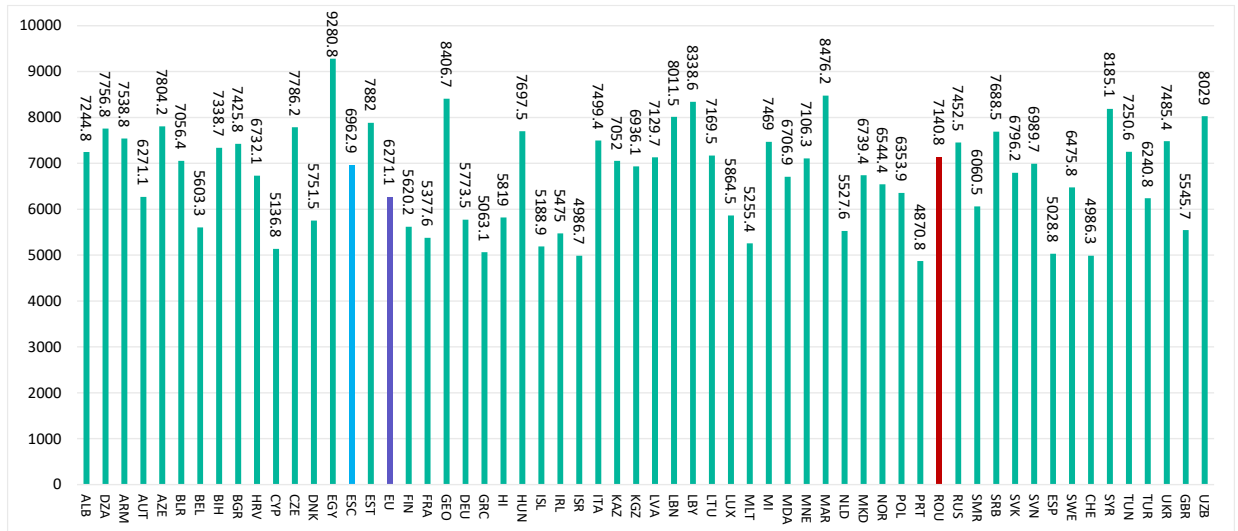


Figura 8 Prevalența bolilor cardiovasculare, standardizate în funcție de vârstă, în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie

Sursa datelor: Societatea Europeană de Cardiologie (ESC), 2021

MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOLILE APARATULUI CIRCULATOR

În România, cele mai frecvente cazuri de bolnavi externați sunt prin boli ale aparatului circulator în perioada 2014-2019 și 2022-2023 și prin boli ale aparat respirator în anii 2020 și 2021 (fig. 9 și tabel nr.3).

Numărul cazurilor de bolnavi externați din spitale cu boli ale aparatului cardiovascular în perioada 2014-2023 variază între 522074 în 2014 și 406684 în 2023. În perioada 2014 - 2021, numărul bolnavilor externați din spitale cu boli ale aparatului cardiovascular are un trend descendent, cel mai mare număr fiind înregistrat în 2014 și cel mai mic în 2021 (an de pandemie COVID-19), apoi trendul devine ușor ascendent (fig.9)(16).

Rata de morbiditate spitalizată prin boli ale aparatului cardiovascular a scăzut de la 2621,3 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2014 la o rată de 2133,3 bolnavi externați la 100000 locuitori în 2023. În perioada 2014-2023 rata de morbiditate spitalizată prin boli ale aparatului cardiovascular oscilează între valoarea cea mai mare a intervalului, înregistrată în anul 2014 și cea mai mică în anul 2021(tabel 3)(16).

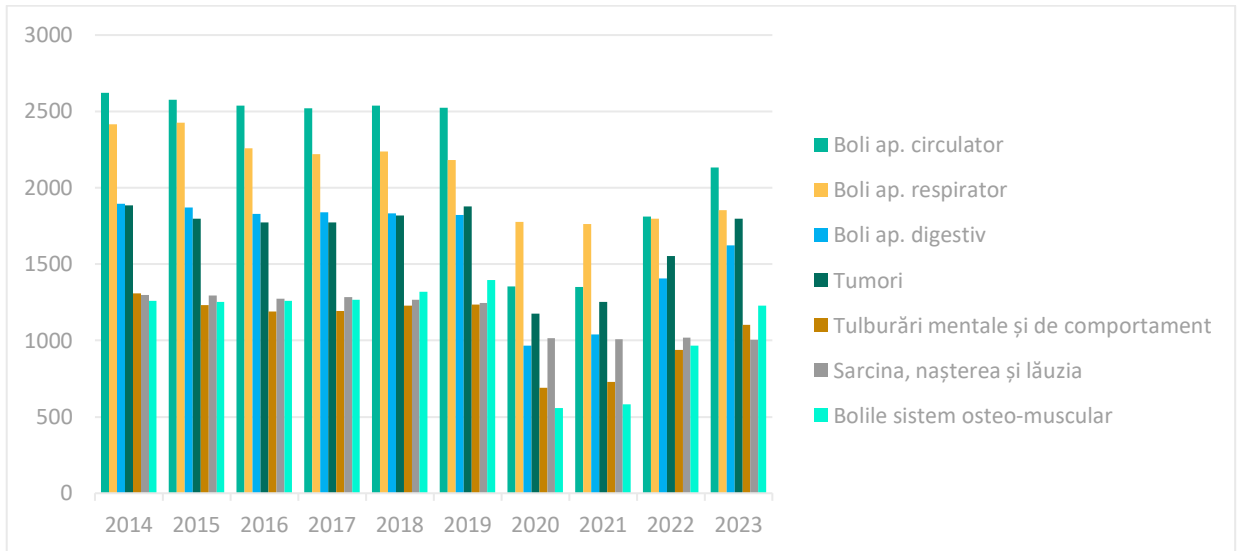


Figura 9 Morbiditatea spitalizată, principalele clase de boli, România, 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Boli ap. circulator	2621.32	2576.67	2539.59	2521.28	2539.60	2523.73	1355.49	1350.55	1810.55	2133.29
Boli ap. respirator	2417.22	2425.14	2256.75	2219.06	2235.89	2182.27	1775.11	1763.57	1796.57	1855.09
Boli ap. digestiv	1894.63	1871.05	1827.65	1838.94	1833.32	1822.18	966.67	1041.26	1406.92	1621.85
Tumori	1884.82	1798.33	1771.72	1771.53	1819.36	1878.69	1176.81	1254.20	1554.73	1797.17
Tulburări mentale și de comportament	1308.90	1233.06	1191.41	1194.03	1229.42	1236.05	691.18	729.44	938.90	1102.51
Sarcina, nașterea și lăuzia	1299.15	1295.77	1273.85	1285.25	1266.89	1246.13	1015.49	1007.43	1017.74	1005.07
Bolile sistem osteo-muscular	1259.47	1252.79	1261.00	1266.06	1318.80	1395.93	556.32	581.31	965.87	1228.46

Tabel 3 Morbiditatea spitalizată, principalele clase de boli, România, 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

Structura morbidității spitalizate pe clase de boli în anul 2023 comparativ cu anul 2014, este reprezentată în graficele următoare (fig.10). În 2014 bolile aparatului circulator (reprezentând 13,84% din numărul total al cazurilor externate) sunt pe primul loc, urmate de bolile aparatului respirator, bolile aparatului digestiv, tumori. În 2023 cele mai frecvente spitalizări au fost, de asemenea, prin bolile aparatului circulator 13,13%, urmate de bolile aparatului respirator, tumori și boli ale aparatului digestiv (fig.10)(16).

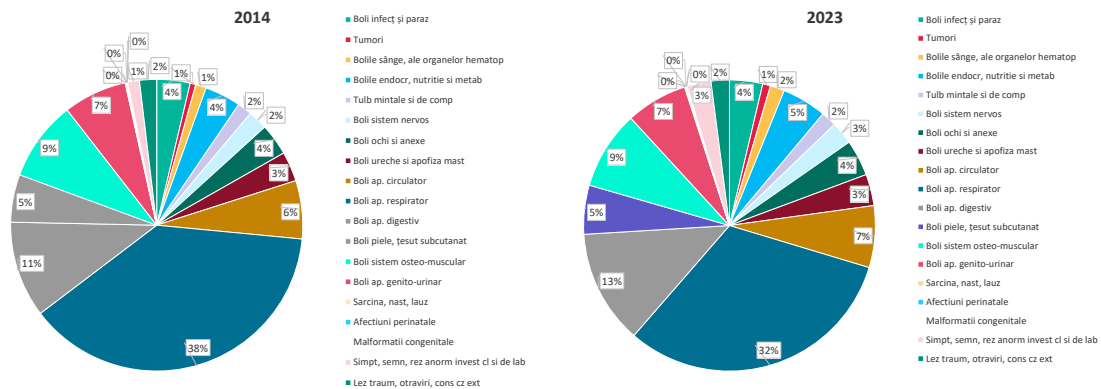


Figura 10 Structura morbidității spitalizate pe clase de boli, în România, în anul 2014 și în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

MORTALITATEA PRIN BOLILE CARDIOVASCULARE

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de deces în România și în UE.

Rata brută a mortalității generale prin boli cardiovasculare în România are un trend ușor descendent. Această rată crește în perioada 2014-2021, de la 669,1‰000 locuitori (anul 2014) la 790,6‰000 locuitori (anul 2021) apoi scade la 686,6‰000 locuitori (anul 2022) și atinge cea mai mică rată în anul 2023 (600,8‰000 locuitori)(fig.11)(16).

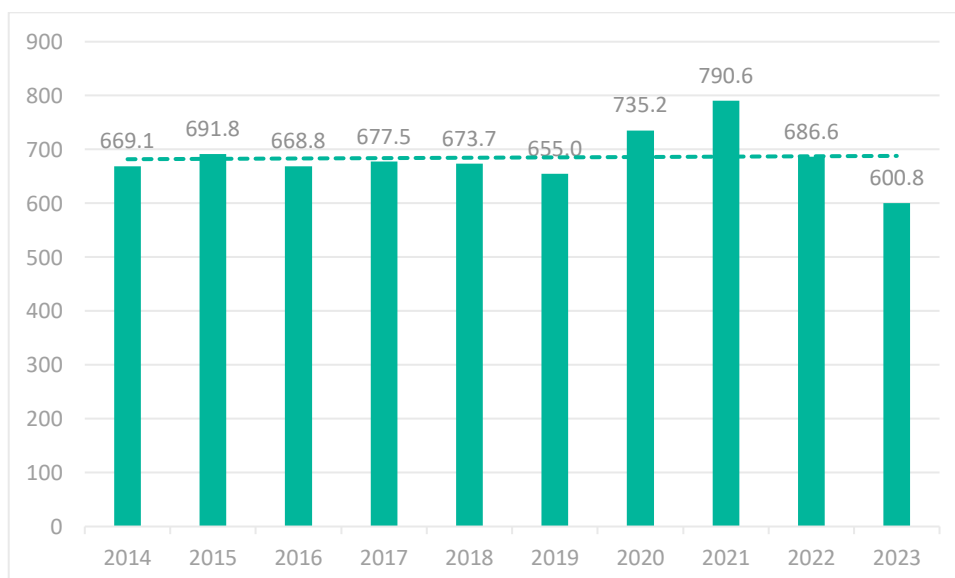


Figura 11 Rata mortalității generale prin boli cardiovasculare în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP



În România, mortalitatea prin boli cardiovasculare, în anul 2023, era mult mai mare în mediul rural (733,9%000 locuitori) comparativ cu mediul urban (496,0%000 locuitori) și față de media pe țară (600,8%000 locuitori)(fig.12)(16).

Rata de mortalitatea prin boli cardiovasculare la genul feminin (625,8%000 locuitori) este mai mare decât la genul masculin (574,6%000 locuitori) și decât media pe țară (600,8%000 locuitori)(fig.12)(16).

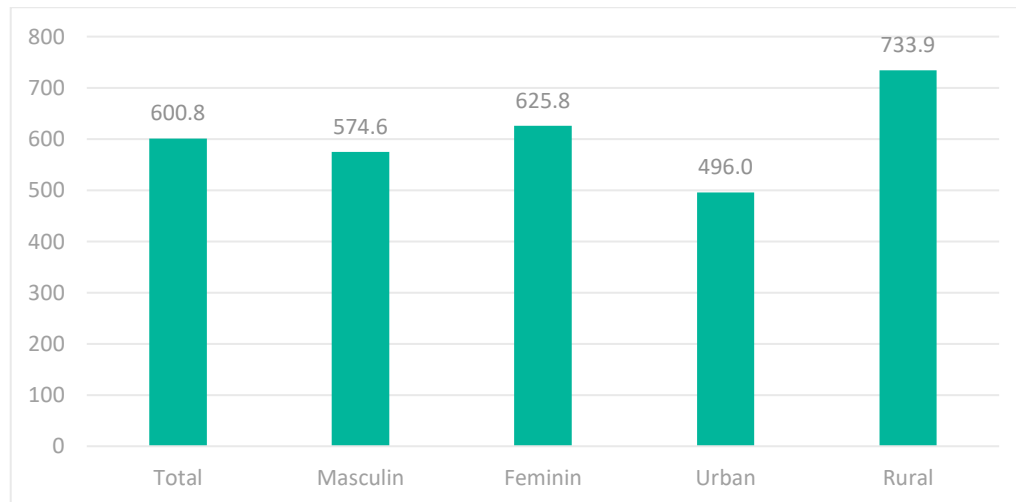


Figura 12 Rata mortalității generale prin boli cardiovasculare în România, pe medii și pe gen, în anii 2014–2023

Sursa: CNSSP – INSP

Din perspectiva structurii pe cauze de deces, cele mai frecvente cazuri de deces în România în 2023, au fost cele prin boli cardiovasculare, grupa afecțiunilor aparatului circulator, reprezentând 49,6% din totalul mortalității pe clase de boli(16). Se observă deci că, în 2023, aproximativ 1 din 2 persoane în România, a decedat din cauza bolilor aparatului circulator(fig.13)(16, 18).

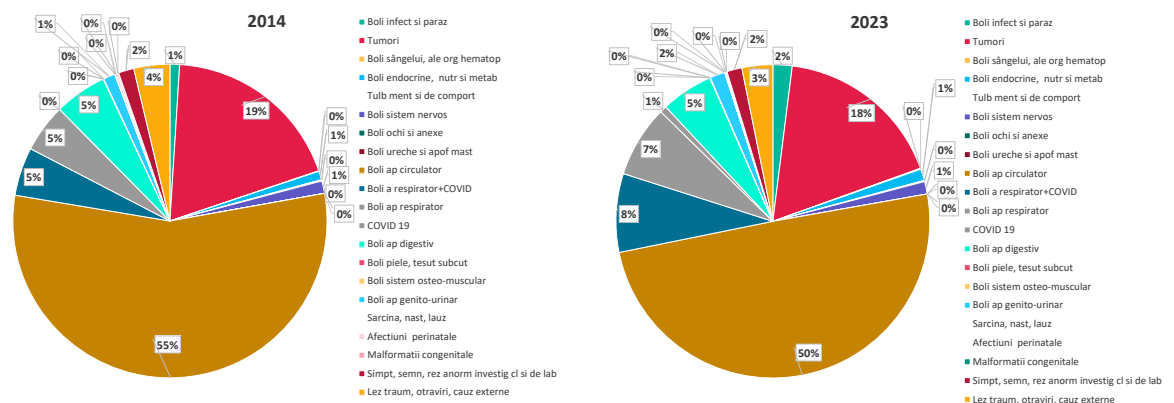


Figura 13 Structura mortalității generale pe principalele clase de boli în România, în anul 2014 și în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP



În 2020 au existat 1,7 milioane decese cauzate de bolile sistemului circulator, un procent echivalent cu 32,7% din totalul deceselor. Ca pondere, procentul a fost considerabil mai mare decât a doua cauză de deces, cancerul (neoplazmele reprezentând cauza a 22,5% din numărul total de decese)(19).

Conform datelor din figura de mai jos, ratele standardizate ale mortalității prin boli cardiovasculare în România sunt de două ori și jumătate mai mari decât media europeană (fig.14) (20).

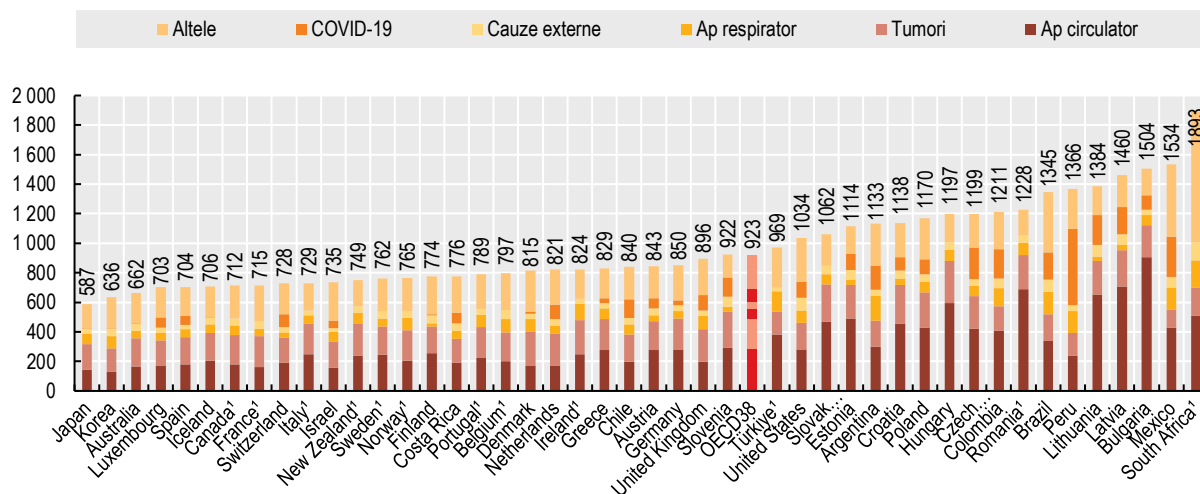


Figura 14 Rate de mortalitate prin bolilor cardiovasculare, standardizate în funcție de vârstă, în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie

Sursa datelor: Societatea Europeană de Cardiologie (ESC), 2021

MORTALITATE EVITABILĂ – BOLI CARDIOVASCULARE

Decesele evitabile sunt definite ca fiind decese premature (înainte de împlinirea vârstei de 75 ani), care pot fi sistematizate în conceptele de decese influențabile prin tratament și decese prevenibile. Decesul influențabil prin tratament este acel deces care ar fi putut fi evitat prin acordarea de îngrijiri eficiente și la timp. Decesul prevenibil include decesele ce ar fi putut fi evitate prin intervenții de sănătate publică și prevenție.

În anul 2023, în România, bolile cardiovasculare ocupă un loc important în cadrul mortalității evitabile, atât ca și cauză a deceselor prevenibile, cât și a celor influențabile (fig 14)(16).

Cele mai frecvente decese influențabile prin tratament, în 2023, sunt prin boala ischemică a inimii (27,7%), urmate de boli cerebro-vasculare (17,1%) și boala hipertensivă (14,0%)(tabel 4, fig.15)(16).



	DECESE INFLUENȚABILE 2023	
	Număr decese influențabile	% din total decese influențabile
Tumora malignă a colonului și rectului	3561	6.2
Tumoră malignă sân	2044	3.6
Tumora maligna uter	491	0.9
Boala hipertensivă	8006	14.0
Boala ischemică a inimii	15828	27.7
Boli cerebro-vasculare	9775	17.1
Alte	17390	30.5
Total decese influențabile	57095	

Tabel 4 Decese influențabile prin tratament pe anumite boli în România, în anul 2023,

Sursa CNSSP-INSP

BCV s-au aflat între cele mai frecvente decese prevenibile în 2023. Astfel, boala ischemică a inimii a reprezentat 23.2% din total decese prevenibile, urmată de bolile cerebrovasculare (14,3%) și boala hipertensivă (11,7%) (tabel 5, fig.15)(16).

	DECESE PREVENIBILE 2023	
	Număr decese prevenibile	% din total decese prevenibile
Tumora maligna ficat	1690	2.5
Tumora malignă a traheei, bronhiilor și pulmonului	6665	9.8
Boala ischemică a inimii	15828	23.2
Boala hipertensiva	8006	11.7
Boli cerebro-vasculare	9775	14.3
Leziuni auto-provocate	1383	2.0
Accidente de transport	1616	2.4
Alte	23247	34.1
Total decese prevenibile	68210	

Tabel 5 Decese prevenibile pe anumite clase de boli, România, în anul 2023

Sursa CNSSP-INSP

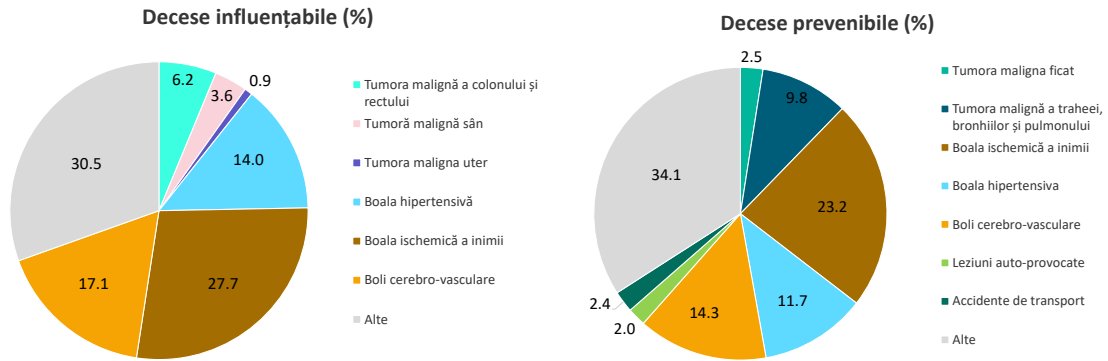


Figura 15 Structura deceselor influențabile și prevenibile, pe anumite boli în România, în anul 2023, Sursa CNSSP-INSP

În rândul țărilor OECD, bolile aparatului circulator ocupă un loc principal în ierarhia primelor cauze de deces, fiind responsabile pentru 16% din numărul total de decese prevenibile (2077973 decese) și pentru 37% din numărul total de decese influențabile (975710 decese)(fig.16)(10).

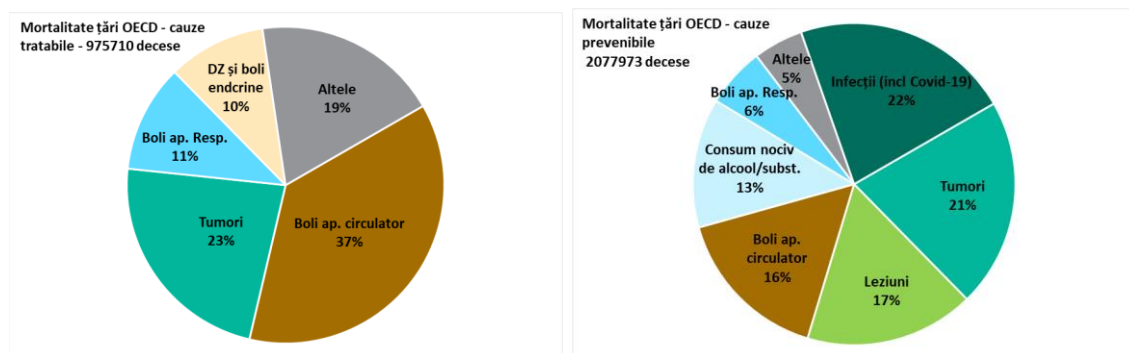


Figura 16 Bolile cardiovasculare în structura mortalității evitabile, țări OECD, în anul 2021 sau ultimul an disponibil

Sursa Health at a glance 2023

POVARA ÎMBOLNĂVIRILOR ESTIMATĂ PRIN DALYS

Povara îmbolnăvirilor măsurată prin anii de viață ajustați pentru dizabilitate, DALY (Disability Adjusted Life Years), care reprezintă suma anilor de viață pierduți prin decese premature și anilor trăiți cu dizabilitate cauzată de prezența bolii sau accidentelor, ajustați pentru gravitatea bolii situează bolile cardiovasculare pe primele două locuri ale ierarhiei DALYS la 100 000 loc.



Ierarhia în 2011	DALYs la 100000 loc.				Ierarhia în 2021	DALYs la 100000 loc.	% schimbare în perioada 2011-2021
Boala ischemică cardiacă	5395.50	①		①	Boala ischemică cardiacă	5585.25	+3.52%
Accident vascular cerebral ischemic	3158.21	②		②	Accident vascular cerebral ischemic	3134.26	-0.76%
Dureri lombare	1925.26	③		③	Dureri lombare	2013.69	+4.59%
Hemoragie intracerebrală	1530.31	④		④	Cancer de trahee, bronhii și plămâni	1473.90	-8.86%
Cancer de trahee, bronhii și plămâni	1315.52	⑤		⑤	Hemoragie intracerebrală	1394.79	+12.04%
Hipertensiune arterială	1188.03	⑥		⑥	Hipertensiune arterială	1203.54	+1.31%
BPOC	781.84	⑦		⑦	Cancer colo-rectal	935.97	+12.10%
Cancer colo-rectal	725.41	⑧		⑧	BPOC	876.44	+29.03%
Pierderea auzului legată de vârstă și alte pierderi de auz	677.09	⑨		⑨	Demența Alzheimer și alte demențe	846.75	+13.73%
Ciroza alcoolică	662.21	⑩		⑩	Diabet zaharat tip II	838.88	+6.74%
				⑪	Pierderea auzului legată de vârstă și alte pierderi de auz	770.08	
				⑫	Alte cardiomiopatii	719.97	
				⑬	Ciroza alcoolică	706.81	

Tabel 6: Primele 10 cauze de deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în 2011, 2021 și modificarea procentuală în perioada 2011 vs 2021, pentru toate grupele de vârstă

Sursa datelor: Institute of Health Metrics and Evaluation-GBD Compare

Astfel, în anul 2021 ierarhia a fost: boala ischemică cardiacă (5585,25 DALYs la 100 000 loc), accidentul vascular cerebral (3134,26 DALYs la 100 000 loc), durerile lombare (2013,69 DALYs la 100 000 loc), cancerul de trahee, bronhii și plămâni (1473,90 DALYs la 100 000 loc), hemoragia intracerebrală (1394,79 DALYs la 100 000 loc), hipertensiunea arterială (1203,54 DALYs la 100 000 loc), cancer colorectal (935,97 DALYs la 100 000 loc), BPOC (876,44 DALYs la 100 000 loc),



demența Alzheimer și alte demențe (846,75 DALYs la 100 000 loc) și diabetul zaharat tip II (838,88 DALYs la 100 000 loc)(tabel 6).

Ierarhia în 2011	DALYs la 100000 loc.			Ierarhia în 2021	DALYs la 100000 loc.	% schimbare în perioada 2011-2021
Hipertensiune arterială	8114.15	①	①	Hipertensiune arterială	8060.32	-0.66%
Fumat	4067.69	②	②	Fumat	4108.38	+1.00%
IMC crescut	3406.71	③	③	IMC crescut	3838.23	+12.67%
LDL colesterol crescut	3072.06	④	④	LDL colesterol crescut	3079.95	+0.26%
Consum nociv de alcool	2678.22	⑤	⑤	Glicemie a jeun crescută	3031.38	+0.59%
Glicemie a jeun crescută	2497.70	⑥	⑥	Consum nociv de alcool	2694.00	+21.37%
Poluarea mediului cu particule în suspensie	2354.39	⑦	⑦	Dietă cu conținut crescut în sodiu	2132.61	-21.22%
Dietă cu conținut crescut în sodiu	2154.69	⑧	⑧	Poluarea mediului cu particule în suspensie	1854.71	-1.02%
Disfuncție renală	1468.97	⑨	⑨	Disfuncție renală	1628.88	+10.89%
Temperaturi scăzute	1140.95	⑩	⑩	Temperaturi scăzute	1238.17	+8.52%

Tabel 7: Primii 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în 2011, 2021 și modificarea procentuală în perioada 2011 vs 2021, pentru toate grupele de vârstă

Sursa datelor: Institute of Health Metrics and Evaluation-GBD Compare

În 2021, în privința factorilor de risc care contribuie la decesul prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc), hipertensiunea arterială (8060,32 DALYs la 100 000 loc), fumat (4108,38 DALYs la 100 000 loc), IMC crescut (3838,23 DALYs la 100 000 loc), LDL colesterol crescut (3079,95 DALYs la 100 000 loc), glicemia a jeun crescută (3031,38 DALYs la 100 000 loc), factori implicați în determinismul bolilor cardiovasculare, ocupau primele cinci locuri (tabel 7)(21).



POVARA ECONOMICĂ A BOLILOR CARDIOVASCULARE

Un studiu realizat în țările Uniunii Europene a constatat că în cazul bolilor cardiovasculare, numai costurile de sănătate și asistență socială s-au ridicat la 155 de miliarde EUR în 2021, reprezentând 11 % din cheltuielile totale de sănătate ale UE. Costurilor directe de asistență medicală li se adaugă costurile indirecte legate de afectarea timpului de lucru sau de reducerea timpului dedicat agrementului la care renunță atât pacienții, cât și persoanele care au grijă de rude sau prieteni cu boli cardiovasculare. Aceste costuri sunt estimate la 79 de miliarde de euro în întreaga UE, cu alte pierderi de productivitate de 61,6 miliarde de euro cauzate de reducerea capacității de muncă, absenteismul și pensionarea anticipată a populației afectate de boli cardiovasculare. Consecințele socioeconomice ample ale bolilor cardiovasculare pun presiuni uriașe asupra sistemelor de sănătate, a nivelurilor de productivitate și a bugetelor naționale(22).

B. BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII

Boala cardiacă ischemică este definită ca boală a arterelor coronare, determinată de ateroscleroză, conducând la infarct miocardic acut sau ischemie. Boala cardiacă ischemică este cauzată de obstrucție coronariană și este cea mai frecventă manifestare a bolilor cardiovasculare.

INCIDENȚA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII

În anul 2023 au fost înregistrate 167739 cazuri noi de boli ischemice ale inimii. Rata incidenței bolilor ischemice ale inimii, înregistrată în cabinetele medicilor de familie (nestandardizată) este de 879,9‰000 locuitori. Analizând în dinamică rata incidenței bolilor ischemice ale inimii, înregistrată în cabinetele medicilor de familie pe perioada 2014–2023, se constată un trend ușor descendent, în scădere de la 932,3‰000 locuitori în 2014 la 879,9‰000 locuitori în 2023. Valorile variază ușor de la un an la altul, valoarea minimă fiind în anul 2020, respectiv 783‰000 locuitori (fig.17)(16).

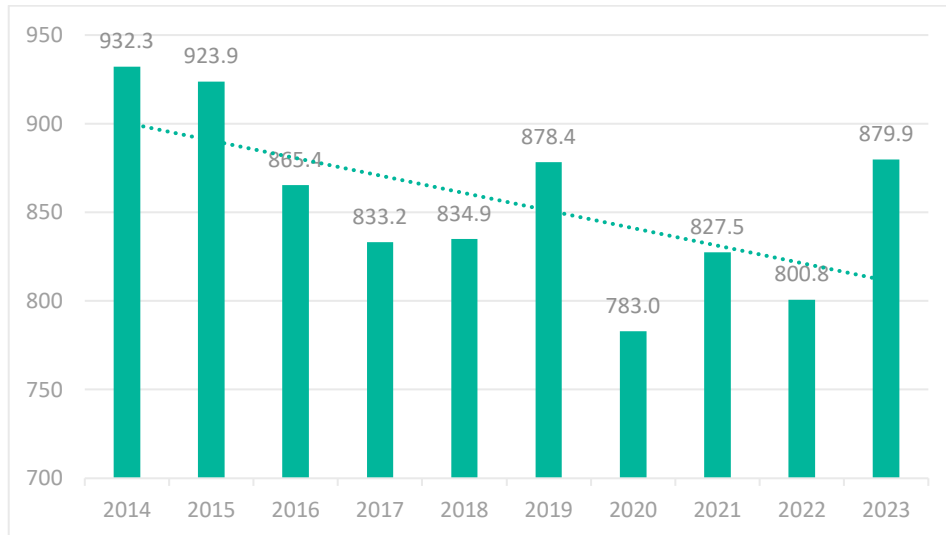


Figura 17 Incidența bolilor ischemice ale inimii în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

Pe medii, incidența prin bolile ischemice ale inimii în anul 2023 era mai mare în mediul urban (929,9%000 locuitori) comparativ cu mediul rural (825,6%000 locuitori) și față de media pe țară (879,9%000 locuitori)(16).

Pe genuri aceasta era mai mare pentru genul feminin (943,9%000 locuitori) comparativ cu genul masculin (812,2%000 locuitori) și față de media pe țară (879,9%000 locuitori)(fig.18)(16).

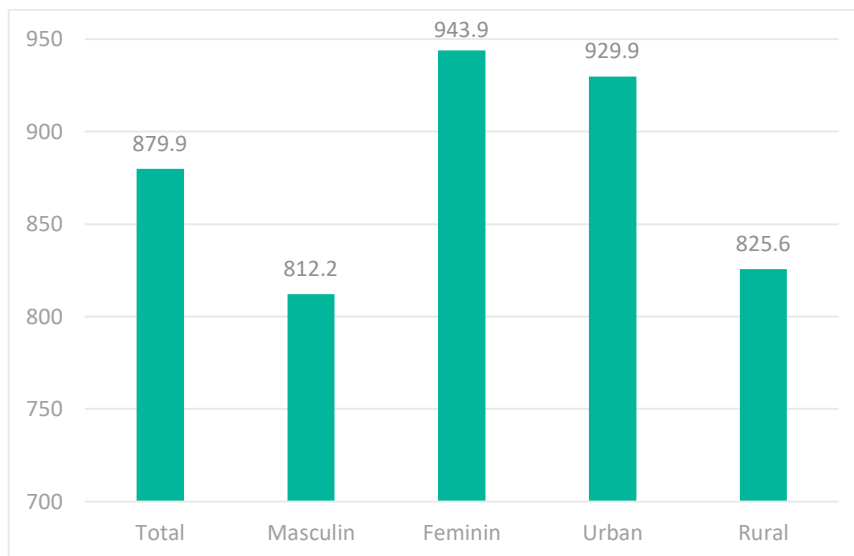


Figura 18 Incidența bolilor ischemice ale inimii în România, pe medii și gen, în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

Conform datelor ESC, în România, incidența standardizată a bolilor ischemice ale inimii înregistra în anul 2019 o valoare de 293 cazuri noi la 100000 de locuitori, aproape de egalitate



cu media țărilor ESC de 293,3‰00 cazuri și peste media țărilor UE de 241,1‰00 cazuri (fig.19) (1).

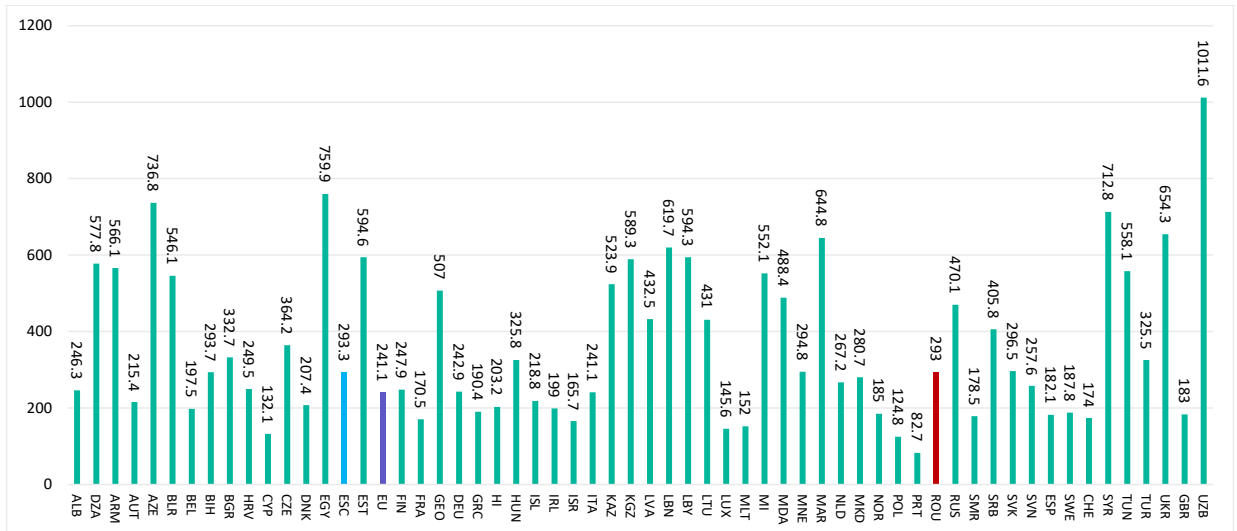


Figura 19: Incidența bolilor ischemice ale inimii, standardizată în funcție de vârstă, în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie

Sursa datelor: European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021

PREVALENȚA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII

Conform datelor INSP pe baza raportărilor primite de la DSP Județene, rata de prevalență a bolilor ischemice ale inimii a fost de 6678,4‰000 locuitori, reprezentând un număr de 1273143 cazuri în evidență prin boli ischemice ale inimii. Prevalența prin bolii ischemice ale inimii în perioada 2014-2023 a crescut de la 5732,6‰000 locuitori în 2014 la 6678,2‰000 locuitori în 2023, urmând un trend ascendent(fig.20)(16).

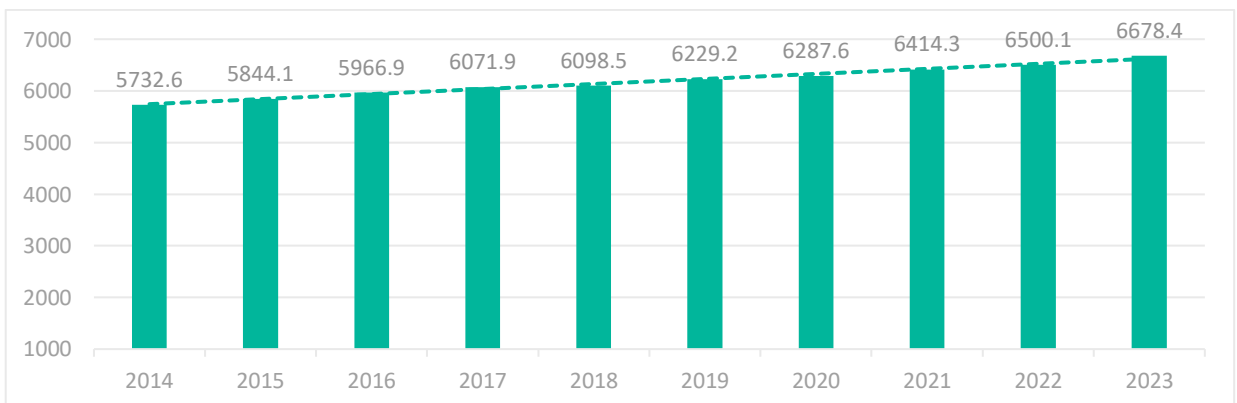


Figura 20 Prevalența bolnavilor cu boli ischemice ale inimii în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP-INSP



În context european, prevalența standardizată în funcție de vârstă a bolilor ischemice ale inimii, conform datelor ESC, relevă că valoarea înregistrată de 2876,8%000 locuitori în România era ușor sub media țărilor ESC (2894,8%000 locuitori), dar peste media țărilor UE (1995,1%000 locuitori)(fig.21) (1).

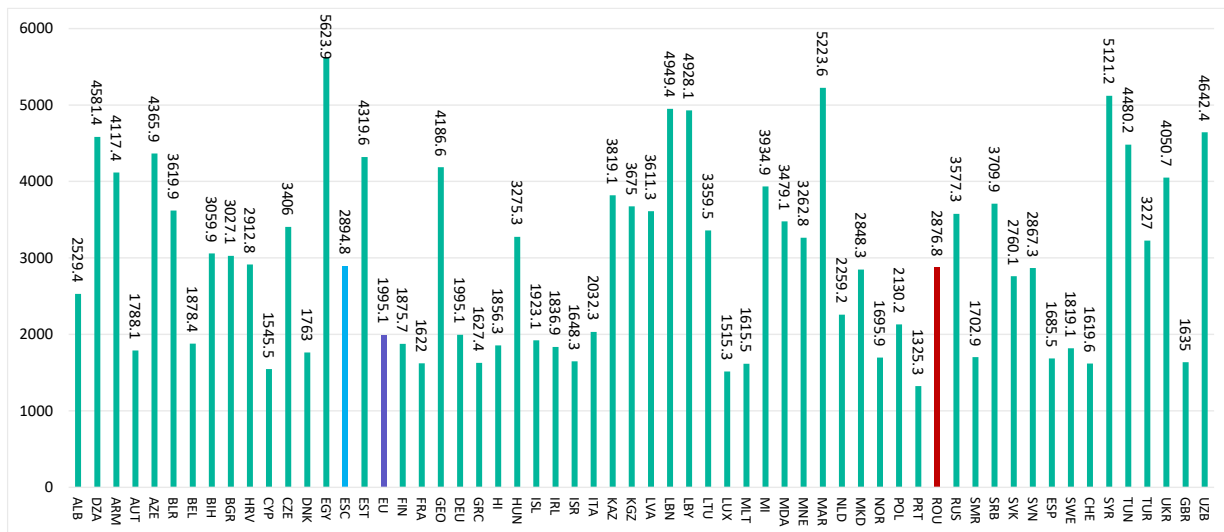


Figura 21: Prevalența prin bolile ischemice ale inimii, standardizată în funcție de vârstă, în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie

Sursa datelor: European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021

MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOALA ISCHEMICĂ A INIMII

Numărul bolnavi externați din spitale cu boală ischemică a inimii în 2023 a fost de 47874 cazuri. În perioada 2014 - 2021, rata de morbiditate spitalizată prin boala ischemică a inimii are un trend descendent, de la o rată de 299.7%000 loc înregistrată în 2014 la cea mai mică rată în 2020 (an de pandemie COVID-19), respectiv 157,4%000 loc, apoi trendul devine ușor ascendent atingând valoarea de 251,1%000 loc în 2023(fig.22)(16).

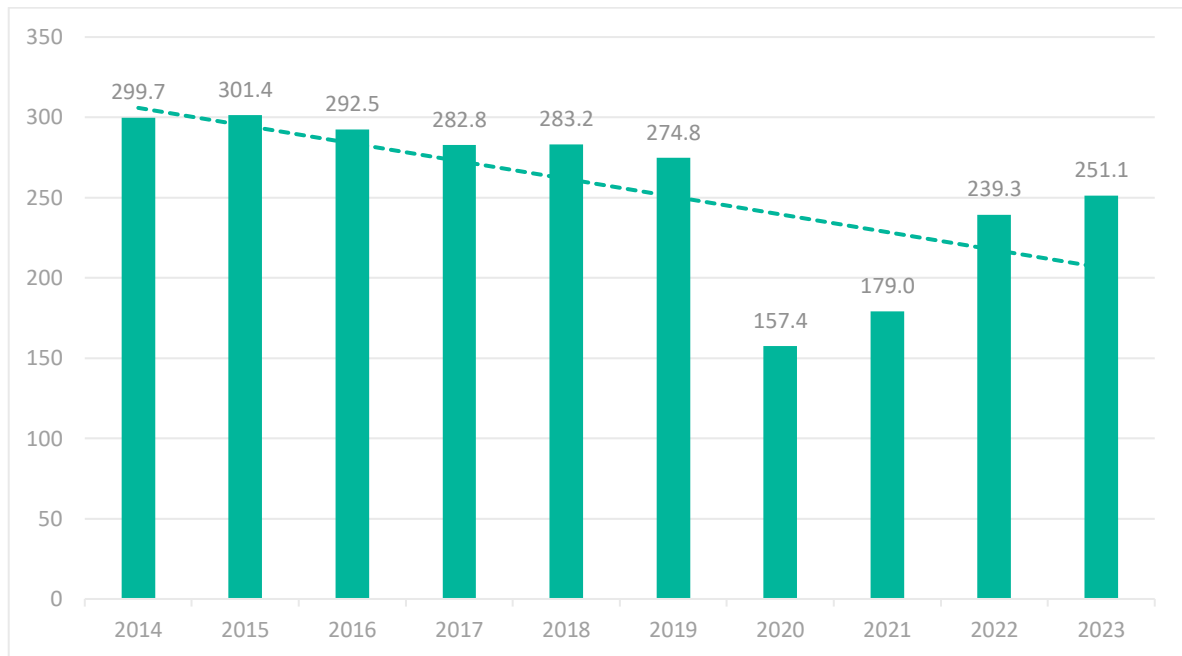


Figura 22 Morbidity ratea spitalizată, cazuri externate din spitale cu boală ischemică a inimii, România, 2014-2023
Sursa: CNSSP-INSP

Pe medii, morbiditatea spitalizată prin bolile ischemice ale inimii în anul 2023 a fost mai mare în mediul urban (287,7%000 locuitori) comparativ cu mediul rural (211,5%000 locuitori) și față de media pe țară (251,1%000 locuitori)(fig.23)(16).

Pe genuri, aceasta era mai mare pentru genul masculin (320,6%000 locuitori) comparativ cu genul feminin (185,5%000 locuitori) și față de media pe țară (251,1%000 locuitori)(fig23) (16).

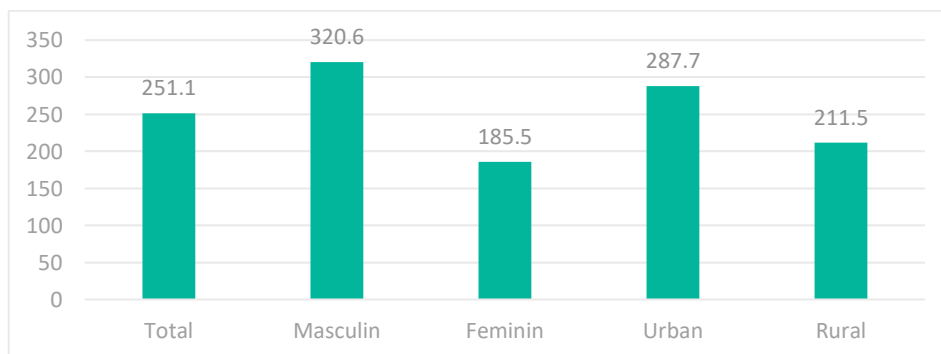


Figura 23 Morbidity ratea spitalizată, cazuri externate din spitale cu boală ischemică a inimii, pe medii și pe gen, România, în anul 2023

Sursa: CNSSP-INSP



MORTALITATEA PRIN BOLILE ISCHEMICE ALE INIMII

În anul 2023, în România au fost înregistrate 43460 decese prin boli ischemice ale inimii, reprezentând o rată de mortalitate de 198,7‰000 locuitori(16).

Analizând în dinamică mortalitatea prin bolile ischemice ale inimii, în perioada 2014-2023, se constată un trend ușor descendent, de la 227,5‰000 locuitori în 2014 la 198,7‰000 locuitori în 2023(fig.24)(16).

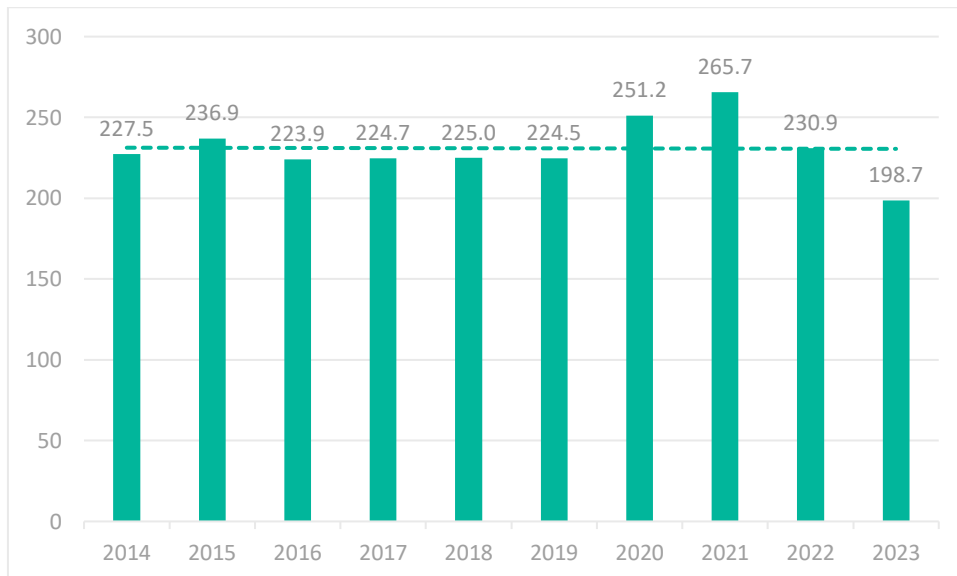


Figura 24 Mortalitatea prin bolile ischemice ale inimii în România, în perioada 2014-2023

Sursa: CNSSP-INSP

În România, mortalitatea prin boli ischemice ale inimii, în anul 2023, era mult mai mare în mediul rural (237,8‰000 locuitori) comparativ cu mediul urban (167,9‰000 locuitori) și față de media pe țară (198,7‰000 locuitori).

De asemenea, rata de mortalitatea prin boli ischemice ale inimii la genul masculin (205,1‰000 locuitori) era mai mare decât la genul feminin (192,6‰000 locuitori) și decât media pe țară (198,7‰000 locuitori)(fig.25)(16) .

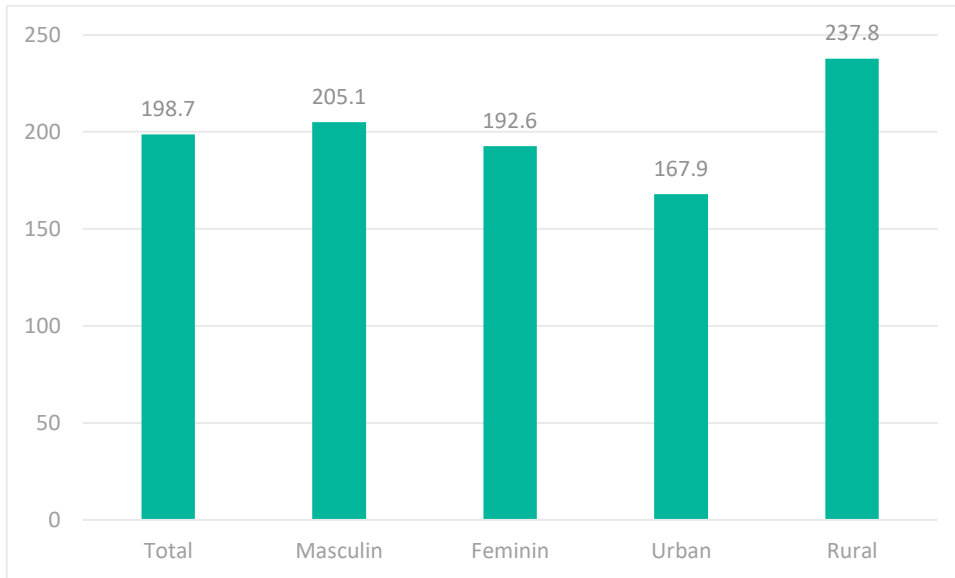


Figura 25 Mortalitatea generală prin boli ischemice ale inimii, România, pe medii și gen, în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

În context european, conform datelor Eurostat privind decesele prin boli ischemice ale inimii în anul 2019 se observa că România (283.0%000 locuitori) avea printre cele mai mari rate de mortalitate prin boli ischemice ale inimii (fig.26)(22).

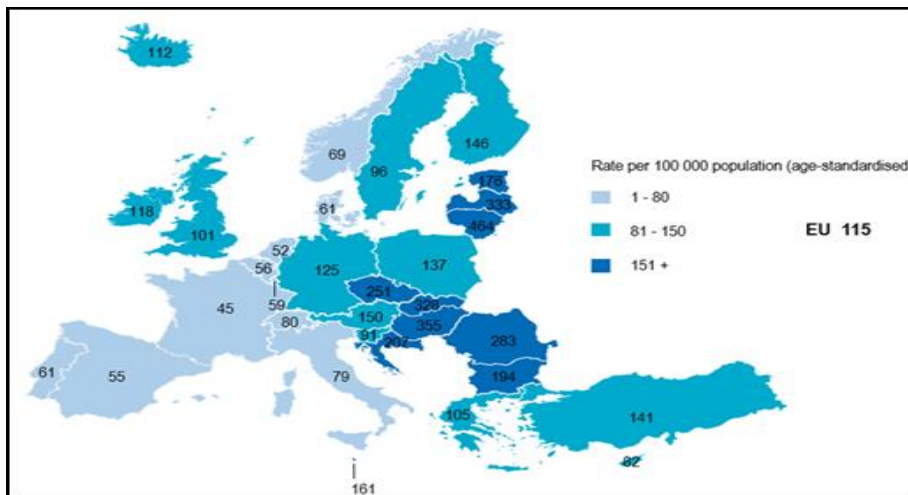


Figura 26: Mortalitatea prin boli ischemice ale inimii, 2019 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2022

În 2021, infarctul miocardic acut și alte boli cardiace ischemice (BCI) au reprezentat **11%** din toate decesele din țările OCDE.

Dintre țările OCDE, țările din Europa Centrală și de Est au înregistrat cele mai mari rate de mortalitate cauzate de BCI – în special Lituania, unde s-a înregistrat o rată standardizată de mortalitate de 395 decese la 100 000 de locuitori. Ratele au fost, de asemenea, relativ ridicate în Letonia, Ungaria, Mexic și Republica Slovacă în timp ce Coreea, Japonia, Franța și Țările de



Jos au avut cele mai scăzute rate dintre țările OCDE, la aproximativ o treime din media OCDE (fig. 27).

Între 2011 și 2021, ratele mortalității cauzate de BCI au scăzut în aproape toate țările OCDE, cu o reducere medie de 20%. Scăderile au fost cele mai pronunțate în Estonia (56%), Luxemburg și Costa Rica (ambele 45%). Cu toate acestea, trei țări – Mexic, Columbia și Turcia – au înregistrat creșteri ale mortalității, la fel ca Bulgaria și Peru, aspect corelat cu creșterea ratelor de obezitate și a prevalenței diabetului zaharat. România se remarcă prin rate standardizate de mortalitate mari prin BCI, de 236%000 locuitori în 2021 și respectiv 283,5%000 locuitori în 2011, situându-se peste media OECD 38 de țări în ambii ani (OECD - 114%000 locuitori în 2021 și 143.5%000 locuitori în 2011).

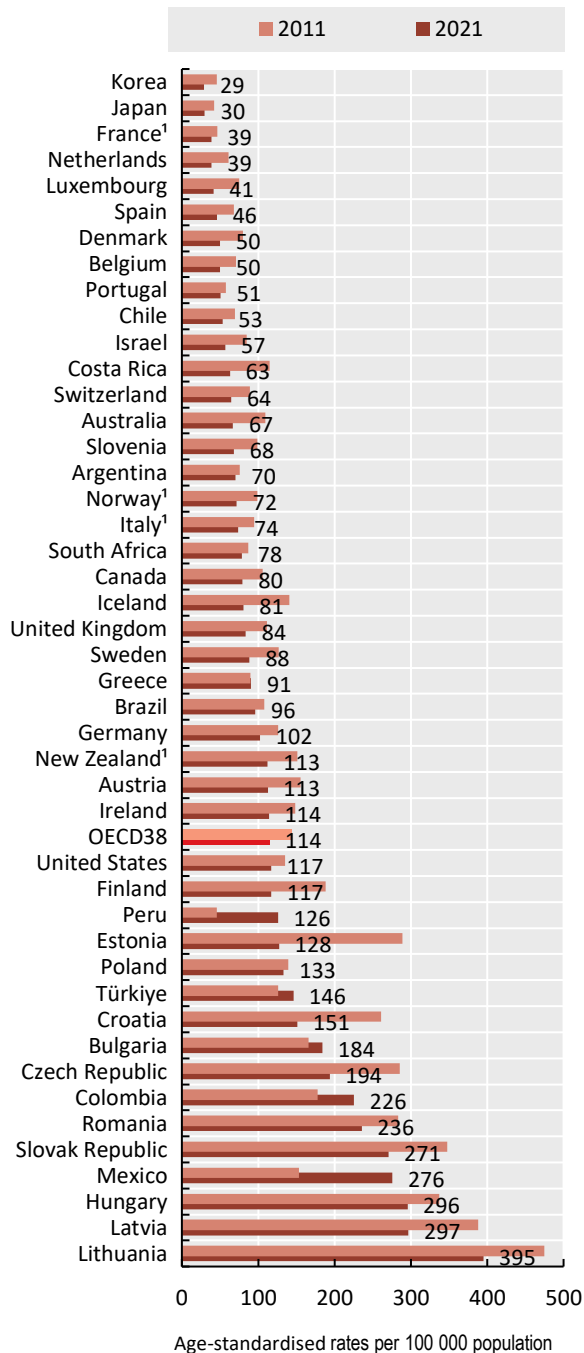


Figura 27 Mortalitatea prin boli ischemice ale inimii, rate standardizate în funcție de vârstă, 2011 și 2021 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: OECD Health Statistics 2023.

C. BOLILE CEREBROVASCULARE

Accidentul vascular cerebral, conform criteriilor OMS, este definit ca o afecțiune cu evoluție clinică rapidă cu semne de tulburare (de obicei focală) a funcției cerebrale, de durată mai mare



de 24 ore sau care poate duce la deces. Accidentul vascular cerebral poate fi hemoragic sau ischemic. Numărul de persoane care trăiesc cu accidentul vascular cerebral în Europa a fost destul de stabil în ultimii ani, dar este estimat să crească cu aproape o treime până în 2047, în principal din cauza îmbătrânirii populației și creșterii ratelor de supraviețuire îmbunătățită. Acest lucru a condus la modificarea strategiilor de prevenție, care vizează reducerea numărului de accidente vasculare cerebrale, tratarea pacienților în unități dedicate pentru accident vascular cerebral, dezvoltarea și implementarea unor planuri naționale, care vizează întregul lanț multisectorial de îngrijiri de sănătate.

INCIDENȚA BOLILOR CEREBROVASCULARE

În România, în anul 2023 rata incidenței prin boli cerebro-vasculare, înregistrată în cabinetele medicilor de familie a fost de 435,8‰000, respectiv 83075 cazuri noi. Dinamica, pentru perioada 2014-2023, este una ușor ascendentă(fig. 27)(16).

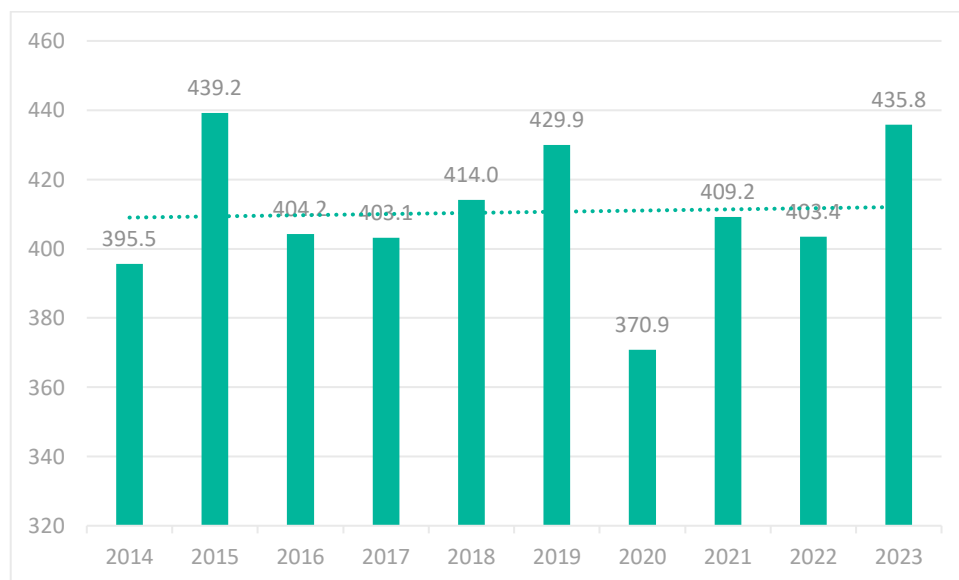


Figura 28: Incidența prin boli cerebro-vasculare în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP – INSP

Pe medii, incidența prin bolile cerebrovasculare în anul 2023 era mai mare în mediul urban (465,9‰000 locuitori) comparativ cu mediul rural (403,1‰000 locuitori) și față de media pe țară (435,8‰000 locuitori)(fig. 29)(16).

Pe genuri aceasta era mai mare pentru genul feminin (499,4‰000 locuitori) comparativ cu genul masculin (368,5‰000 locuitori) și față de media pe țară (435,8‰000 locuitori)(fig.29)(16).

insp.gov.ro

29

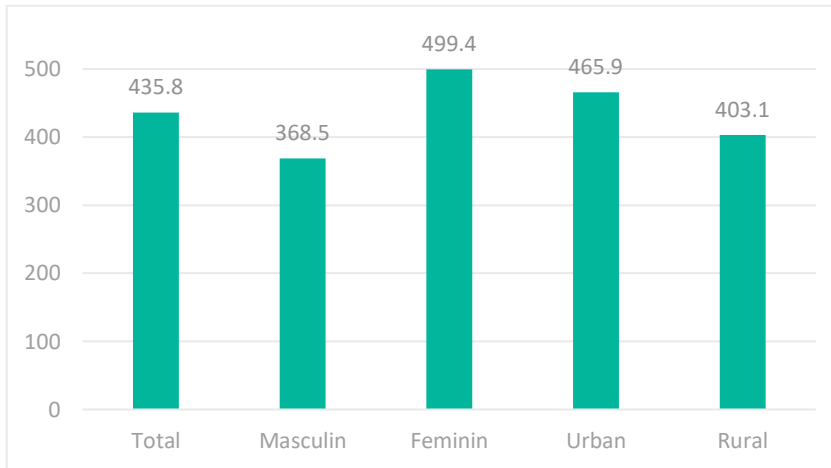


Figura 29 Incidența prin boli cerebrovasculare, România, pe medii și gen, în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

PREVALENȚA BOLILOR CEREBROVASCULARE

În anul 2023, conform datelor INSP pe baza raportărilor de la DSP prevalența prin boli cerebrovasculare a fost de 2331%000 locuitori, reprezentând un număr de 444369 cazuri în evidență de boli cerebro-vasculare. Prevalența prin boli cerebro-vasculare în perioada 2014-2023 a crescut continuu de la 1590,2%000 locuitori în 2014 la 2331%000 locuitori în 2023, având un trend ascendent(fig.30)(16).

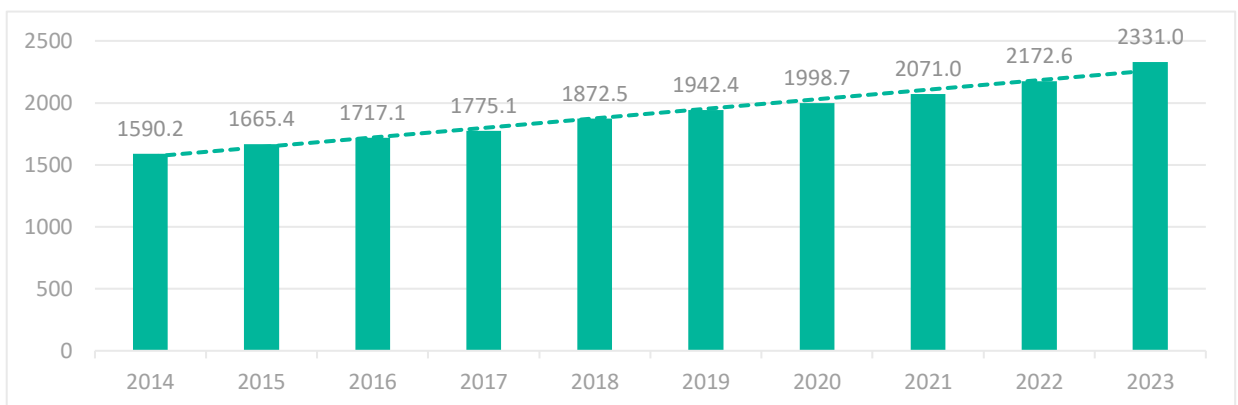


Figura 30 Prevalența prin boli cerebro-vasculare în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP-INSP

MORBIDITATEA SPITALIZATĂ PRIN BOLI CEREBRO-VASCULARE

Numărul bolnavi externați din spitale cu boli cerebro-vasculare în 2023 a fost de 78323 cazuri.



În perioada 2014 - 2021, rata de morbiditate spitalizată prin boli cerebro-vasculare are un trend descendent, de la o rată de 506,5%000 loc înregistrată în 2014 la cea mai mică rată în 2021 (an de pandemie COVID-19), respectiv 281,4%000 loc, apoi trendul devine ușor ascendent atingând valoarea de 410,8%000 loc în 2023(fig.31)(16).

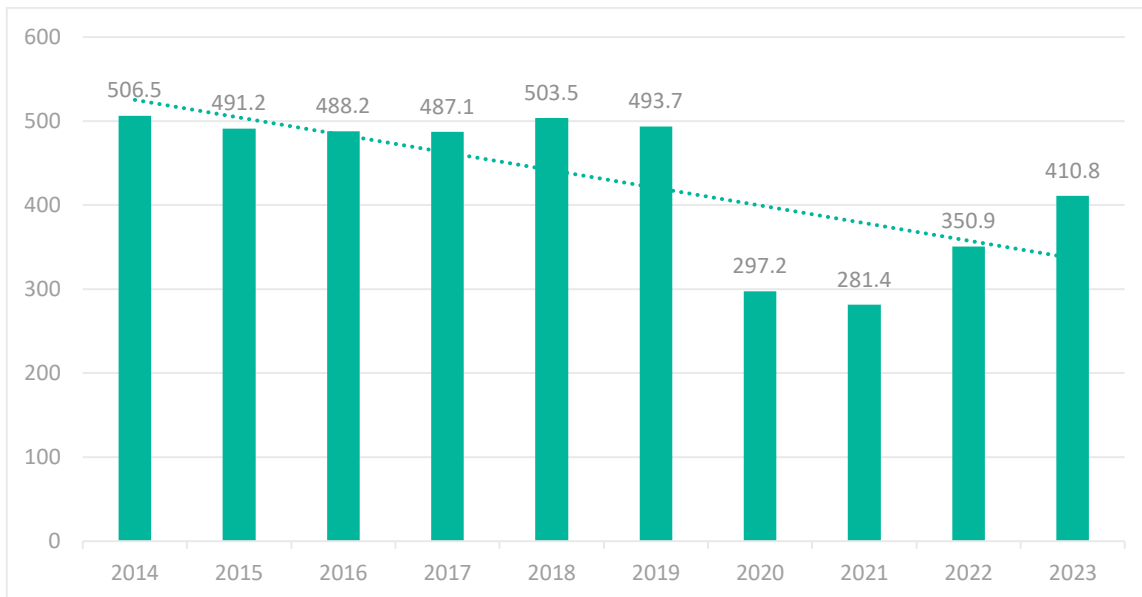


Figura 31 Morbiditatea spitalizată, cazuri externate din spitale cu boli cerebro-vasculare, România, 2014-2023
Sursa: CNSSP-INSP

Pe medii, morbiditatea spitalizată prin bolile cerebro-vasculare în anul 2023 era mai mică în mediul urban (398,2%000 locuitori) comparativ cu mediul rural (424,6%000 locuitori) și față de media pe țară (410,8%000 locuitori)(fig.32)(16).

Pe genuri, aceasta era mai mare pentru genul feminin (424,3%000 locuitori) comparativ cu genul masculin (396,6%000 locuitori) și față de media pe țară (410,8%000 locuitori)(fig.32)(16).

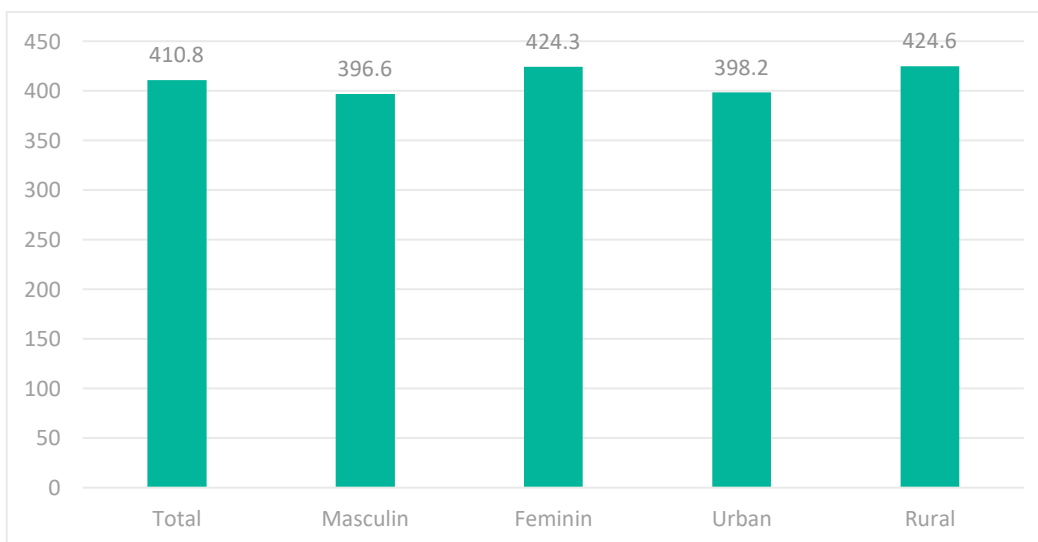




Figura 32 Morbiditatea spitalizată, cazuri externate din spitale cu boli cerebro-vasculare, pe medii și pe gen, România, 2014-2023

Sursa: CNSSP-INSP

MORTALITATEA PRIN BOLILE CEREBRO-VASCULARE

În anul 2023, în țara noastră, au fost înregistrate 31757 decese prin boli cerebro-vasculare reprezentând o rată a mortalității de 145,2‰000 locuitori. În dinamică, mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, în perioada 2014-2023, înregistrează un trend descendent, de la 200,6‰000 locuitori în 2014 la 145,2‰000 locuitori în 2023(fig. 33)(16).

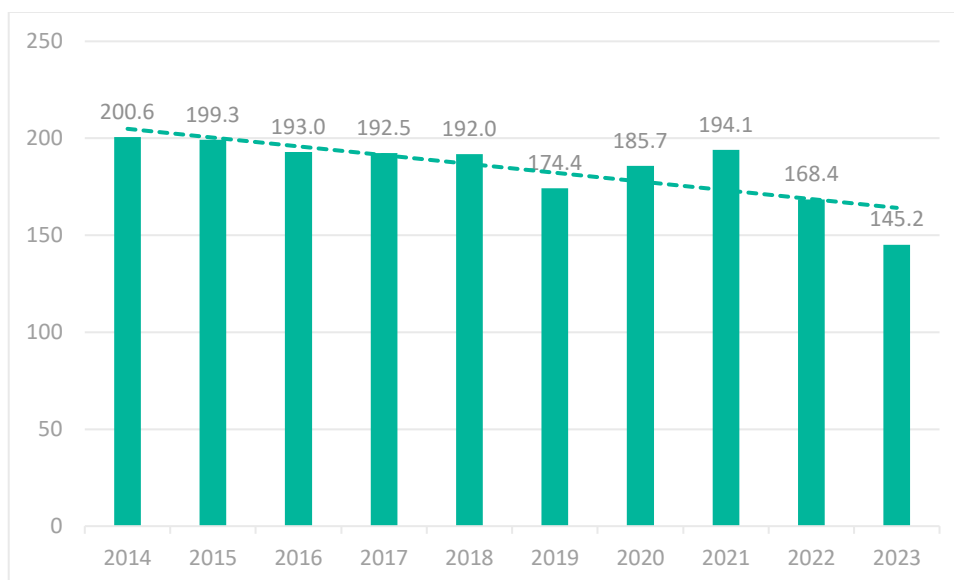


Figura 33 Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare în România, în anii 2014-2023

Sursa: CNSSP-INSP

Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, în anul 2023, era mai mare în mediul rural (181,2‰000 locuitori) comparativ cu mediul urban (116,9‰000 locuitori) și față de media pe țară (145,2‰000 locuitori)(16).

Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, în anul 2023, a fost mai mare pentru genul feminin (155,1‰000 locuitori) comparativ cu genul masculin (134,8‰000 locuitori) și față de media pe țară (145,2‰000 locuitori)(fig. 34)(16).

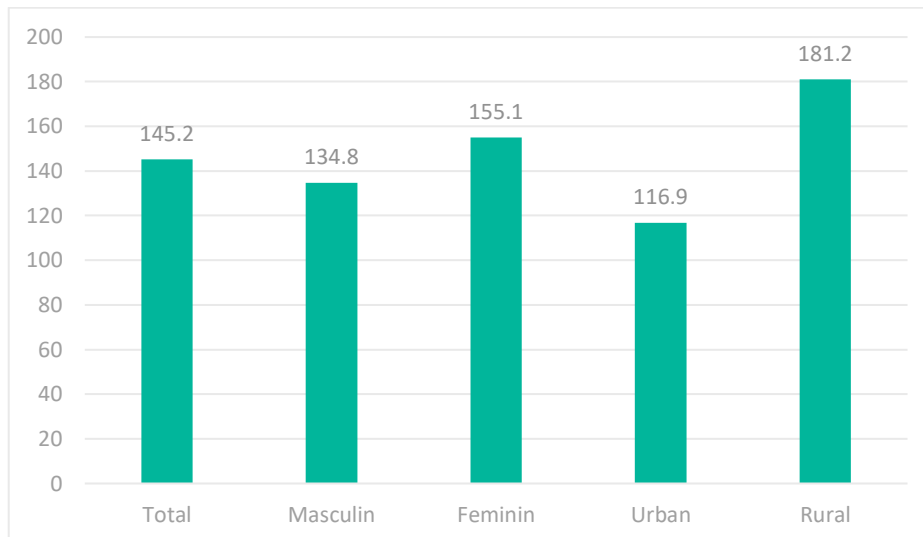


Figura 34 Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, în România, pe medii și gen, în anul 2023

Sursa: CNSSP – INSP

În context european, bolile cerebro-vasculare au fost responsabile pentru aproximativ 355 000 de decese, reprezentând unul din 12 decese (8%). În România, ratele mortalității prin accident vascular cerebral au fost de trei până la patru ori mai mari decât media UE (fig.35) (22).

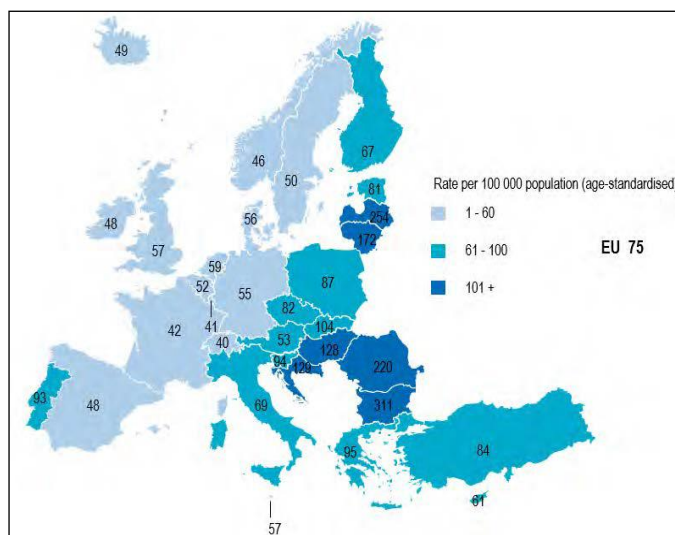


Figura 35 Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, anul 2019 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2022

Bolile cerebro-vasculare au fost cauza principală a **6%** din decese în țările OCDE în 2021. Ratele standardizate în funcție de vârstă ale mortalității prin boli cerebro-vasculare au fost deosebit de ridicate în Letonia, Lituania și Ungaria, precum și în Bulgaria, România și Africa de Sud (fig. 36). Ratele standardizate ale mortalității cauzate de bolile cerebro-vasculare au scăzut în aproape toate țările membre și partenere ale OCDE în perioada 2011 - 2021, cu o reducere medie de 25% în țările OCDE. Cu toate acestea, au fost observate mici creșteri ale acestor rate



în Letonia și Statele Unite. România se remarcă prin rate standardizate de mortalitate mari prin bolile cerebro-vasculare, de 183%000 locuitori în 2021 și respectiv 263,6%000 locuitori în 2011, situându-se peste media OECD38 de țări în ambii ani (OECD - 61%000 locuitori în 2021 și 80,81%000 locuitori în 2011)(fig.36).

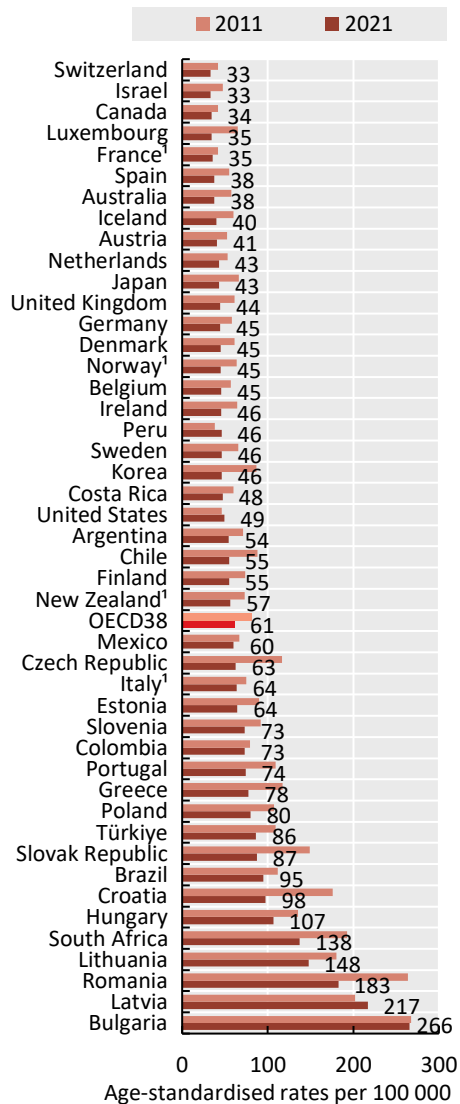


Figura 36 Mortalitatea prin boli cerebro-vasculare, rate standardizate în funcție de vârstă, 2011 și 2021 (sau cel mai apropiat an) Sursa: OECD Health Statistics 2023.

D. BOLILE CARDIOVASCULARE – FACTORI DE RISC

INDICELE DE MASĂ CORPORALĂ



Conform raportului OECD (2023)(10), în majoritatea țărilor OCDE care colectează date auto-raportate despre înălțimea și greutatea corporală, mai mult de jumătate dintre adulți erau supraponderali sau obezi. În anul 2021, în medie, în 32 de țări OCDE, 54% din populația adultă era supraponderală sau obeză, 18% fiind obezi. Bărbații au fost mai predispuși decât femeile să fie supraponderali sau obezi în toate țările. Diferența între genuri a fost mai mare în Luxemburg, Germania și Republica Cehă (o diferență de 19-20 de puncte procentuale).

În România ponderea ratei de supraponderalitate (inclusiv obezitate) era de 75% la bărbați și 59% la femei, valori mai ridicate față de valoarea medie OECD32 de 60% la bărbați și 47% la femei. În țara noastră, ponderea obezității autodeclarate de 11% este sub media OECD32 de 16%, însă rata de supraponderalitate este mai mare decât media OECD32 (56% vs 35%)(fig.35).

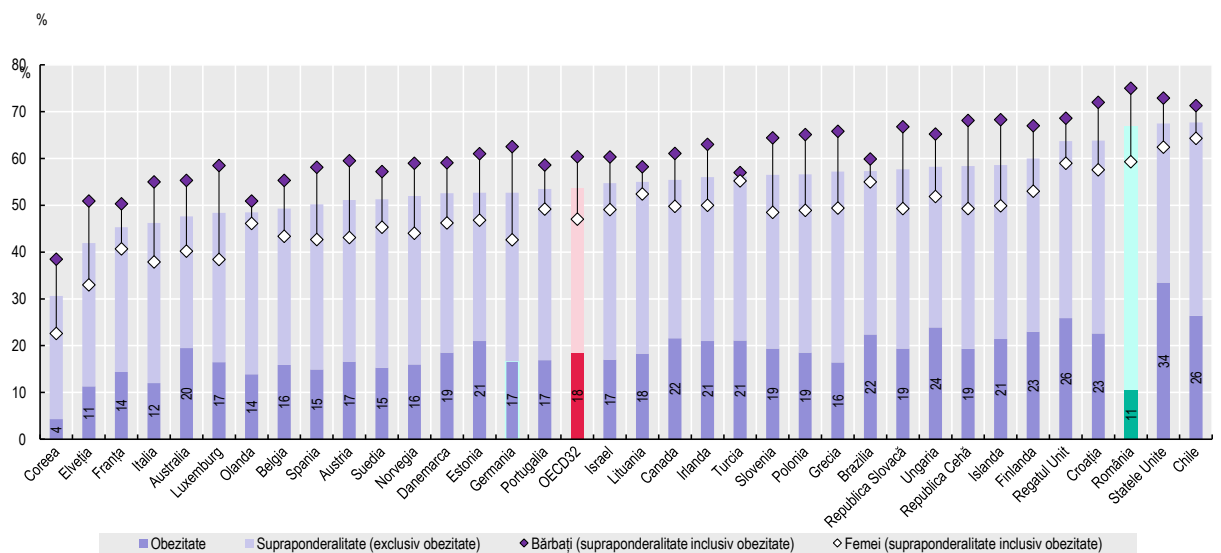


Figura 37 Ratele de supraponderalitate (inclusiv obezitate) auto-raportate în rândul adulților, în funcție de gen, în anul 2021 sau cel mai apropiat an

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

Datele măsurate privind înălțimea și greutatea sunt un indicator mai fiabil, dar sunt disponibile pentru un număr mai restrâns de țări. Dintre cele 16 țări OCDE cu date măsurate, 60% dintre adulți erau supraponderali sau obezi, 26% fiind obezi în 2021 sau în ultimul an disponibil. În 13 din aceste 16 țări, peste jumătate din populația adultă era supraponderală sau obeză. Pentru România nu sunt disponibile date măsurate privind înălțimea și greutatea.

În majoritatea țărilor în care ratele de supraponderalitate și obezitate au fost scăzute din punct de vedere istoric, cum ar fi Japonia, Coreea, Letonia și Belgia, precum și în Brazilia, țara parteneră, aceste rate au crescut în ultimii ani cu 1-2 procente per an. În țările cu proporții relativ mari de adulți supraponderali și obezi, ratele au crescut de asemenea cu aproximativ 1%



anual în Ungaria, Mexic, Noua Zeelandă și Statele Unite și într-un ritm relativ mai lent în Marea Britanie (10).

CONSUMUL DE TUTUN

Fumatul crește riscul de deces din cauza bolilor cardiovasculare de până la trei ori(2). Fumatul este cel mai important factor de risc pentru producerea infarctului miocardic, chiar și numai o țigară pe zi crescând riscul de apariție cu 50%. În ciuda unor progrese înregistrate în ultimul deceniu în reducerea fumatului, în medie, în țările UE, în anul 2020, aproximativ unul din cinci adulți (19%) încă mai fuma zilnic. În anul 2020 proporția adulților care fumau zilnic în România era 19%, aceeași cu media UE(22).

Raportul Health at a Glance: Europe 2023 evidențiază că, în țările OECD, 15,9% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste au fumat zilnic. Rata fumatului a variat de la rate de peste 25% în Franța și Turcia la rate sub 10% în Islanda, Costa Rica, Norvegia, Mexic, Canada, Statele Unite, Noua Zeelandă și Suedia. Bărbații au fumat mai mult decât femeile în toate țările, cu excepția Norvegiei - în medie, în țările OCDE, 19,9% dintre bărbați au fumat zilnic, comparativ cu 12,3% dintre femei. Diferențele între genuri în ceea ce privește rata fumatului au fost relativ mari în Coreea, Turcia și Letonia, precum și în Indonezia, China, Africa de Sud și România. În rândul bărbaților, ratele consumului zilnic de tutun au fost cele mai ridicate în Indonezia, China și Turcia (peste 40%) și cele mai scăzute în Norvegia, Islanda, Canada, Noua Zeelandă și Statele Unite (sub 10%). În cazul femeilor, cele mai mari rate au fost în Bulgaria, Ungaria și Franța (peste 20%) și cele mai scăzute în India, China, Indonezia, Peru, Costa Rica, Mexic și Coreea (sub 5%)(10).

În România un procent de 19% persoane peste 15 ani fumau zilnic, ușor peste media OECD de 16%. Rata consumului zilnic de tutun la bărbații din țara noastră a fost mai mare decât media OECD (31% vs 20%), în timp la femei s-a situat sub media OECD (8% vs 12%)(10).

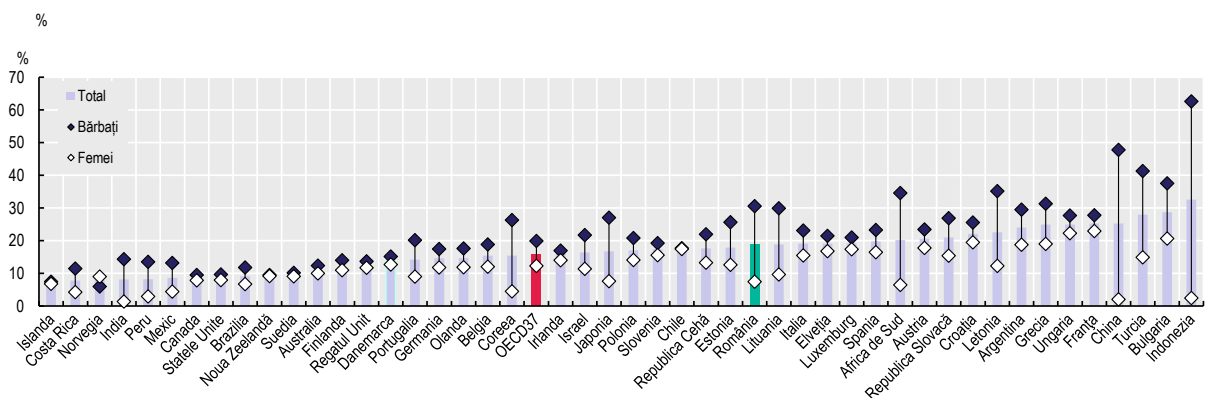




Figura 38 Rata fumatului zilnic în rândul adulților, după gen, 2021 sau cel mai apropiat an

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

În ultimul deceniu, rata zilnică a fumatului a avut un trend descendent în 31 din cele 35 de țări OCDE cu date disponibile privind evoluția acestui indicator în timp. În medie, acesta a scăzut de la 20,6% în 2011 la 15,9% în 2021(10). Reducerile cele mai mari ale ratei fumatului zilnic au fost înregistrate în Norvegia, Estonia și Irlanda (cu peste 8 puncte procentuale), în timp ce în Mexic, Ungaria și Slovenia scăderea a fost mai mică (sub 2 puncte procentuale). Rata fumatului a crescut ușor în Slovacia, Luxemburg și Turcia (cu 2 puncte procentuale)(10).

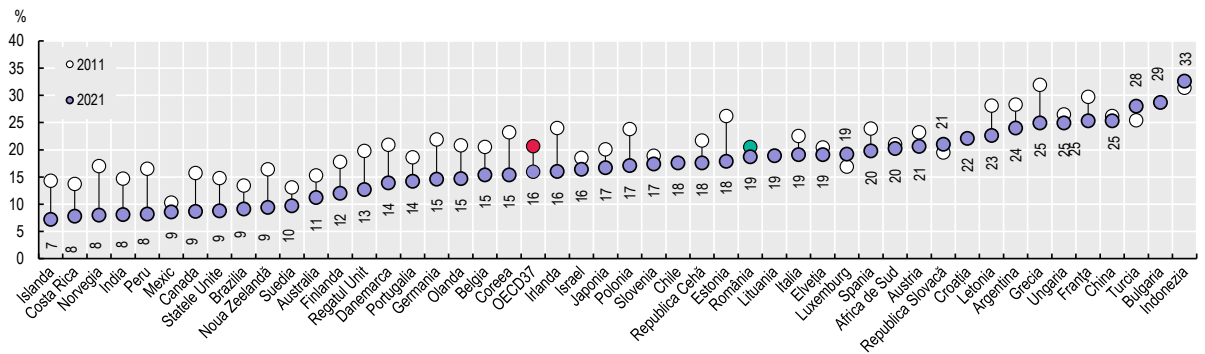


Figura 39 Modificări ale ratelor fumatului zilnic în rândul adulților, în anii 2011 și 2021 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

CONSUMUL DE ALCOOL

Consumul ridicat de alcool este asociat cu risc crescut de boli de inimă, accident vascular cerebral, ciroză hepatică, anumite tipuri de cancer, însă și consumul de alcool cu risc scăzut crește riscul pe termen lung de a dezvolta aceste afecțiuni-

Măsurat prin datele privind vânzările (vânzări anuale de alcool pur în litri per persoană cu vârsta de 15 ani și peste), consumul total de alcool a fost în medie de 8,6 litri de persoană în țările OCDE în 2021, în scădere de la 8,9 litri în 2011. Letonia și Lituania au raportat cel mai mare consum în 2021 (peste 12 litri per persoană), urmate de Republica Cehă, Estonia și Austria - toate cu peste 11 litri de persoană. Turcia, Costa Rica, Israel și Columbia au avut niveluri de consum relativ scăzute (sub 5 litri per persoană). Printre țările în curs de aderare și partener, consumul a fost relativ ridicat în Bulgaria și România (11 litri și peste per persoană) și scăzut în Indonezia, India și China (sub 5 litri per persoană)(10).



Consumul mediu a scăzut în 23 de țări OCDE între 2011 și 2021, cele mai mari reduceri fiind înregistrate în Lituania și Irlanda (cu peste 2 litri). Cu toate acestea, consumul de alcool a crescut cu peste 2 litri de persoană în Letonia și cu aproximativ 1 litru de persoană în Mexic și Norvegia, precum și în țările în curs de aderare, Bulgaria și România.

În România s-a înregistrat o creștere a consumului mediu de alcool în rândul populației peste 15 ani de la 9,6% în 2011 la 11% în anul 2021, în timp ce media OECD a scăzut în același interval de la 8,9% la 8,6%(10).

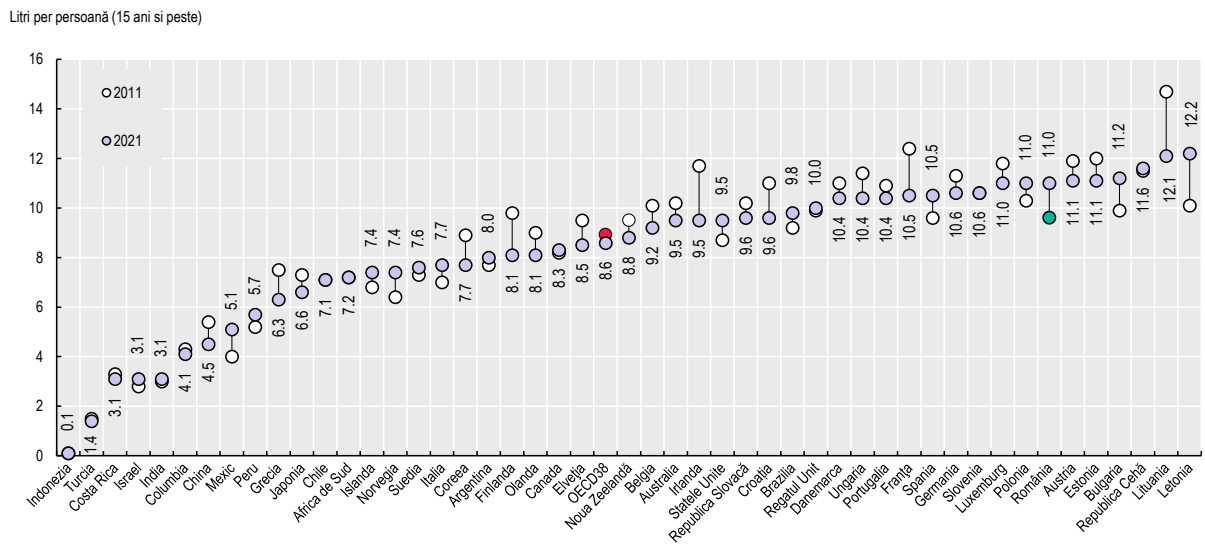


Figura 40 Modificări ale consumului înregistrat de alcool în rândul populației peste 15 ani, în 2011 și 2021 (sau cel mai apropiat an) Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

Consumul episodic excesiv de alcool este definit ca proporția adulților cu vârsta de 18 ani și peste care au raportat că au consumat 60 g sau mai mult de etanol pur într-un singur episod în ultimele 30 de zile.

Aproape unul din cinci adulți (19%) a raportat consumul excesiv de alcool episodic cel puțin o dată pe lună, în medie în 29 de țări OCDE în 2019. Această proporție variază de 10 ori, de la mai puțin de 3% în Turcia și Italia la peste 30% în Germania, Luxemburg, Marea Britanie și Danemarca, precum și în România. În medie, în țările OCDE, 26% dintre bărbați au raportat consumul excesiv de alcool episodic cel puțin o dată pe lună, comparativ cu 12% dintre femei. Două schimbări inovatoare recente apar în peisajul politicii privind alcoolul. Unul este utilizarea prețului unitar minim (MUP), care stabilește un preț minim sub care alcoolul nu poate fi vândut legal. MUP vizează alcoolul ieftin care este consumat de băutorii înrăiți. MUP a fost introdus în Irlanda în 2022 și este deja în vigoare în două dintre țările din Regatul Unit (Scoția și Țara Galilor) și în unele regiuni din Australia și Canada. A doua inovație este legislația care impune



etichetarea produselor alcoolice. În timp ce etichetele de avertizare cu privire la pericolele consumului de alcool în timpul sarcinii există deja în unele țări, Irlanda a devenit prima țară la nivel global care a impus etichete cu avertismente de sănătate la nivelul întregii populații pentru produsele alcoolice (cum ar fi riscul asociat alcoolului de cancer și boli hepatice)(10).

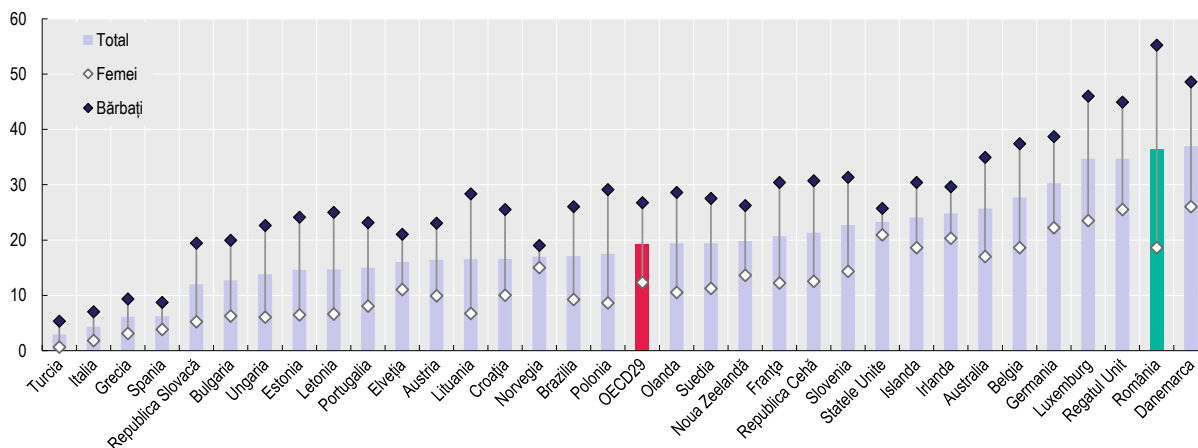


Figura 41 Proportia persoanelor adulte care au raportat consum episodic excesiv de alcool, în funcție de gen, 2019 (sau cel mai apropiat an) Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

În România proporția persoanelor peste 18 ani care au raportat un episod de consum excesiv de alcool în ultimele 30 de zile este de 36%, peste media OECD29 de 19%. Acest tipar comportamental este mai evident în rândul bărbaților (55%, peste media OECD 29 de 27%), decât în rândul femeilor (19% față de 12% media OECD29)(10).

ACTIVITATEA FIZICĂ

Indicatorul privind activitatea fizică se referă la timpul petrecut cu activitatea fizică aerobă de intensitate moderată până la viguroasă, care nu este legată de muncă, date colectate de la EHIS 2019.

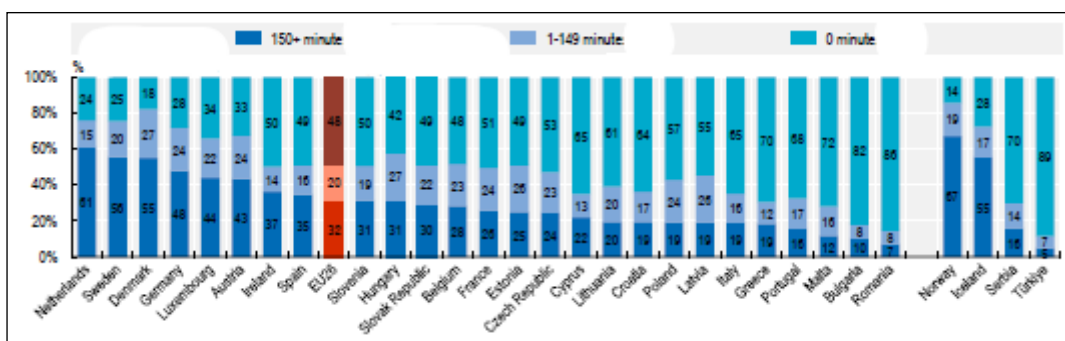


Figura 42: Timpul alocat activității fizice în rândul adulților, în anul 2019

Sursa: Health at a Glance: Europe 2022



Activitatea fizică regulată este, de asemenea, importantă pentru îmbunătățirea sănătății mentale și musculo-scheletice și pentru reducerea riscului de diverse boli netransmisibile.

OMS recomandă ca adulții să efectueze cel puțin 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată sau cel puțin 75 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă (sau o combinație a ambelor) pe săptămână, în diferite medii, și să limiteze timpul petrecut fiind sedentar. Se estimează că creșterea nivelurilor de activitate fizică conform recomandării OMS ar reduce povara bolii și ar preveni peste 10 000 de decese premature anual în țările europene.

În 2019, mai mult de o treime (40%) dintre adulți au raportat că au efectuat în medie cel puțin 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată până la viguroasă pe săptămână, în 32 de țări OCDE. Această proporție a variat de la 10 % sau mai puțin în Turcia și în România, țara în curs de aderare, la peste 50 % în Elveția, Australia, Norvegia, Țările de Jos, Anglia (Regatul Unit), Suedia, Islanda, Danemarca, Japonia și Noua Zeelandă. O proporție mai mare de bărbați au raportat că efectuează cel puțin 150 de minute de activitate fizică săptămânală decât femeile din toate țările, cu excepția Danemarcei, Suediei și Islandei. Diferența de gen a fost cea mai mare în Republica Cehă, Franța, Japonia, Republica Slovacă și Spania (peste 10 puncte procentuale)(10).

În România numai 8% din populația adultă efectuează minimum de activitate fizică recomandat, față de 40,33% media OECD. Există disparități și pe genuri, în România ponderea femeilor care efectuează minimum de activitate fizică recomandat este de 3,9% față de 36% media OECD, și 12,4% dintre bărbați de la noi din țară față de 42,9% media OECD(10).

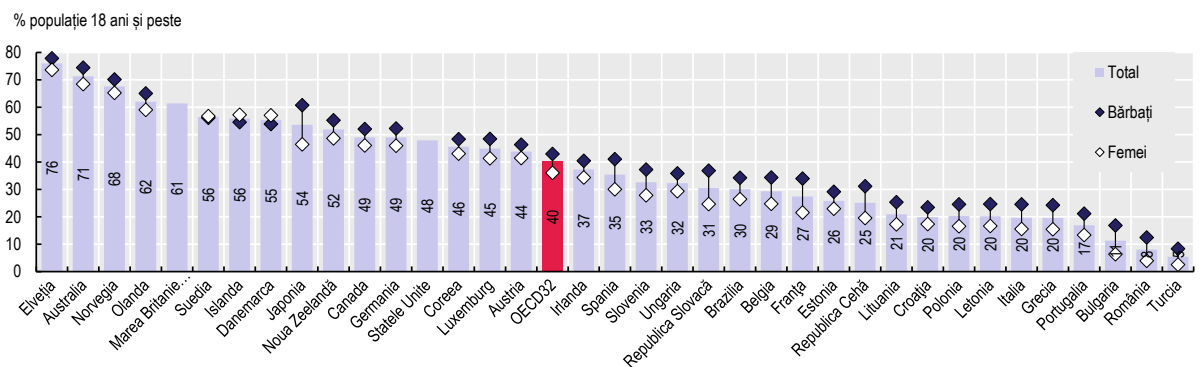


Figura 43 Ponderea populației care efectuează minimum de activitate fizică (150 min pe săptămână) recomandat, în rândul adulților, pe gen, în anul 2019 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

CONSUMUL DE FRUCTE ȘI LEGUME

insp.gov.ro

Adresa: str. Mihai Viteazul nr. 20, cod poștal 200759, Craiova, județul Dolj | Telefon secretariat: + 4 0251 378 464
E-mail: secretariat.craiova@insp.gov.ro



Consumul regulat de fructe și legume este asociat cu rezultate îmbunătățite pentru sănătate - în special în reducerea riscului de boli cardiovasculare și anumite tipuri de cancer. OMS recomandă consumul a cel puțin 400 g sau cinci sau mai multe porții de fructe și legume pe zi. O dietă sănătoasă poate reduce, de asemenea, probabilitatea de a fi supraponderal sau obez. Indicatorul privind consumul de fructe și legume se referă la ponderea adulților (cu vârsta de 18 ani și peste) care raportează că consumă cinci sau mai multe porții pe zi, excluzând sucurile de fructe sau legume și cartofii, date colectate de la EHIS 2019.

15% dintre adulți au raportat că mănâncă în medie cinci sau mai multe porții de fructe și legume pe zi în 30 de țări OCDE cu date comparabile. Țările cu cele mai mari proporții de adulți care au raportat consumul a cinci sau mai multe porții de fructe și legume pe zi au fost Irlanda, Regatul Unit, Coreea, Israel și Țările de Jos (30% sau mai mult). În schimb, proporția a fost de 5 % sau mai puțin în Turcia și Slovenia, precum și în țările în curs de aderare, România și Bulgaria. Femeile sunt mai predispuse decât bărbații să consume cinci sau mai multe porții de fructe și legume pe zi în toate țările OCDE, cu excepția Greciei și Coreei. Diferența de gen a fost cea mai mare în Danemarca, Finlanda și Irlanda(10).

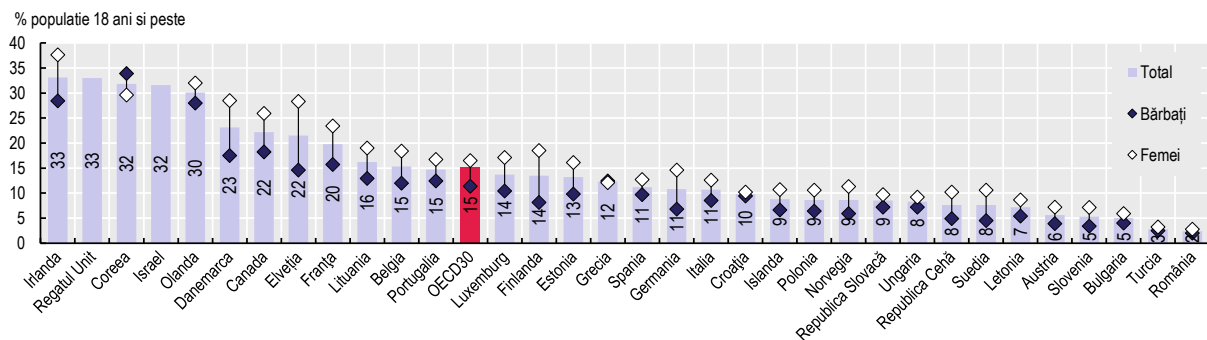


Figura 44 Frecvența consumului zilnic cinci sau mai multe porții de fructe și legume la adulți, pe gen, în anul 2019 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

Consumul de legume este definit ca proporția de adulți care consumă cel puțin o legumă pe zi, excluzând sucul și cartofii. În medie, în 31 de țări OCDE, 57% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste au consumat legume în fiecare zi în 2021. Țările cu cele mai mari rate de consum de legume au fost Coreea, Noua Zeelandă și Statele Unite, toate înregistrând valori mai mari de 90%. La celălalt capăt al spectrului, consumul zilnic de legume a fost sub 40% în Luxemburg, Țările de Jos și Letonia, precum și în România. Consumul zilnic de legume a fost mai mare în rândul femeilor decât al bărbaților în țările OECD31, cu excepția Mexicului.



În medie, în țările OECD31, 62% dintre femei consumă cel puțin o porție de legume pe zi, comparativ cu 52% dintre bărbați, iar România se situează mult sub această medie cu 15% din populația de genul masculin și 19% din populația de genul feminin(10).

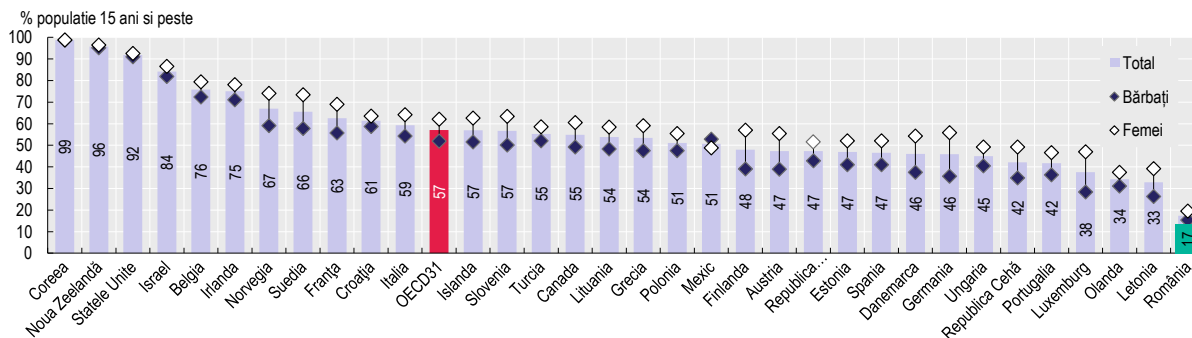


Figura 45 Consumul zilnic de legume la populația peste 15 ani, pe gen, în anul 2021 (sau cel mai apropiat an)

Sursa: Health at a Glance: Europe 2023

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Hipertensiunea arterială (tensiune arterială ridicată) apare atunci când presiunea din vasele de sânge este mai mare de 140/90 mmHg. La nivel European, ponderile cele mai ridicate în ceea ce privește boala hipertensivă auto-declarată în rândul populației cu vârsta de 15 ani și peste au fost înregistrate în Croația (37,3 %), Letonia (31,7 %); România se situează la polul opus cu 15,7 %. Distribuția pe genuri indică o pondere mai mare a HTA auto-declarate la femei față de bărbați la nivelul țărilor UE. În 2019, în România această diferență de gen a fost considerabilă, valorile raportate de femei fiind de 18% în timp ce bărbații raportează valori mari ale HTA doar în procent de 13%.

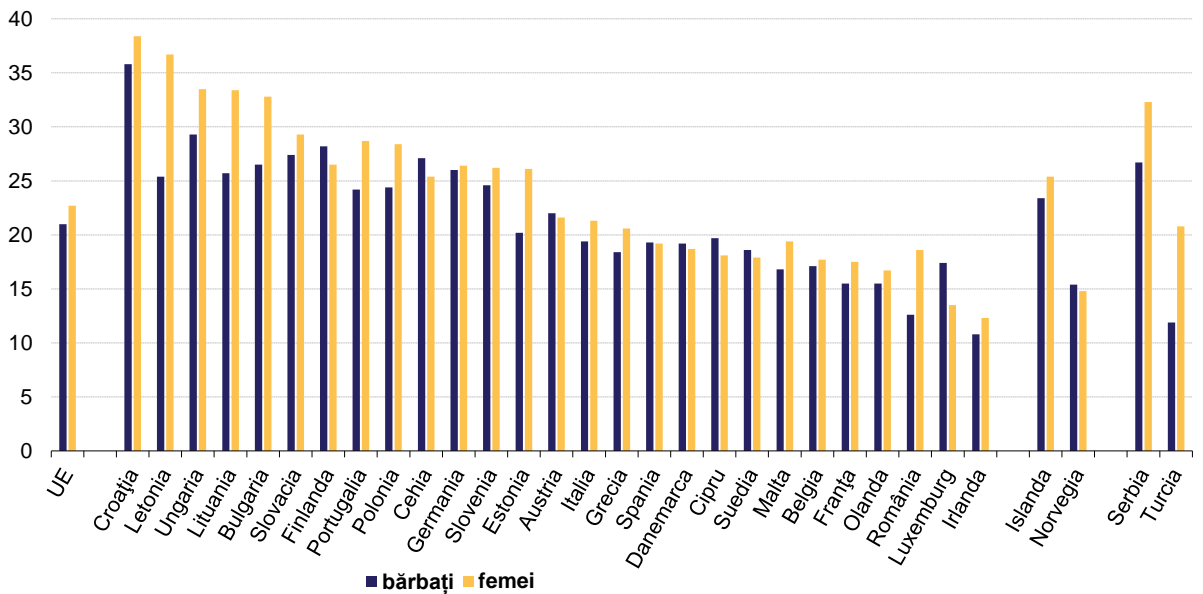


Figura 46: Ponderea populației cu vârsta de 15 ani și peste care raportează că are hipertensiune arterială, în funcție de gen, 2019

Sursa: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics
La nivel național, analizând în dinamică incidența cazurilor noi de boli hipertensive, înregistrată în cabinetele medicilor de familie în perioada 2014-2023, se constată că valorile oscilează între 1765,2%000 locuitori în 2014, la 1764,7%000 locuitori în 2023. Cea mai mică valoare în intervalul studiat a fost în 2020, de 1433,6%000 locuitori.(fig.47)(16)

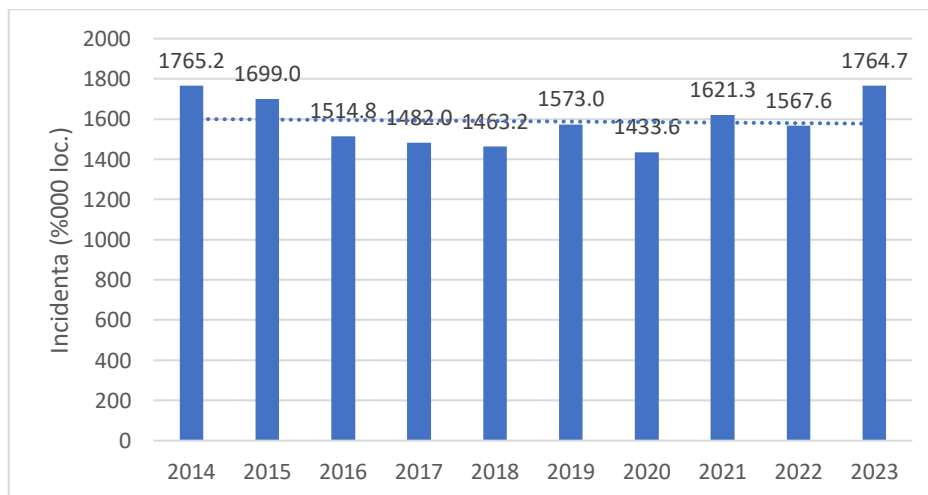


Figura 47 Incidența prin boli hipertensive în România, în anii 2014-2023,

Sursa CNSSP – INSP

DIABETUL ZAHARAT

insp.gov.ro

Adresa: str. Mihai Viteazul nr. 20, cod poștal 200759, Craiova, județul Dolj | Telefon secretariat: + 4 0251 378 464
E-mail: secretariat.craiova@insp.gov.ro



Diabetul zaharat este o afecțiune care nediagnosticată sau incorect controlată, poate duce la complicații grave, inclusiv orbire, insuficiență renală și amputația membrelor inferioare. Diabetul zaharat crește riscul de boli cardiovasculare.

În țările UE în anul 2019, peste 7% dintre adulți au raportat, că au fost diagnosticați cu diabet zaharat. Ratele au variat de la 9% sau mai mult în Croația, Portugalia și Finlanda la mai puțin de 5% în Irlanda, Luxemburg și România. Prevalența diabetului zaharat a crescut cel puțin ușor între 2009 și 2019 în toate cele 17 țări din UE (22).

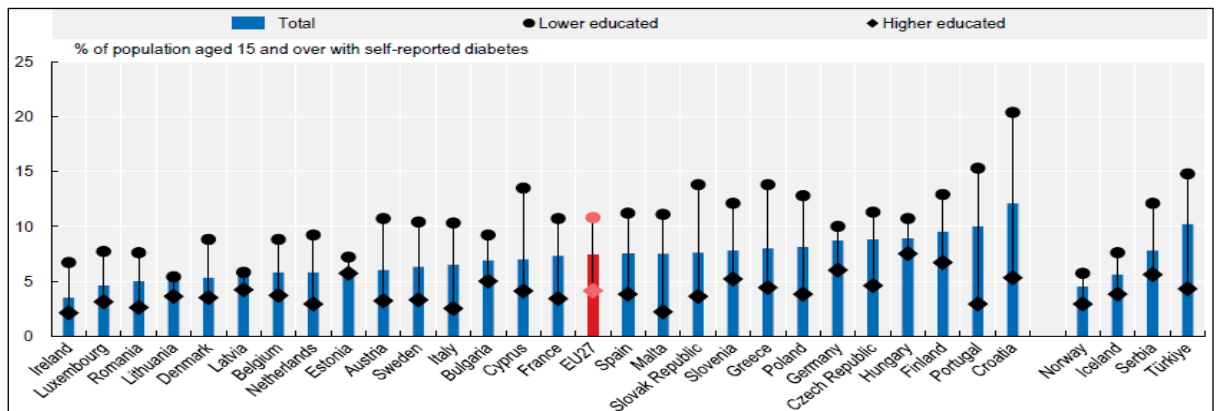


Figura 48: Prevalența diabetului în funcție de educație, în anul 2019

Sursa: Health at a Glance: Europe 2022

La nivel național, analizând în dinamică incidența cazurilor noi diabet zaharat, înregistrată în cabinetele medicilor de familie în perioada 2014-2023, se constată că valorile oscilează între 345,5%000 locuitori în 2014, la 551,8%000 locuitori în 2023. Cea mai mică valoare în intervalul studiat a fost în 2020, de 310,5%000 locuitori (fig.47).(16)

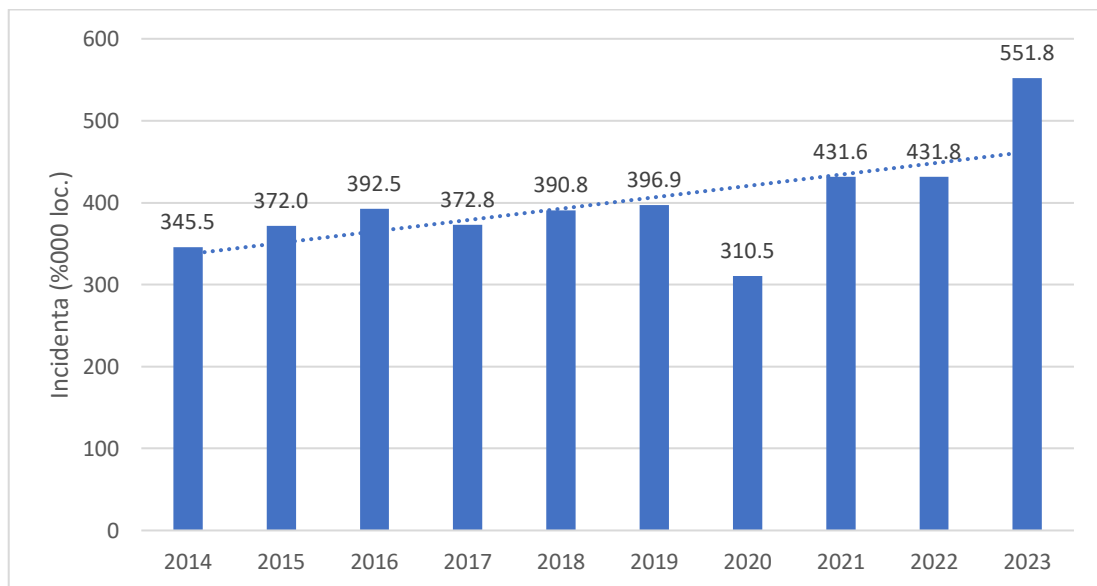


Figura 49 Incidența prin diabet zaharat în România, în perioada 2014-2023

insp.gov.ro

Adresa: str. Mihai Viteazul nr. 20, cod poștal 200759, Craiova, județul Dolj | Telefon secretariat: + 4 0251 378 464
E-mail: secretariat.craiova@insp.gov.ro



Sursa CNSSP – INSP

II GRUPUL ȚINTĂ PRINCIPAL AL CAMPANIEI DE INFORMARE, EDUCARE, COMUNICARE:

Grupurile țintă ale campaniei de informare, educare, comunicare sunt:

- persoanele adulte
- persoanele cu factori de risc metabolici
- copiii preșcolari și școlari (deoarece comportamentele sănătoase se învață devreme)
- profesioniștii din asistență medicală primară, secundară și terțiară

III DATE CU REZULTATE RELEVANTE DIN STUDIILE NAȚIONALE, EUROPENE

Proiectul POCU ” Totul pentru inima ta - Program de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular” cod SMIS 137424

În scopul identificării factorilor de risc cardiovascular în România, s-a desfășurat proiectul ”Totul pentru inima ta” (18) care a evaluat peste 146 000 de persoane, dintre care 85000 din mediul rural și a contribuit la diagnosticul precoce și consilierea pacienților cu factori de risc identificați (11).

Principalele rezultate ale proiectului au evidențiat următoarele:

- Distribuția pe grupe de risc SCORE: 22% risc redus, 58% risc moderat, 15% risc înalt și 3% risc foarte înalt.
- Ponderea fumătorilor 17%
- Dieta inadecvată pentru:
 - Aport de legume - 46%
 - Aport fructe - 44%
 - Aport sare - 39%
 - Aport dulciuri - 37%
 - Aport pește - 80%
- Consum de alcool - 26%
- Activitate fizică-inactivi - 40%
- Supraponderalitate și obezitate - 76% (36% obezitate)
- Ponderea valorilor crescute ale colesterolului total în populația testată - 55%
- Prevalența glicemiei a jeun crescute în populația testată - 15,17%



Ghidul OMS HEARTS Managementul bolilor cardiovasculare bazat pe risc în asistența medicală primară

În 2020, OMS a publicat Ghidul pentru evaluarea și managementul riscului cardiovascular (11) care oferă îndrumări pentru reducerea dizabilității și deceselor premature cauzate de BCV la persoanele cu risc crescut care nu au trecut prin experiența unui eveniment cardiovascular. Aceste ghiduri au fost utilizate începând cu 2007 ca un cadru pentru dezvoltarea ghidurilor naționale privind prevenirea BCV și oferă diagrame de predicție a riscurilor cardiovasculare (CVD) ale OMS și ale Societății Internaționale de Hipertensiune (WHO/ISH) pentru previziunea regională privind riscul BCV. OMS a actualizat diagramele de risc BCV în 2019. Modulul de management al BCV bazat pe risc (HEARTS-R) prezintă diagramele actualizate ale riscului bolilor cardiovasculare în vederea evaluării și gestionării riscului acestor boli (11).

Ghidul de prevenție pentru medicul de familie. Intervenții preventive integrate adresate riscurilor prioritare la adult. Riscul cardiometabolic. București, 2023

Acest ghid (23) este destinat asistenței medicale primare și reprezintă un instrument adaptat, care conține recomandări bazate pe dovezi privind practica prevenției primare a bolilor cardiovasculare.

Ghidul reprezintă o actualizare a versiunii din 2017.

Elementele de noutate ale acestei versiuni sunt:

- Strategia de evaluare a riscului cardiovascular, care are ca element central noul instrument de evaluare a riscului cardiovascular (variantele SCORE2 și SCORE2-OP)
- Posibilitatea de evaluare a riscului la persoanele vârstnice, până acum excluse din screening-ul riscului cardiovascular
- Estimarea riscului de-a lungul vieții, la persoanele tinere. Ghidul nu abordează problematica riscului rezidual la pacienții cu afecțiuni deja constituite. Ghidul este dezvoltat prin metoda ADAPTE, iar recomandările sunt gradate în sistemul GRADE(23).

Ghidul pentru asistenții medicali comunitari - Hipertensiunea arterială

De-a lungul timpului s-au făcut progrese în înțelegerea epidemiologiei, proceselor fiziologice și a factorilor de risc asociați hipertensiunii, iar dovezile științifice acumulate demonstrează că scăderea presiunii sângelui poate să reducă substanțial morbiditatea și mortalitatea premature.



Intervenția asupra factorilor de risc comportamentali ca și un număr de tratamente medicamentoase pot conduce la scăderea presiunii sângelui.

În ciuda acestui fapt, nivelul de control al tensiunii arteriale (TA) rămâne încă la un nivel scăzut, la nivel mondial și chiar și în Europa. În consecință, hipertensiunea arterială (HTA) continuă să rămână principala cauză prevenibilă a bolilor cardiovasculare (BCV) și a mortalității prin toate cauzele în lume și în Europa(24).

Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2021 de prevenție a bolilor cardiovasculare

Ghidul sumarizează și evaluează dovezile disponibile cu scopul de a ajuta profesioniștii din sănătate în propunerea celei mai bune strategii de management pentru fiecare pacient cu o anumită afecțiune. Ghidurile și recomandările lor ar trebui să faciliteze luarea deciziilor de către medici în practica lor zilnică. Totuși, decizia finală cu privire la fiecare pacient trebuie luată de personalul medical responsabil și în colaborare cu pacientul, respectiv cu familia acestuia (25).

Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul bolilor cardiovasculare la pacienții cu diabet zaharat

Ghidurile actuale privind bolile cardiovasculare și diabetul sunt concepute pentru a conduce/îndruma prevenirea și gestionarea manifestărilor BCV la pacienții cu diabet. Spre deosebire de Ghidurile ESC din 2019 anterioare privind diabetul, pre-diabet și bolile cardiovasculare - se concentrează doar pe BCV și diabet și - având în vedere lipsa unor dovezi clare - se lasă deoparte aspectul pre-diabet. Această versiune a Ghidurilor oferă recomandări cu privire la stratificarea riscului CV, precum și la screening-ul, diagnosticul și tratamentul BCV la pacienții cu diabet. Pe baza dovezilor obținute de la CVOT mari, ghidurile actuale oferă recomandări clare cu privire la modul de reducere a riscului cardiovascular la pacienții cu diabet și la modul de tratare a pacienților cu diabet și manifestări clinice ale bolilor cardio-renale, cum ar fi boala cardiovasculară aterosclerotică, insuficiența cardiacă, fibrilația atrială, și boala cronică de rinichi. S-au acordat considerații speciale unei abordări multifactoriale, interdisciplinare, care ar trebui să implice furnizori de servicii medicale din diferite discipline și domenii de expertiză pentru a sprijini luarea deciziilor în și pentru a implementa o strategie de tratament personalizată(26, 27).

Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul cardiomiopatiilor

insp.gov.ro

47



Obiectivul acestui ghid este de a ajuta profesioniștii din domeniul sănătății să diagnosticheze și să gestioneze pacienții cu cardiomiopatii de toate vârstele conform celor mai bune dovezi disponibile și să ofere un cadru practic de diagnostic și tratament pentru pacienți și rudele acestora. Acesta este un ghid nou, nu o actualizare a ghidurilor existente, cu excepția secțiunii privind cardiomiopatia hipertrofică (HCM), în care am furnizat o actualizare concentrată a Ghidurilor ESC din 2014 privind diagnosticul și managementul cardiomiopatiei hipertrofice. Ca atare, majoritatea recomandărilor din acest ghid sunt noi. Este în afara domeniului de aplicare al acestui ghid de a oferi descrieri detaliate și recomandări pentru fiecare fenotip individual de cardiomiopatie; în schimb, scopul este de a oferi un ghid pentru abordarea diagnostică a cardiomiopatiilor, de a evidenția problemele generale de evaluare și management și de a indica cititorul către baza de dovezi relevante pentru recomandări(28, 29).

Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru diagnosticul și tratamentul insuficienței cardiace acute și cronice

De la publicarea Ghidurilor ESC 2021 pentru diagnosticul și tratamentul insuficienței cardiace acute și cronice, au existat mai multe studii randomizate controlate care ar trebui să schimbe managementul pacientului înainte de următorul ghid complet programat. Acest ghid abordează modificările în recomandările pentru tratamentul IC din cauza acestor noi dovezi. Au fost luate în considerare dovezi noi, publicate până la 31 martie 2023 (30) .

Ghidul Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2023 pentru managementul sindroamelor coronariene acute

Ghidul a fost elaborat pentru a sprijini profesioniștii din domeniul sănătății în diagnosticarea și gestionarea pacienților care prezintă sindrom coronarian acut (SCA). Condițiile infarctului miocardic cu supradenivelarea ST (STEMI) și SCA fără supradenivelarea ST (NSTEMI-ACS) au fost acoperite separat în Ghidurile europene anterioare. Pentru prima dată, prezentul ghid prezintă recomandări pentru gestionarea pacienților pe întregul spectru al SCA într-un singur document. Ghidurile anterioare privind STEMI au fost publicate în 2017, iar ghidurile anterioare privind NSTEMI-ACS au fost publicate în 2020. Au existat numeroase evoluții în diagnosticul și tratamentul pacienților cu ACS în anii care au trecut, care se reflectă în această actualizare. Ghidul actual oferă o imagine de ansamblu cuprinzătoare a managementului pacienților care se prezintă cu



SCA, de la punctul de diagnostic și stratificarea riscului la prezentarea inițială, până la managementul pe termen lung după perioada inițială de spitalizare. O atenție deosebită este acordată importanței terapiei antitrombotice, evaluării invazive și revascularizării. Acest ghid subliniază, de asemenea, importanța furnizării îngrijirilor centrate pe pacient (30).

Ghidul Societății Europene de Cardiologie 2018 pentru managementul hipertensiunii arteriale

S-au făcut progrese substanțiale în înțelegerea epidemiologiei, fiziopatologiei și a riscurilor asociate cu hipertensiunea arterială și există numeroase dovezi care demonstrează că scăderea tensiunii arteriale poate reduce substanțial morbiditatea și mortalitatea precoce. Strategii legate de stilul de viață și terapiile medicamentoase s-au dovedit a fi bine tolerate și foarte eficiente în reducerea tensiunii arteriale (TA). Cu toate acestea, ratele de control ale TA rămân scăzute la nivel mondial și sunt departe de a fi satisfăcătoare în Europa. În consecință, hipertensiunea arterială (HTA) rămâne principala cauză de boală cardiovasculară (BCV) care poate fi prevenită și principala cauză mortalitate generală la nivel global și european.

Acest ghid ESC/ESH din 2018 pentru managementul hipertensiunii arteriale este conceput pentru pacienții adulți cu hipertensiune, cu vârsta de peste 18 ani. Scopul revizuirii și actualizării acestui ghid a fost evaluarea și încorporarea noilor dovezi în recomandări. Scopurile specifice ale acestui ghid au fost elaborarea unor recomandări pragmatice pentru îmbunătățirea detecției și tratamentului hipertensiunii și îmbunătățirea ratei de control a HTA prin promovarea unor strategii simple și eficiente(31).

Ghidul Societății Europene de Hipertensiune (ESH) 2023 pentru managementul pacienților cu hipertensiune arterială

Acest ghid presupune schimbări importante față de versiunile anterioare ale ghidului ESC pentru HTA:

A fost definită o nouă categorie de tensiune arterială (TA) crescută. Noi ținte au fost stabilite pentru tratamentul antihipertensiv. Pentru prima dată au fost elaborate recomandări pentru denervarea renală. Au fost incluse recomandări adiționale referitoare la stilul de viață care ar putea facilita reducerea valorilor tensiunii arteriale, precum exercițiile fizice și suplimentarea cu potasiu.

O nouă categorie de tensiune arterială crescută a fost definită drept 120-139 mmHg pentru TA sistolică și 70-89 mmHg pentru TA diastolică, menținând clasificarea actuală a hipertensiunii arteriale ($\geq 140/90$ mmHg). Această redefinire a valorilor tensiunii arteriale va permite



identificarea mai multor pacienți cu risc de infarct miocardic și accident vascular cerebral. A fost introdus un nou interval țintă pentru tensiunea arterială sistolică la persoanele care primesc terapie antihipertensivă: 120-129 mmHg. Conform noului ghid, se poate renunța la această țintă terapeutică doar în circumstanțe specifice sau când terapia intensivă nu este tolerată de pacient. În aceste cazuri este dorită obținerea celei mai reduse tensiuni arteriale posibile sub tratament pentru pacientul respectiv. Prin această nouă strategie, riscurile legate de boli cardiovasculare sunt diminuate semnificativ. Acest ghid accentuează suplimentar față de versiunile anterioare utilizarea măsurătorilor TA în afara cabinetului (inclusiv monitoare de TA în ambulatoriu și monitoare de TA la domiciliu validate). Pentru prima dată au fost elaborate recomandări privind utilizarea denervației renale pentru a trata hipertensiunea arterială, o procedură cu potențial, dar care trebuie realizată în centre cu expertiză și experiență crescută, la persoane cu HTA rezistentă la tratamentul medicamentos combinat și care sunt de acord cu realizarea acestei intervenții, în urma înțelegerii beneficiilor și riscurilor. Din cauza lipsei de dovezi cu privire la beneficiile rezultatelor cardiovasculare, nu este indicată această procedură medicală ca tratament de primă linie și nici nu este recomandată pacienților cu insuficiență renală avansată sau care au cauze secundare de hipertensiune arterială.

IV PREVENȚIA BOLILOR CARDIOVASCULARE ȘI CEREBROVASCULARE

Ghidul de prevenție al bolilor cardiovasculare al Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2021 încadrează România în harta de risc foarte înalt (zona roșie).

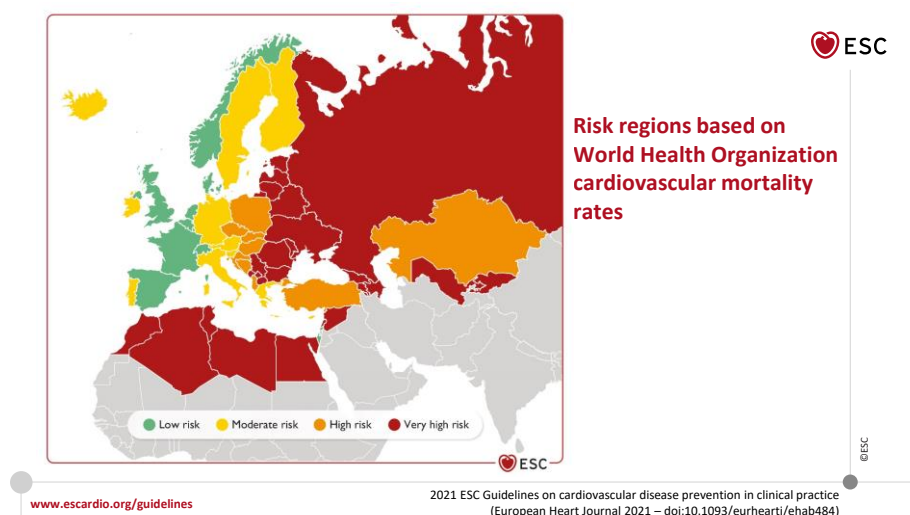


Figura 50 Regiunile la risc de mortalitate cardiovasculară, conform clasificării ESC (2021)

Deși în ultimul deceniu au apărut tratamente eficiente pentru combaterea factorilor de risc, acestea sunt insuficient utilizate și, de obicei, în doze sub-optimale. În plus, o serie de factori



comportamentali își mențin prevalențe mari în România comparativ cu alte state din UE. Ca atare, factorii de risc în România sunt foarte frecvent insuficient controlați (hipertensiunea în cca 25% dintre pacienți, dislipidemiile în cca 10%, diabetul zaharat în cca 40%).

Astfel, este extrem de importantă elaborarea unei strategii la nivel național pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare. O variantă intermediară (32) a acestei strategii evidențiază necesitatea extinderii implementării a numeroase măsuri de prevenție primară și secundară a bolilor cardiovasculare.

➤ Prevenția primară a bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare

Măsuri recomandate pentru reducerea fumatului:

- interzicerea reclamelor publicitare pentru tutun/țigări și a derivatelor acestora;
- creșterea taxelor privind produsele de tutun, țigări, precum și a derivatelor acestora;
- completarea legislației privind interzicerea fumatului în spațiile publice;
- obligativitatea menționării efectelor nocive ale tutunului pe toate produsele ce conțin tutun sau derivate ale acestuia;
- suplimentarea finanțării destinată programelor de promovare a sănătății și de renunțare la fumat.

Măsuri recomandate pentru optimizarea dietei:

- promovarea înlocuirii grăsimilor trans- și saturate din compoziția alimentelor, cu grăsimi mono- și polinesaturate;
- aprovizionarea corespunzătoare a pieței de desfacere cu fructe și legume și încurajarea accesului populației la aceste produse;
- reducerea conținutului de sare, zahăr și grăsimi în produsele alimentare;
- reducerea vânzării alimentelor și băuturilor nesănătoase către copii, cu promovarea alimentației sănătoase în școli;
- combaterea consumului de alcool, prin dezvoltarea unei legislații specifice.

Măsuri recomandate pentru promovarea activității fizice:

- conștientizarea importanței activității fizice în prevenția cardiovasculară;
- informarea opiniei publice asupra rolului benefic al activității fizice, chiar și de intensitate scăzută, ce poate fi atinsă prin activități integrate în viața cotidiană;



- elaborarea de mijloace și metode de promovare a activității fizice cu caracter comunitar, care să permită accesul direct al tuturor categoriilor populaționale, indiferent de vârstă, etnie, stare socială;
- conceperea unor proiecte de modificare a infrastructurii existente, în scopul integrării activității fizice în viața de zi cu zi (ex. deplasarea la locul de muncă pe jos sau cu bicicleta, posibilitatea efectuării activității fizice la locul de muncă);
- construirea de facilități pentru desfășurarea activităților fizice sportive și recreative, destinate atât participării individuale a membrilor comunității cât și a întregii familii;
- elaborarea de programe școlare și de instruire care să promoveze activitățile fizice cu caracter necompetițional și să dezvolte abilitățile și deprinderile necesare unei vieți active din punct de vedere fizic;
- încurajarea vârstnicilor și a altor categorii cu risc cardiovascular crescut să participe la activități fizice special destinate lor, în scopul creșterii calității vieții și a independenței în acțiunile cotidiene;
- crearea unor programe sportive speciale pentru persoanele cu dizabilități fizice;
- măsuri de combatere a poluării aerului, precum și a poluării fonice, în special în marile orașe, în vederea creării unui mediu sănătos pentru activități fizice.

Măsuri recomandate pentru controlul factorilor psihosociali:

- măsuri de combatere a privării de somn, a stresului și a depresiei.

Măsuri pentru combaterea obezității, hipertensiunii arteriale, diabetului zaharat, dislipidemiilor, bolii cronice de rinichi:

- promovarea și implementarea ghidurilor internaționale pentru managementul acestor factori de risc cardiovascular, precum și a ghidurilor multidisciplinare (cardiologie/ diabet / neurologie);
- promovarea și susținerea acțiunilor de educație medicală continuă în rândul personalului medico-sanitar;
- campanii de sănătate publică și programe educaționale de conștientizare a factorilor de risc ai BCC și a programelor de prevenție cardiovasculară.

În cadrul Strategiei Naționale pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare, au fost identificați o serie de facilitatori ai prevenției primare a BCV:

- ❖ Promovarea sănătății și educației:

insp.gov.ro

52

Adresa: str. Mihai Viteazul nr. 20, cod poștal 200759, Craiova, județul Dolj | Telefon secretariat: + 4 0251 378 464
E-mail: secretariat.craiova@insp.gov.ro



- promovarea și susținerea acțiunilor de educație medicală continuă în rândul personalului medico-sanitar;
- campanii de sănătate publică și programe educaționale de conștientizare a factorilor de risc ai BCV și a programelor de prevenție cardiovasculară, pentru a oferi pacienților posibilitatea de a lua decizii informate privind starea lor de sănătate.
 - ❖ Accesul la programe de sănătate decontate de stat, cu subvenționarea serviciilor medicale de prevenție a BCV, cu scopul de a crește accesul unui număr cât mai mare de pacienți, inclusiv a celor proveniți din medii defavorizate.
 - ❖ Telemedicina și sănătatea digitală: consultațiile prin telemedicină oferă posibilitatea accesului la servicii de sănătate și pacienților aflați în zone izolate sau fără acoperire medicală.
 - ❖ Intervenții la nivel populațional: politici guvernamentale de promovare a programelor de prevenție a BCV în rândul populației, dar și acordarea de stimulente, în special medicinei primare, pentru încurajarea acestor servicii.
 - ❖ Intervenții la diferite niveluri: industrial, comunitar, politic și de mediu, cu integrarea diferitelor sectoare implicate și acțiunea complementară a acestora.
 - ❖ Planuri de prevenție personalizate bazate pe factorii de risc individual, care pot motiva pacienții într-o măsură mult mai mare.
 - ❖ Integrarea și sincronizarea cu sistemele de prevenție a BCV de la nivelul Uniunii Europene.

Principale ținte în domeniul prevenției BCV, conform recomandărilor Europene, incluse în Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare 2024 - 2030(32) sunt:

- ✓ Fumatul: fără expunere la fumat fie că este vorba de fumat activ sau de fumat pasiv;
- ✓ Dieta: o dietă sănătoasă, săracă în grăsimi saturate și bogată în cereale integrale, legume, fructe și pește;
- ✓ Activitate fizică: între 150-300 de minute de activitate fizică moderată pe săptămână sau 30-60 minute în majoritatea zilelor;
- ✓ Greutate: indicele de masa corporală < 25 kg/m², circumferința abdominală < 94 cm (bărbați) și < 80 cm (femei);
- ✓ Glicemia și hemoglobina glicată: controlul conform recomandărilor societăților naționale din domeniul diabetului zaharat;



- ✓ Tensiunea arterială: TA < 140/90 mmHg, cu ținte particularizate în funcție de vârsta și de patologia asociată;
- ✓ Colesterolul total < 175 mg/dl, cu o valoare optimă < 155 mg/dl; LDL-colesterol < 55 mg/dl pentru pacienții cu risc foarte înalt, < 70 mg/dl pentru pacienții cu risc înalt, < 100 mg/dl pentru pacienții cu risc moderat și < 116 mg/dl pentru pacienții cu risc scăzut.

V BIBLIOGRAFIE

1. Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, De Smedt D, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. European heart journal. 2022;43(8):716-99.
2. Timmis A, Aboyans V, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Kavousi M, et al. European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics. European heart journal. 2024.
3. Fawzy AM, Lip GYH. Cardiovascular disease prevention: Risk factor modification at the heart of the matter. Lancet Reg Health West Pac. 2021;17:100291.
4. WHO. Global health estimates: Leading causes of death Geneva [Available from: (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>)].
5. WHO. Mortality Database Geneva [Available from: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>].
6. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. European heart journal. 2023;44(45):4752-67.
7. ESC. Cardiovascular Realities 2024 - An Illustrated Atlas of Key European Statistics. 2024.
8. OECD. State of Health in EU Romania: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea. 2022.
9. OECD. State of Health in EU Romania: Profilul de țară din 2023 în ceea ce privește sănătatea. 2024.
10. OECD., Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris; 2023.
11. WHO. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management. Switzerland: WHO; 2020.
12. Adhikary D, Barman S, Ranjan R, Stone H. A Systematic Review of Major Cardiovascular Risk Factors: A Growing Global Health Concern. Cureus. 2022;14(10):e30119.
13. WHO. Cardiovascular diseases Overview [Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1].
14. Europe WHO. Action on salt and hypertension: reducing cardiovascular disease burden in the WHO European Region. Copenhagen; 2024.
15. IHME. Global Burden of Disease Results database Seattle [Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>].
16. CNSSP-INSP - Date statistice. 2024.
17. CNSISP -INSP. Raport Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2020. 2021.



18. INSP. Total pentru inima ta - Program de screening pentru indentificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular [Available from: <https://proiect-cardio.insp.gov.ro/>].
19. EUROSTAT. Cardiovascular diseases statistics: Deaths from cardiovascular diseases [Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular diseases statistics#Deaths from cardiovascular diseases](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics#Deaths_from_cardiovascular_diseases)].
20. EUROSTAT. EUROSTAT DATABASE HEALTH [Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>].
21. IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation GBD Compare [Available from: <https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/gbd-compare>].
22. OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris; 2022.
23. INSP. Proiect Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sanătate pentru îmbunătățirea stării de sanătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă) - GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE: INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE ADRESATE RISCURILOR PRIORITARE LA ADULT RISCUL CARDIOMETABOLIC. 2023.
24. INSP. Proiect “Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă) - Ghiduri de prevenție în asistența medicală comunitară 2022 [Available from: <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistenta-medicala-comunitara.pdf>].
25. Frank L.J. Visseren FM, Yvo M. Smulders et al. Ghidul ESC 2021 de prevenție a bolilor cardiovasculare în practica clinică. Romanian Journal of Cardiology | Vol 32, No 1, 2022. 2022.
26. Marx N, Federici M, Schutt K, Muller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. European heart journal. 2023;44(39):4043-140.
27. Cardiologie SRd. 2023 Ghidul ESC pentru managementul bolilor cardiovasculare la pacienții cu diabet zaharat. 2024.
28. Arbelo E, Protonotarios A, Gimeno JR, Arbustini E, Barriales-Villa R, Basso C, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. European heart journal. 2023;44(37):3503-626.
29. Cardiologie SRd. Ghidul ESC 2023 pentru managementul cardiomiopatiilor. 2024.
30. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European heart journal. 2021;42(36):3599-726.
31. Cardiologie SRd. Actualizare 2023 a ghidurilor ESC 2021 pentru diagnosticul și tratamentul insuficienței cardiace acute și cronice. 2024.
32. MS. Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare 2024-2030, SNBCC_v0.1_15012024final. 2024.