

HARTA RISCURILOR BOLILOR CARDIOVASCULARE

la nivelul Județului Iași- România
și la nivelul Raionului Ungheni -
Republica Moldova



<https://cardioscope.eu>



Acest proiect este finanțat de
Uniunea Europeană



România-Republica Moldova
ENI-COOPERARE TRANSFRONTALIERĂ
www.ro-md.net



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților
Medicali din România Filiala Iași



Acest material a fost produs cu sprijinul financiar al Uniunii Europene. Conținutul este doar în responsabilitatea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Iași/Institutului Medico Sanitar Public Spitalul Raional Ungheni și nu poate fi considerat, în nici o circumstanță, ca reflectând poziția Uniunii Europene sau a Programului Operațional Comun România - Republica Moldova 2014-2020.

Livrabil realizat în cadrul Proiectului

**Rețea comună pentru managementul bolilor cardiovasculare
în regiunea transfrontalieră România – Republica Moldova**

CARDIOSCOPE

**Proiect finanțat de Uniunea Europeană prin Programul Operațional
Comun România-Republica Moldova 2014-2020 prin intermediul
Instrumentului European de Vecinătate (ENI 2SOFT/4.1/80).**

Implementare: 20.02.2020-19.05.2021

Implementat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților
Medicali din România Filiala Iași și Institutul Medico Sanitar Public Spitalul Raional
Ungheni, Republica Moldova.

Autori:

Asistent medical principal licențiat Liliana Pintilie, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști,
Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Iași

Dr. Marina Podoroghin, Institutul Medico Sanitar Public Spitalul Raional Ungheni Republica Moldova

Ec. Irina Alistar, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali
din România Filiala Iași

CUPRINS

Introducere - 3

Definiții, abrevieri - 4

1. Analiza de situație la nivelul României și județului Iași - 5
Epidemiologia bolilor cardiovasculare în România. Variațiile regionale ale bolilor cardio vasculare
Factorii de risc cardiovascular
2. Politici guvernamentale de prevenire - 16
3. Organizații implicate în servicii de îngrijire primară pentru prevenirea bolilor cardiovasculare. Provocări întâmpinate - 18
4. Oportunități de prevenire a bolilor cardiovasculare - 18
 - Obiectivele prevenției bolilor cardiovasculare
 - Rolul specialiștilor în prevenția bolilor cardiovasculare în îngrijirea primară
5. Analiza de situație la nivelul Republicii Moldova și a raionului Ungheni 23
Epidemiologia bolilor cardiovasculare în Republica Moldova. Variațiile regionale ale bolilor cardio vasculare
Factorii de risc cardiovascular
6. Politici guvernamentale de prevenire în Republica Moldova - 31
7. Organizații implicate în servicii de îngrijire primară pentru prevenirea bolilor cardiovasculare. Provocări întâmpinate - 32
8. Oportunități de prevenire a bolilor cardiovasculare - 36
 - Obiectivele prevenției bolilor cardiovasculare
 - Prevenția bolilor cardiovasculare în îngrijirea primară
 - Programe de autoîngrijire
 - Intervenții comportamentale multimodale. Schimbarea stilului de viață
 - Prevenția bolilor cardiovasculare în practica generală.
 - Programe care se bazează pe serviciile oferite de spitale

Concluzii - 42

Referințe - 43

INTRODUCERE

Bolile cardiovasculare (BCV) sunt una din principalele cauze de deces la nivel global, având o pondere mai mare decât SIDA, tuberculoza și malaria, la un loc. BCV afectează în mod diferit țările cu venituri mici și medii, datorită insuficienței integrării la nivelul medicine primare a programelor pentru detectare precoce și tratament a persoanelor expuse la riscuri de boli cardiovasculare.

În Europa BCV cauzează mai multe decese decât orice alte afecțiuni. În acesta lucrare, documentăm această afirmație cu informații referitoare la povara BCV, a factorilor de risc asociați, precum și a barierelor și oportunităților de prevenire a BCV în aceste doua regiuni: județul Iași (România) și raionul Ungheni (Republica Moldova).

Harta este realizată pe baza datelor medicale statistice existente în sistemul local de sănătate, pe baza condițiilor prealabile cunoscute și a obiceiurilor care provoacă sau favorizează apariția bolilor cardiovasculare, precum și prin aplicarea metodologiei de evaluare a riscurilor. Acest document indică riscul de boli cardiovasculare pentru populația care locuiește în Iași și Ungheni.

METODĂ

Analiza situațională implică în special un review al literaturii de specialitate, crearea hărții bolilor cardiovasculare de către parteneri, interviuri, discuții de grup, seminarii, precum și utilizarea datelor statistice existente la nivelul celor două țări.

CONSTATĂRI

BCV și factorii de risc

În ambele țări, BCV sunt foarte răspândite fiind cauza principală de mortalitate, incluzând în special boli cardiace, AVC, boli cardiace ischemice și insuficiența cardiacă. De asemenea, se observă factorii de risc comuni, cum ar fi diabetul, colesterolemia, hipertensiunea. Grupurile cele mai vulnerabile la boli cardiovasculare sunt persoanele cu vârsta de peste 40 ani și cele cu factori de risc multipli. Printre factorii care cresc vulnerabilitatea putem include: statusul socio-economic, dependența de alcool și tutun, accesul mai dificil la servicii sociale și de sănătate, precum și un stil de viață problematic.

Politici de prevenție și organizații implicate: În ambele țări există Politici Naționale de sănătate, care includ componenta de prevenție a bolilor cardiovasculare. Aceste aspect de prevenție și evaluare a riscului cardiovascular sunt abordate la nivel de protocol în Republica Moldova și la nivel de ghiduri europene- preluate în România.

În România au fost elaborate și o serie de ghiduri de prevenție pentru medicina primară, prin accesarea unor fonduri norvegiene, iar aspectele de evaluare a riscului apar în contractele încheiate de CNAS cu medicii de familie. Cu toate acestea, implementarea acestui sistem necesită un efort de organizare și de finanțare pe care sistemele de sănătate al acestor țări trebuie să-și facă și pentru care- aparent au nevoie de ajutor.

Practic, în ambele țări, îngrijirea primară ar trebui să susțină integral activitatea de prevenție. La momentul actual o serie de organizații profesionale, neguvernamentale sau chiar reprezentative pentru pacienți se implică în acțiuni și campanii de educație pentru sănătate a populației, în vederea creșterii conștientizării și dezvoltării activităților de prevenție.

Provocări. În România, modul în care este organizat și funcționează sistemul de sănătate poate duce la încărcarea medicilor de familie cu pacienți acuti și cronici, ceea ce înseamnă o alocare a timpului pentru managementul de caz, iar nu pentru prevenție. Sunt de asemenea frecvente situațiile când pacienții se prezintă la medicul de familie deja simptomatici, fiind trimiși pentru evaluare direct la medicul specialist cardiolog. Putem evidenția și constrângerile de contractare (un nr. maxim de consultații decontate/ zi, respectiv o durată standard a consultației- uneori insuficientă, un program fix de decontare a consultațiilor, un punctaj de 3 ori mai mare la decontare pentru managementul de caz vs punctajul pentru consultația preventivă). Constrângerile pot fi și financiare – referitoare la plata personalului (asistenți medicali, registratori), achiziția de echipamente/ dispozitive medicale și softuri specializate. O altă provocare o constituie accesul populației din mediul rural la serviciile medicale- chiar și de îngrijire primară, dar și de specialitate.

Cu toate acestea, există și trebuie folosite oportunitățile de îmbunătățire a prevenției bolilor cardiovasculare, implementând treptat diverse instrumente de evaluare a riscului cardiovascular, planuri de diminuare a acestor riscuri și monitorizare a acestora.

CONCLUZII

În acest document veți găsi informații relevante referitoare la povara bolilor cardiovasculare, factorii lor de risc, politici publice și oportunități de prevenție a acestor afecțiuni în țările celor doi parteneri ai proiectului – România și Republica Moldova.

DEFINIȚII, ABREVIERI

AVC=accident vascular cerebral;

AIT=accident ischemic tranzitor;

BAP=boală arterială periferică

BCV- boli cardiovasculare

BRC=boală renală cronică;

BNT = boli netransmisibile

BT = boli transmisibile

CV- cardiovascular

DZ=diabet zaharat;

EPCCS- European Primary Care Cardiovascular Society

HbA1c=hemoglobina glicozilată;

HDL-C=lipoproteine cu greutate moleculară mare;

HTA- hipertensiune arteriala

IMA=infarct miocardic acut;

IMC=index de masă corporală;

IECA=inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei;

ICD - Clasificarea Internațională a Bolilor

INS – INSSE – Institutul Național de Statistică

INSP = Institutul Național de Sănătate Publică

LDL-C=lipoproteine cu greutate moleculară mică.

OARS - Open-ended questions (întrebări cu răspuns deschis)

RFGe=rata filtrării glomerulare estimată;

SMART –țeluri care să fie Specific (specifice), Measurable (cuantificabile), Achievable (posibil de atins),

Realistic (realiste) și Timely (oportune)

SAOS - Sindromul de apnee obstructivă în somn

SCA=sindrom coronarian acut;

SCORE=Estimarea Sistematică a Riscului Coronarian.

SNAS = sistemul național de asigurari de sănătate

TA = tensiune arteriala

UE = Uniunea Europeană

1.ANALIZA DE SITUAȚIE LA NIVELUL ROMÂNIEI ȘI LA NIVELUL JUDEȚULUI IAȘI

Profilul de țară al României în 2019, în ceea ce privește sănătatea (1)

Speranța de viață a crescut, dar este cu aproape șase ani mai scăzută decât media UE

Deși speranța de viață la naștere în România a crescut cu mai mult de patru ani în perioada 2000-2017 (de la 71,2 ani la 75,3 ani), aceasta rămâne printre cele mai scăzute din UE și cu aproape șase ani sub media UE. De asemenea, există o disparitate de gen majoră, femeile trăind în medie cu șapte ani mai mult decât bărbații (71,7 ani, comparativ cu 79,1 ani). România are una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității infantile din UE – 6,7 la 1 000 de născuți vii, comparativ cu media UE de 3,6 în 2017. Echipamentele medicale insuficiente și deficitul de medici pot contribui la explicarea acestei cifre .

Există inegalități pronunțate în ceea ce privește speranța de viață în funcție de nivelul de studii, în special pentru bărbați. Astfel , bărbații cu niveluri scăzute de studii la vârsta de 30 de ani trăiesc în medie cu 10 ani mai puțin decât cei cu studii superioare, valoare considerabil mai ridicată decât media UE de 7,6 ani. Discrepanțele în rândul femeilor sunt mult mai puțin accentuate – aproximativ patru ani, o valoare aproximativ identică cu cea înregistrată pe teritoriul UE.

Numărul deceselor cauzate de cancer a crescut, în timp ce bolile cardiovasculare constituie cauza principală a deceselor. Boala cardiacă ischemică și accidentul vascular cerebral sunt principalele cauze de deces, reprezentând împreună peste 550 de decese la 100 000 de locuitori în 2016 . Rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică este de aproape trei ori mai mare în România decât în UE în ansamblu. În pofida unei reduceri accentuate începând din anul 2000, accidentul vascular cerebral rămâne a doua cauză de deces, în ordinea importanței, înregistrându-se 256 de decese la 100 000 de locuitori în 2016, mult peste media UE de 80. Cancerul pulmonar reprezintă cea mai frecventă cauză de deces cauzat de cancer, rata mortalității crescând cu aproape 14 % din 2000, în principal din cauza ratelor ridicate ale fumatului. În ultimii ani, au crescut, de asemenea, ratele mortalității legate de alte tipuri de cancer, în special pentru cazurile de cancer colorectal și de cancer de sân .

Majoritatea românilor declară că au o stare bună de sănătate, dar proporția scade odată cu vârsta mai mult decât în UE în ansamblu. Bolile cronice sau dizabilitățile după vârsta de 65 de ani le afectează mai mult pe femei decât îi afectează pe bărbați.

Combaterea anumitor boli infecțioase, precum tuberculoza (TBC) și rujeola, continuă să fie o problemă importantă de sănătate publică în România. Numărul cazurilor de TBC a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne în continuare cel mai ridicat din UE (aproximativ 13 000 de cazuri în 2017).

Factorii de risc comportamentali constituie cauza a peste jumătate din totalul deceselor

Peste jumătate din totalul deceselor din România pot fi atribuite unei serii de factori de risc comportamentali, care includ dieta neadecvată, consumul de tutun, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută (62 %), cifra situându-se mult peste media UE (44 %). Riscurile alimentare (27 %) includ aportul insuficient de fructe și legume și consumul excesiv de zahăr și sare.

Consumul de tutun (incluzând fumatul activ și fumatul pasiv) este cauza unei proporții de aproximativ 17 % din totalul deceselor, în timp ce 14 % dintre decese pot fi atribuite consumului de alcool, valoare de peste două ori mai mare decât proporția observată la nivelul UE (6 %). Alte 4 % dintre decese sunt legate de nivelurile scăzute de activitate fizică.

Consumul excesiv de alcool este o problemă majoră, în special în rândul bărbaților din România (1)

În medie, peste o treime dintre adulții din România au declarat că consumă episodic alcool în exces (consum episodic excesiv de alcool) cel puțin o dată pe lună, ceea ce reprezintă o rată aflată pe locul doi în UE (35 % față de 20 % în medie în UE). Mai mult, această cifră arată o diferență semnificativă între sexe, întrucât peste 50 % din bărbați au raportat consumul excesiv de alcool. Doi din cinci adolescenți de 15 și 16 ani din România au declarat în 2015 că au experimentat cel puțin un episod de consum excesiv de alcool în cursul lunii precedente. Această rată este, de asemenea, peste media UE și constituie un motiv serios de îngrijorare, având în vedere asocierea dintre consumul excesiv de alcool și vătămările accidentale, în special la adolescenți. (Consumul episodic excesiv de alcool este definit ca fiind consumarea a șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie pentru adulți și a cinci sau mai multe băuturi alcoolice pentru copii.)

SISTEMUL DE SĂNĂTATE

România are un sistem de asigurări sociale de sănătate foarte centralizat, în care rolul statului este major. Ministerul Sănătății este responsabil pentru guvernarea generală, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) administrează și reglementează sistemul. Atât Ministerul Sănătății, cât și CNAS sunt reprezentate la nivel local prin autoritățile județene din domeniul sănătății publice și prin casele județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate în 41 de județe și în București, în conformitate cu normele stabilite la nivel central. Casele județene de asigurări de sănătate cumpără servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici generaliști/ medici de familie, medici specialiști, laboratoare, spitale, furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu etc.) la nivel local; în plus, furnizorii de servicii medicale pot fi plătiți de Ministerul Sănătății în cadrul programelor naționale de sănătate.

Majoritatea cheltuielilor pentru sănătate provin din surse publice, dar cheltuielile generale sunt foarte scăzute.

România cheltuiește mai puțin pe sănătate decât orice altă țară din UE atât pe cap de locuitor, cât și ca proporție din PIB. Deși cheltuielile pentru sănătate au crescut sistematic în ultimii ani, în 2017, România a cheltuit pentru sănătate 1 029 EUR pentru fiecare persoană (valoare ajustată în funcție de diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare), mai puțin de jumătate din media UE de 2 884 EUR, sau 5 % din PIB (comparativ cu media UE de 9,8 %).

Subfinanțarea sistemului afectează capacitatea României de a răspunde nevoilor actuale ale populației, situație care va deveni din ce în ce mai dificilă pe măsură ce populația îmbătrânește și baza de resurse se restrânge. Aceste cheltuieli limitate sunt orientate către spitale și serviciile spitalicești (42% din cheltuielile totale). În acest context, cheltuielile cu produsele farmaceutice și dispozitivele medicale reprezintă 27% din cheltuielile totale, serviciile ambulatorii – 18 %, îngrijirile de lungă durată 6%, iar prevenția 2%.

Se explică astfel motivul pentru care asistența medicală primară și comunitară rămân subdezvoltate. Ineficiența serviciilor de sănătate, inclusiv excesul de paturi în spitale, subdezvoltarea chirurgiei ambulatorii și integrarea slabă a asistenței medicale, agravează situația.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 și stimulentele financiare din partea UE sprijină furnizarea de servicii în cele mai eficiente unități din punct de vedere al costurilor și au ca scop îmbunătățirea conexiunilor la nivelul asistenței medicale, precum și cu alte sectoare.

Majoritatea cheltuielilor pentru sănătate sunt finanțate din fonduri publice (79,5%), dar ponderea cheltuielilor suportate de pacient (aproximativ 20,5 %) poate fi substanțială, în special pentru persoanele vulnerabile. Majoritatea cheltuielilor suportate de pacient sunt destinate produselor farmaceutice.

Pe lângă costuri, distribuția neuniformă a unităților medicale și a lucrătorilor din domeniul sănătății reprezintă obstacole în calea accesului la asistență, în special pentru persoanele care locuiesc în zonele rurale. Trecerea la asistența medicală comunitară integrată este îngreunată de numărul scăzut de medici generaliști și de utilizarea în exces a spitalelor.

Lacunele actuale în materie de acoperire a populației în ceea ce privește sistemul de asigurări sociale de sănătate lasă, de asemenea, descoperite anumite grupuri, cum ar fi persoanele fără carte de identitate (situație care afectează în mod disproporționat populația de etnie romă), persoanele fără venituri, care nu sunt înregistrate pentru a beneficia de prestații sociale, sau persoanele din economia informală, care nu își declară veniturile.

Deficitele de forță de muncă din domeniul sănătății se mențin ridicate, numărul medicilor și al asistenților medicali fiind unul dintre cele mai scăzute din Europa. **În 2017, existau 2,9 medici practicanți la 1 000 de locuitori, cifră aflată pe locul trei între cele mai scăzute cifre din UE (media UE fiind de 3,6) și 6,7 asistenți medicali la 1 000 de locuitori (media UE fiind de 8,5).** Emigrarea personalului medical în căutarea unor perspective mai bune de carieră și remunerație în străinătate a contribuit la crearea unui deficit intern de profesioniști în domeniul sănătății, cu consecințe negative asupra accesului la serviciile de îngrijire. În 2018, guvernul a abordat acest aspect în cadrul unei ordonanțe de urgență, acordând majorări salariale substanțiale și rapide, care au determinat creșterea cu peste 100 % a remunerațiilor medicilor rezidenți din spitalele publice. Această măsură a fost o reacție la proteste și se speră că îmbunătățirea salariilor va contribui la păstrarea personalului medical și la reducerea emigrației acestuia.

Performanța sistemului de sănătate

Eficacitatea

Ratele de mortalitate evitabilă prin prevenție și de mortalitate prin cauze tratabile sunt foarte ridicate în România. Rata mortalității evitabile prin prevenție s-a aflat în 2016 pe locul al patrulea printre cele mai ridicate din Europa (figura 11), aspect din care reiese necesitatea unor intervenții eficiente în materie de sănătate publică și de prevenție. Principalele cauze ale mortalității evitabile prin prevenție sunt boala cardiacă ischemică, cancerul pulmonar, decesele cauzate de consumul de alcool și accidentele. Rata mortalității prin cauze tratabile a fost cea mai ridicată din UE și a fost, de asemenea, determinată de boala cardiacă ischemică (considerată o boală ce poate fi atât prevenită, cât și tratată), de accidente vasculare cerebrale, de pneumonie și de cancerul colorectal. Acest rezultat reflectă provocările considerabile cu care se confruntă sistemul de sănătate în ceea ce privește furnizarea unui tratament adecvat și în timp util

Eforturile de îmbunătățire a prevenției au avut un succes limitat

Principali factori de risc care afectează sănătatea românilor sunt obiceiurile alimentare nesănătoase, fumatul, consumul de alcool și nivelurile scăzute de activitate fizică. În pofida eforturilor recente orientate către modificarea dietei prin campanii pentru o alimentație sănătoasă, nu există dovezi ale unei scăderi a nivelurilor deja ridicate ale consumului de grăsimi animale și de alimente bogate în calorii, cu conținut excesiv de zahăr și sare. În 2015, guvernul a înființat un consiliu național care să coordoneze politicile și acțiunile de reducere a consumului excesiv de alcool. Cu toate acestea, până în prezent nu au fost adoptate măsuri concrete care să abordeze această problemă majoră de sănătate publică. Au fost depuse unele eforturi pentru reducerea fumatului, printr-o versiune revizuită a Legii din 2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun, care interzice fumatul în toate spațiile publice interioare, cu excepția locurilor desemnate, dotate cu ventilație corespunzătoare. În 2018, Ministerul Sănătății a anunțat un nou program pentru examinarea factorilor de risc legați de bolile cardiovasculare, cu o alocare de 25 de milioane EUR pentru o perioadă de cinci ani. Programul va fi implementat de medicii generaliști, care vor primi plăți suplimentare, în colaborare cu medicii cardiologi. Se iau măsuri pentru îmbunătățirea ratelor de imunizare relativ reduse și aflate în scădere.

Cheltuielile pentru prevenție sunt reduse, iar accesul la serviciile de prevenție este neuniform. În 2017 cheltuielile pentru prevenție au reprezentat doar 1,8 % din cheltuielile pentru sănătate în România (media UE este de 3,2 %). Dacă se măsoară cheltuielile pentru prevenție pentru fiecare persoană, se constată că România a cheltuit cel mai puțin pentru prevenție din UE, după Slovacia. În majoritatea programelor naționale de politică în domeniul sănătății, cum ar fi cele care abordează cancerul sau sănătatea mamei și a copilului, locul

acordat componentei referitoare la prevenție este redus, iar accentul se pune în principal pe îngrijirea curativă. De asemenea, populația nu dispune de un acces echitabil la resurse destinate promovării sănătății și educației pentru sănătate, cele mai vulnerabile grupuri, precum persoanele de etnie romă și persoanele fără adăpost, confruntându-se cu obstacole semnificative în ceea ce privește accesul. În prezent, există unele măsuri noi pentru îmbunătățirea accesului la intervențiile preventive (și efectiv, într-un sens mai larg, la serviciile de asistență medicală) pentru comunitățile excluse.

Rezultatele privind cancerul rămân relativ slabe, dar noile inițiative încearcă să îmbunătățească procesul de screening, diagnosticare și tratament. Ratele de supraviețuire la cinci ani în urma unor tipuri de cancer tratabile, cum ar fi cancerul de sân, de prostată și de col uterin, sunt mult sub mediile UE, în special, pentru tipurile de cancer care pot fi prevenite prin reducerea la minimum a factorilor de risc, cum ar fi cancerul pulmonar (11 %), de stomac (3 %) și hepatic (13 %). De asemenea, nu se face un screening sistematic pentru această boală, se înregistrează o participare scăzută la această procedură și o calitate sub nivelul optim a practicilor de screening. Datele disponibile despre calitatea asistenței medicale sunt insuficiente. În general, informațiile privind calitatea asistenței medicale din România par a fi insuficiente. Furnizorii de asistență medicală nu colectează în mod curent indicatori privind siguranța pacienților și există o lipsă de date comparabile la nivel internațional cu privire la indicatorii de calitate pentru asistența spitalicească, cum ar fi spitalizările evitabile sau mortalitatea în urma spitalizărilor pentru afecțiuni acute. Acest lucru este determinat în mare parte de faptul că asigurarea calității asistenței medicale este încă în curs de dezvoltare, datele fiind fie indisponibile, fie considerate prea puțin fiabile pentru a duce la luarea unor decizii.

Rezistența la antimicrobiene a fost recunoscută drept o preocupare majoră.

Accesibilitate

Numărul românilor care nu beneficiază de asigurare medicală este semnificativ (11%). Plățile directe, în special pentru medicamentele prescrise în cadrul asistenței medicale ambulatorii, reprezintă o provocare în privința accesului. Pachetul de servicii este cuprinzător, cu toate acestea asistența stomatologică nu este acoperită în mod automat. Este necesară, de asemenea, o reorganizare urgentă a serviciului de donare de sânge.

Reziliență

Lipsa resurselor financiare și provocările demografice pun în pericol sustenabilitatea sistemului de sănătate. Salariile au crescut ca răspuns la deficitul de profesioniști în domeniul sănătății. Reducerea utilizării serviciilor spitalicești va contribui la îmbunătățirea eficienței și a sustenabilității. Creșterea nivelului de integrare a serviciilor a devenit o prioritate politică, dar stabilitatea și coordonarea au reprezentat provocări majore pentru procesul de reformă.

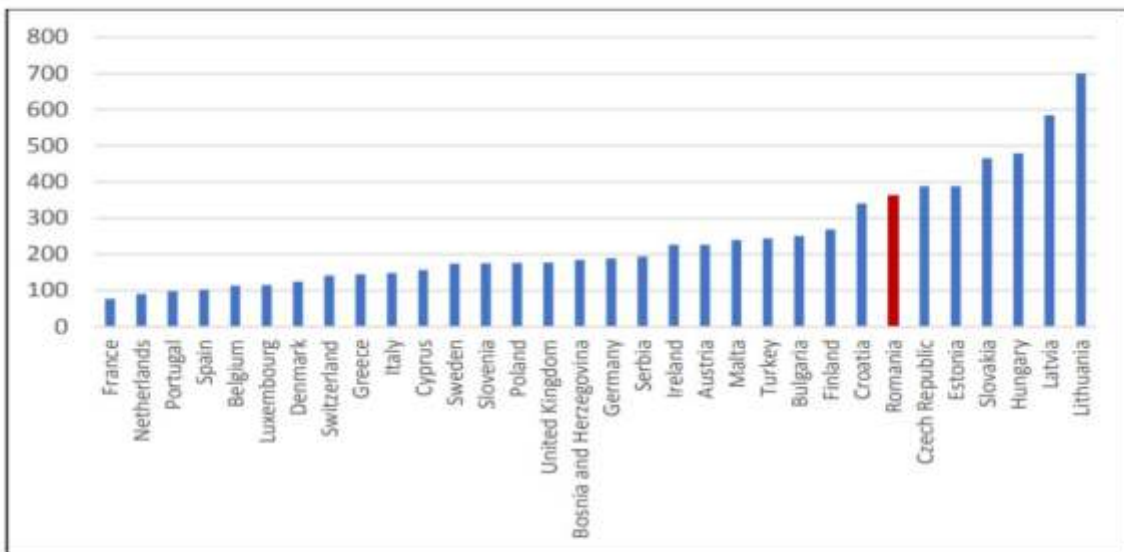
Sistemul de sănătate din România se confruntă, de asemenea, cu probleme la nivel de guvernare. Nu există o evaluare sistematică a performanței, iar transparența, în general, lipsește. Au avut loc schimbări frecvente la nivel de conducere, numărul miniștrilor sănătății în ultimul deceniu fiind de 15, precum și schimbări frecvente la nivelul conducerii Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Acest lucru afectează stabilitatea, coordonarea și progresul reformelor.

EPIDEMIOLOGIA BOLILOR CARDIOVASCULARE ÎN ROMÂNIA – CONTEXTUL EUROPEAN, NAȚIONAL ȘI LOCAL (JUDEȚEAN)

Tendința de evoluție a curbei mortalității prin patologia cardiovasculară a înregistrat în ultimele decenii o divergență între țările Europei Centrale și de Est - unde a atins rate foarte înalte - și țările din nordul și vestul Europei – unde se află într-o continuă scădere (2).

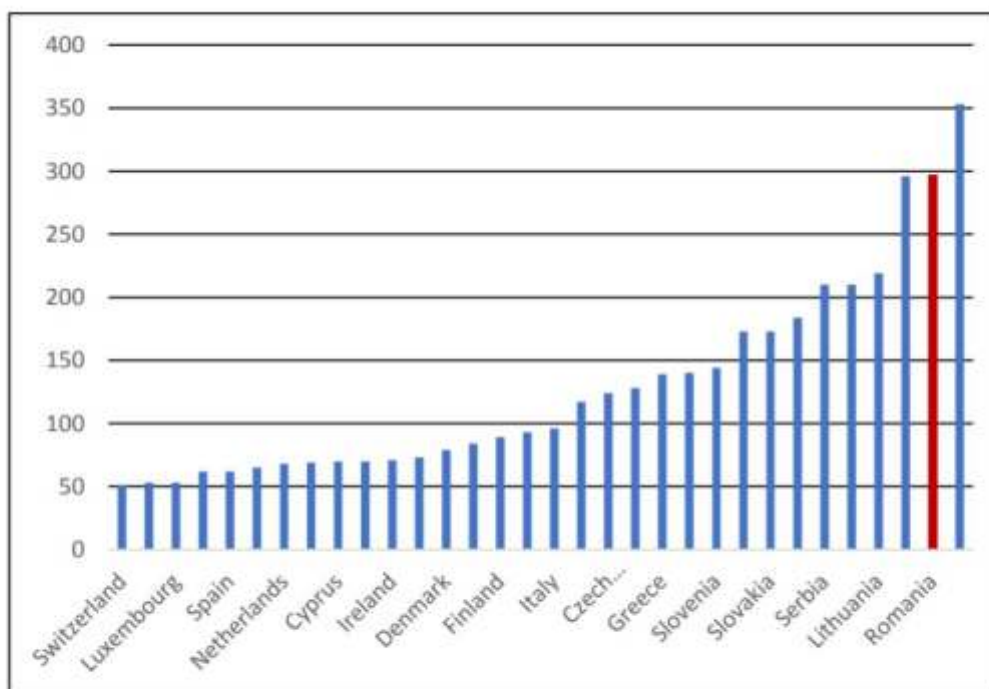
În rândul bolilor cardiovasculare infarctul de miocard (atacul de cord) și accidentele vasculare cerebrale sunt principalele cauze de deces în România. La nivelul anului 2017 România apare în "European Cardiovascular

Disease Statistics” în grupul celor 8 țări cu o mortalitate foarte mare prin boală cardiacă ischemică și pe penultimul loc din punctul de vedere al mortalității prin accident vascular cerebral, fiind depășită doar de Bulgaria.(3)



Mortalitatea prin boală cardiacă ischemică în Europa (Număr decese la 100.000 de locuitori, European Cardiovascular Disease Statistics,14 Feb 2017)

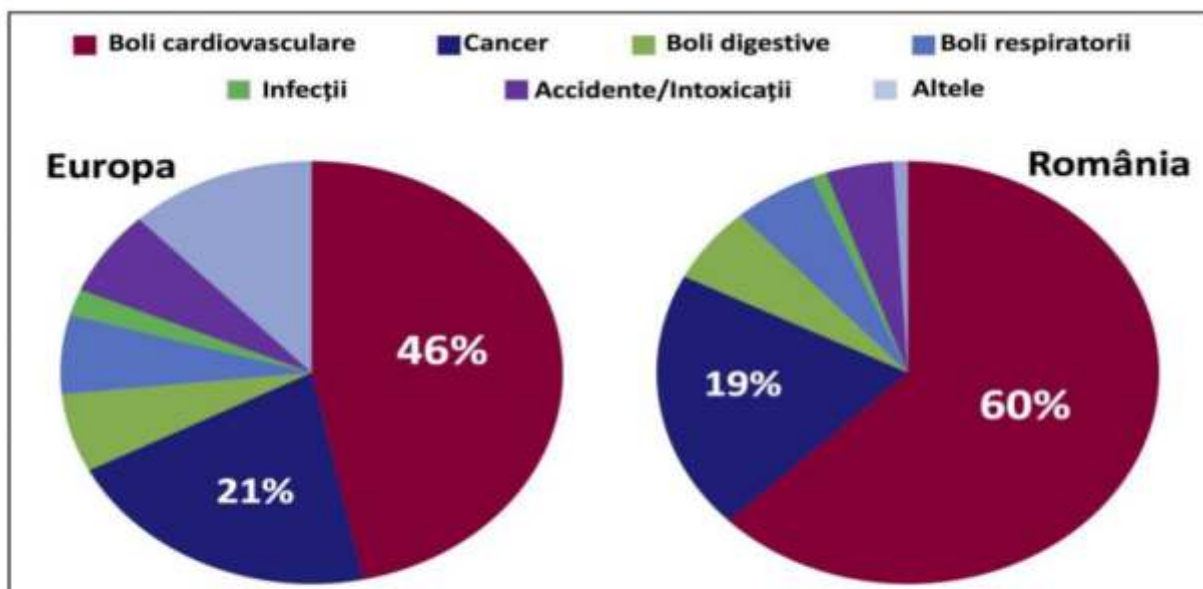
Activa
Go To Set



Mortalitatea prin accident vascular cerebral (bărbați) în țări Europene (Număr decese la 100.000 de locuitori, European Cardiovascular Disease Statistics,14 Feb 2017). România

Bolile cardiovasculare sunt problema majoră de sănătate și de mortalitate în România -aproximativ 60% dintre români mor anual prin aceste boli. Acest procentaj este net superior celui de 46% - media țărilor europene! (11).

Mortalitatea foarte mare prin boli cardiovasculare este cauza principală a înregistrării în România a celei mai reduse speranțe de viață din Europa.(11)



Cauze de deces în România comparativ cu mediile Comunității Europene
N.B. În România mortalitatea prin boli cardiovasculare este de trei ori mai mare decât cea provocată de cancer

O reprezentare grafică a mortalității pe principalele cinci cauze de deces în România, confirmă încă o dată locul întâi ocupat de decesele prin boli ale aparatului circulator (fig.5).

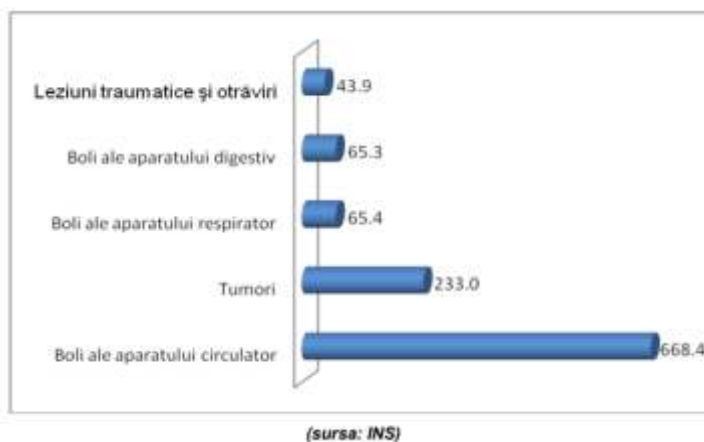


Fig.5 Mortalitatea specifică pe primele cinci cauze de deces în România în anul 2016 (la 100.000 locuitori)

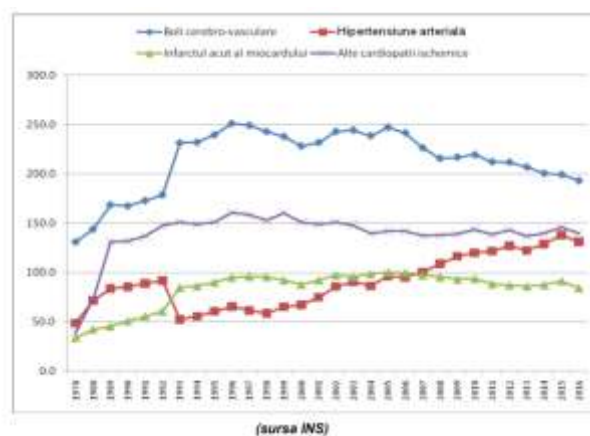
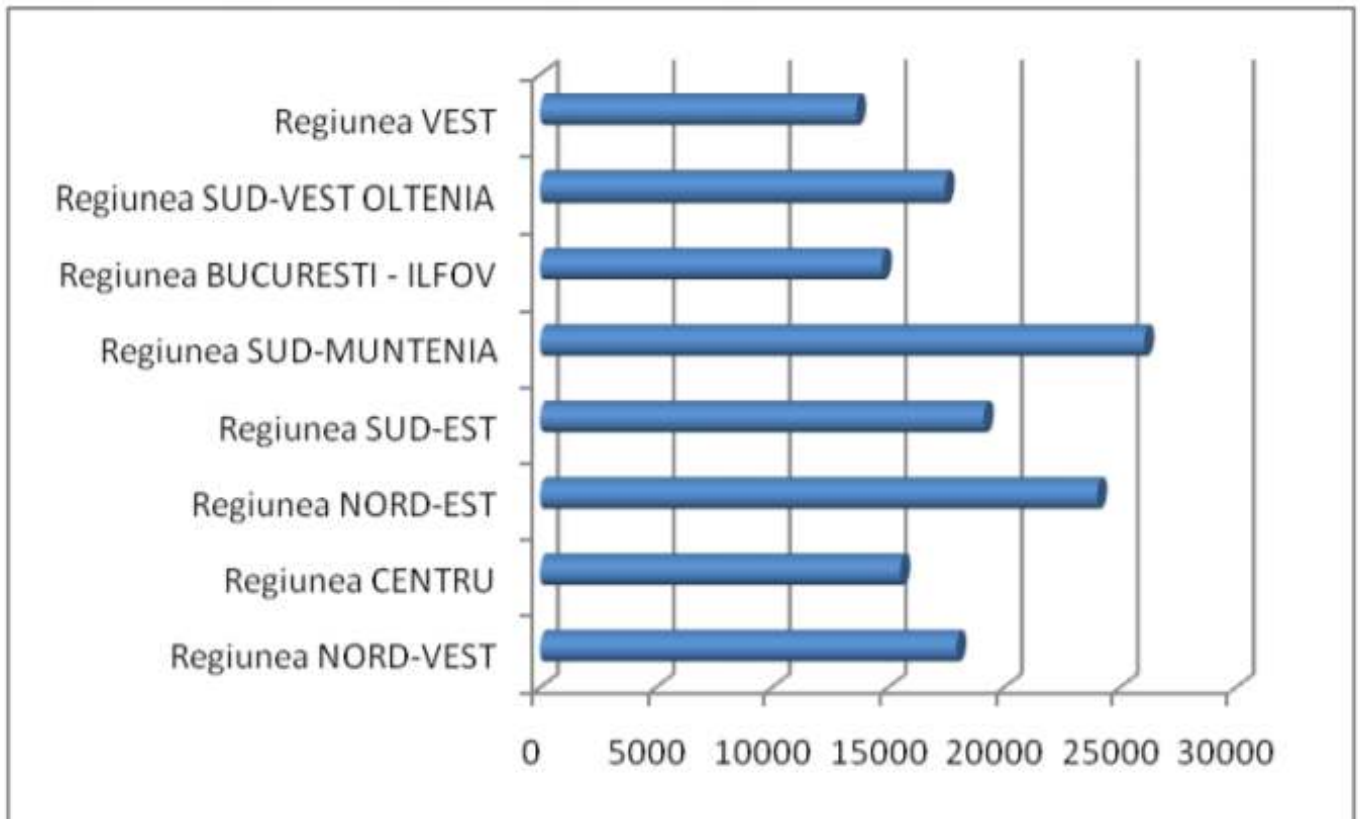


Fig.6 Repartiția mortalității specifice după principalele boli cardiovasculare în perioada 1970-2016 (la 100.000 de locuitori)(41)

O analiză a evoluției mortalității specifice după bolile cardiovasculare în țara noastră, în ultima jumătate de secol, ne arată trendul ascendent al acesteia. Deși mortalitatea prin boli cardiovasculare este pe un trend descendent în ultimii 15 ani, totuși tendința macro, la nivel de perioadă (50 de ani) este de creștere.

O tendință foarte clară de creștere o înregistrează mortalitatea cauzată de hipertensiunea arterială. Având în vedere tendința continuă de revizuire (în scădere) a limitelor TA considerate normale, este de prevăzut o creștere a numărului pacienților cu hipertensiune, la vârste din ce în ce mai tinere, respectiv a creșterii riscului cardiovascular.

O soluție viabilă este depistarea cât mai corectă și completă a pacienților hipertensivi, astfel încât aceștia să poată primi îngrijirile și tratamentul necesare pentru managementul eficient al acestei afecțiuni, și reducerea, astfel al riscurilor asociate- în special cel cardiovascular, precum și riscul de deces.



(sursa: INS)

Fig.7. Repartiția pe regiuni a decedaților prin boli cardiovasculare în anul 2016

O comparație pe regiuni, la nivelul țării noastre, arată **regiunea Nord-Est fiind pe locul al doilea, după regiunea Sud-Muntenia, în repartiția pe regiuni a decedaților prin boli cardiovasculare.**

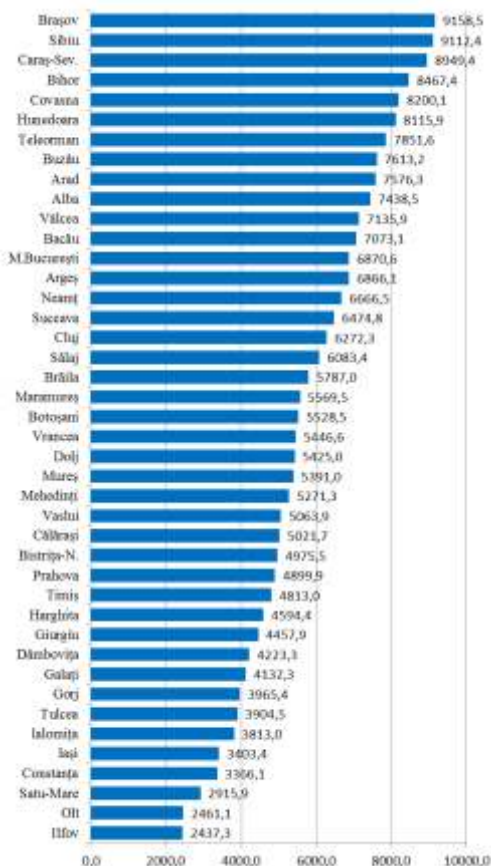


Fig.9 Prevalența cardiopatiei ischemice la 100000 loc. pe județe (sursa: INS) - stânga

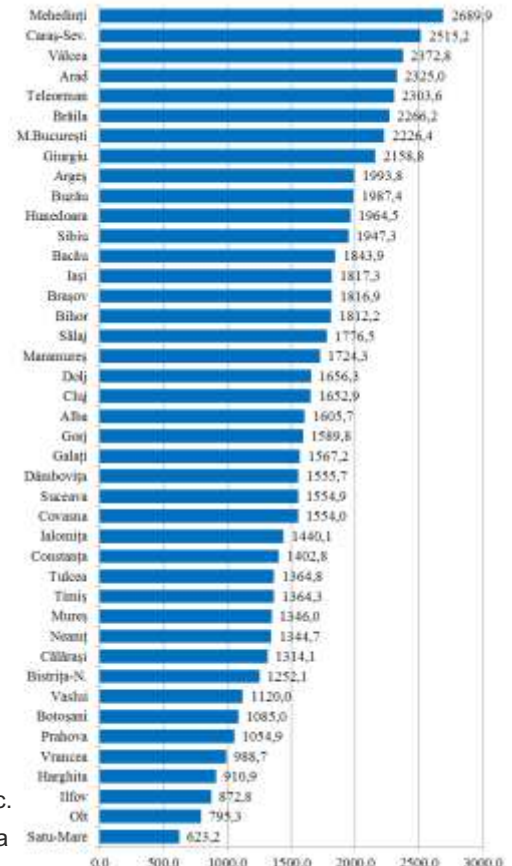


Fig. 10 Prevalența bolilor cerebrovasculare la 100000 loc. pe județe (sursa: INS) - dreapta

Conform datelor furnizate de I.N.S., județul Iași are o prevalență de 3403,4 a cardiopatiei ischemice – situată pe ultimele locuri, totuși, în graficul pe județe (fig.9), spre deosebire de prevalența bolilor cerebrovasculare, unde înregistrează o valoare de 1817,3 peste media pe țară de 1579,32 (fig.10).

În tabelul nr.2 avem evoluția mortalității la nivelul județului Iași în perioada 2016-2018, în funcție de cauze, pe genuri. Observăm o ușoară creștere a mortalității cumulate pentru ambele sexe în 2017, cu o revenire în 2018 la valori apropiate de 2016. În afară de faptul ca mortalitatea de cauza cardiovasculară este detașat pe primul loc, putem observa ca ea are o pondere aproape egală cu cea a mortalității din toate celelalte cauze incluse în statistica menționată. În figura 11, avem reprezentarea grafică a datelor din tabelul menționat, ceea ce oferă o imagine mai clară a situației în județul Iași.

Mortalitatea la nivelul județului Iași- evoluția în perioada 2016-2018, în funcție de cauze, pe genuri

Anul	2016 1)		2017		2018	
	masculin	feminin	masculin	feminin	masculin	feminin
Boli infecțioase și parazitare	140	107	157	148	204	169
Tumori	1266	818	1205	825	1270	880
Boli endocrine, de nutriție și metabolism	19	31	38	28	57	70
Tulburări mentale și de comportament	2	2	6	1	12	2
Boli ale aparatului circulator	2050	2317	2087	2360	2058	2331
Boli ale aparatului respirator	407	235	374	260	505	261
Boli ale aparatului digestiv	343	223	342	218	367	230
Boli ale aparatului genito-urinar	60	52	66	56	69	69
Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	6	7	5	3	2	2
Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	8	11	9	7	5	8
Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	342	103	404	113	385	105
Alte cauze	108	64	65	54	79	61

Tabel 2. Mortalitatea la nivelul județului Iași- evoluția în perioada 2016-2018, în funcție de cauze, pe genuri (sursa INS)

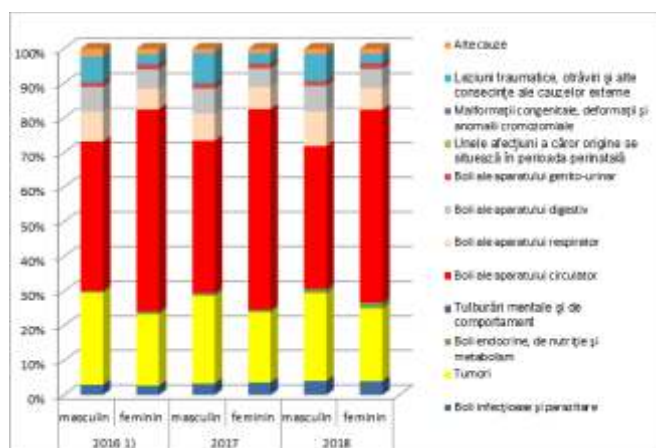


Fig.11 Mortalitatea la nivelul județului Iași- evoluția în perioada 2016-2018, în funcție de cauze, pe genuri

• FACTORI DE RISC CARDIOVASCULAR ÎN ROMÂNIA

Factorii de risc cunoscuți în apariția bolilor cardiovasculare sunt de trei tipuri: comportamentali, biologici și generali.

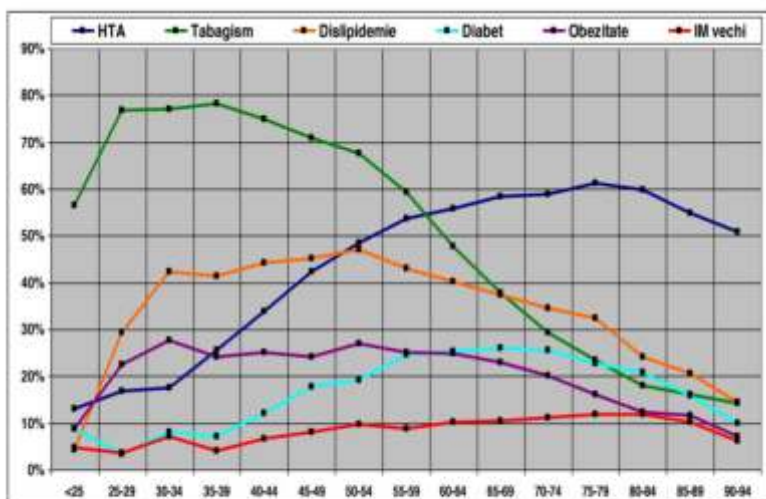
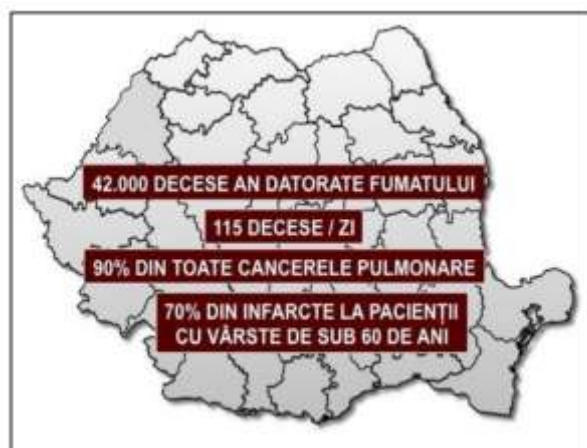
Factorii comportamentali sunt modificabili și includ: consumul de tutun, regimul alimentar nesănătos, activitatea fizică insuficientă și consumul nociv de alcool.

Factorii biologici sunt de asemenea modificabili; ei includ hipertensiunea, hiperglicemia, hipercolesterolemia și excesul ponderal/ obezitatea.

Factorii generali pot fi modificabili și nemodificabili. Cei modificabili include venitul, educația, condițiile de muncă și de viață. Cei nemodificabili includ vârsta, genul, predispoziția genetică și etnia.

Fumatul - un drog care provoacă probleme majore de sănătate publică deoarece îmbolnăvește și omoară și fumătorul, dar și pe cei din anturajul acestuia (prin fumat pasiv, fumat inconștient).

În acest fel, fumatul provoacă mai multe decese evitabile decât sinuciderile, alcoolul, accidentele de circulație, crimele, obezitatea la un loc (41). Fumatul provoacă 42.000 de decese /an (115 decese pe zi) în România.



Factorii de risc prezenți la pacienții cu infarct de miocard din România. Fumatul este principalul factor de risc până la vârsta de 60 de ani (Registrul RO-STEMI,)

În România aproximativ 26% din populație este fumătoare (2017). Aproape 13,5 % dintre persoanele din grupurile cu un nivel mai scăzut de studii sunt fumători regulați, comparativ cu aproape 21 % dintre persoanele din grupurile cu cel mai înalt nivel de studii. Cu toate acestea, rata fumatului a fost similară pentru ambele grupuri, cel al persoanelor cu venituri mari și cel al persoanelor cu venituri mici (18-20 %).(1)

Date științifice atestă faptul că speranța de viață a fumătorilor este cu 10 ani mai redusă comparativ cu cea a nefumătorilor.

Societatea Română de cardiologie și Fundația Română a inimii au susținut adoptarea Legii 15/2016, care a interzis fumatul în spațiile publice închise, întrucât din experiența pe care au avut-o țările care au adoptat acest tip de lege s-a observat că sunt eficiente.

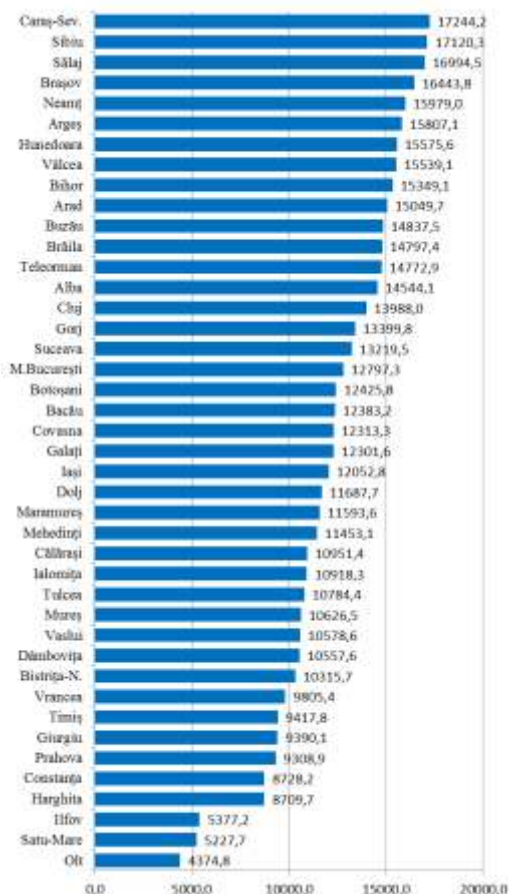
➤ Hipertensiunea arterială

Prevalența hipertensiunii arteriale (HTA) este foarte mare în România (45%). Nerecunoașterea precoce a HTA conduce la complicații severe ale acestei boli :accidente vasculare cerebrale, insuficiență cardiacă, infarct de miocard, care pot fi prevenite printr-un stil de viață sănătos și prin instituirea precoce a tratamentului medicamentos (dacă mai este nevoie). HTA poate fi diagnosticată extrem de simplu, printr-o măsurătoare cu un tensiometru accesibil oricui și care poate fi efectuată de oricine după un instructaj care durează doar câteva minute. Pentru o măsurare CORECTĂ a tensiunii arteriale este însă nevoie de 15 minute. Un medic de familie ar trebui sa consume aproape tot timpul aferent unei consultații cu aceasta activitate. De asemenea, dacă luăm ca exemplu un medic cu 1500 pacienți, acesta ar trebui să aloce 57 zile pe an, 7 ore/zi numai pentru măsurarea TA a tuturor pacienților pe care îi are în evidență – un scenariu evident nerealist și absolut ineficient.

O soluție viabilă este educația publicului pentru automăsurarea tensiunii arteriale. Practic fiecare familie ar trebui să aibă un tensiometru electronic validat clinic. În sprijinul acestei idei în Ianuarie 2015 SRC a lansat “Programul de autodiagnostic al Hipertensiunii Arteriale”, o aplicație electronică accesibila publicului larg (inclusiv pe dispozitivele mobile) și care permite autodepistarea precoce a hipertensiunii arteriale, fără participarea corpului medical (www.tensiuneamea.ro). (3)

În analiza de situație realizată de INSP în 2018, sunt prezentate date din studiile SEPHAR I (2005), II (2011) și III (2016), care au vizat prevalența și controlul HTA pe un eșantion reprezentativ pentru populația României. Conform studiului SEPHAR II , prin comparație cu SEPHAR I, profilul pacientului român hipertensiv s-a schimbat, de la bărbat de vârstă medie, mai frecvent din mediul rural către femeie de vârstă medie, mai frecvent din mediul urban, profil similar cu cel observat în țări ca Polonia, Croația, Turcia și Spania (4, 5, 6, 7,8). Într-un interval de 7 ani, prevalența hipertensiunii arteriale s-a redus cu 10,7% , eveniment simultan cu o creștere cu 57% a gradului de conștientizare și cu 52% a tratamentului HTA, ceea ce a condus aproape la dublarea ratei de control a HTA la pacienți (6).

Studiul Sephar III (2016) a semnalat o prevalență a HTA în rândul populației adulte de 45,1%, ceea ce reprezintă,



la nivelul populației din 2016, cca 7,4 milioane persoane cu HTA, factor important de risc pentru bolile cardiovasculare. Conform studiului doar 80,9% dintre adulții hipertensivi erau diagnosticați, restul de 19,1% fiind diagnosticați în cadrul studiului. Practic 1 din 5 hipertensivi nu își cunoștea afecțiunea și astfel era expus unor riscuri importante, nebeneficiind de îngrijiri și tratament adecvat. Cu toate acestea, cifrele arată un progres, deoarece în 2005 (SEPHAR I) doar 44,3% dintre persoanele hipertensive știau ca au această afecțiune. Acest studiu arată, deasemenea că factorii de risc cardiovascular rămân o problemă critică, diabetul zaharat și dislipidemiile înregistrând dublarea prevalenței în 2016 față de 2006. A fost identificată o prevalență de 12,2% a diabetului zaharat, 73,2% prevalența globală a dislipidemieii, care ajunge la 77,8% în rândul hipertensivilor. Referitor la ponderea pacienților cu hipertensiune care se aflau sub tratament medicamentos, putem observa o evoluție favorabilă de la 39% pacienți cu tratament medicamentos, din care doar 7% aveau valori ale TA controlate -în 2005(SEPHAR I), ajungându-se în 2011 (SEPHAR II) la 59,1% pacienți tratați, din care doar un sfert aveau valori ale TA ținute sub control. Rata controlului terapeutic crește odată cu nivelul de educație al pacientului.

Fig.8.Prevalența hipertensiunii arteriale la 100000 loc. pe județe (sursa: INS)

Prevalența HTA la nivelul județului Iași care este ilustrată în fig. 8 (sursa INS) este de 12052,8, valoare apropiată de media la nivel de țară de 11864,23.

➤ Sedentarismul

Există numeroase studii care demonstrează faptul că **efortul fizic moderat reduce cu 50% riscul de boli cardiovasculare!** Din păcate **România se află în rândul țărilor europene cu cea mai ridicată rată a sedentarismului.** Peste 51% din populație nu practică nici un fel de exercițiu fizic. (3) Sedentarismul va conduce către obezitate, hipertensiune și diabet.

În figura 14 observăm valoarea ridicată a prevalenței obezității în județul Iași, acesta ocupând locul 4 la nivel de țară, iar în figura 15 – prevalența diabetului zaharat, județul Iași înregistrând valori sub media la nivel de țară.

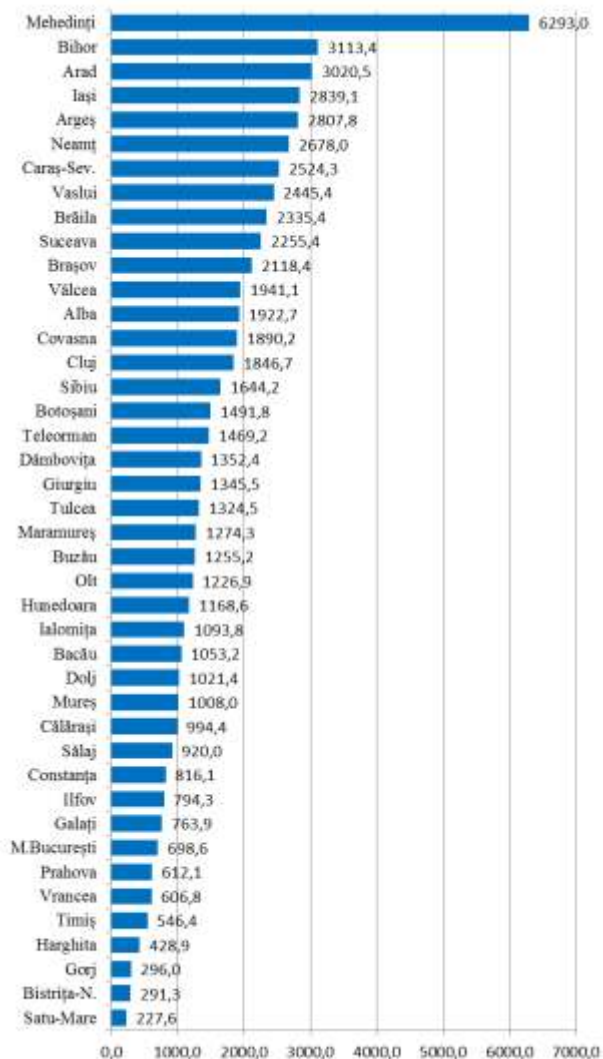


Fig.14 Prevalența obezității la 100000 loc. pe județe (sursa: INS)

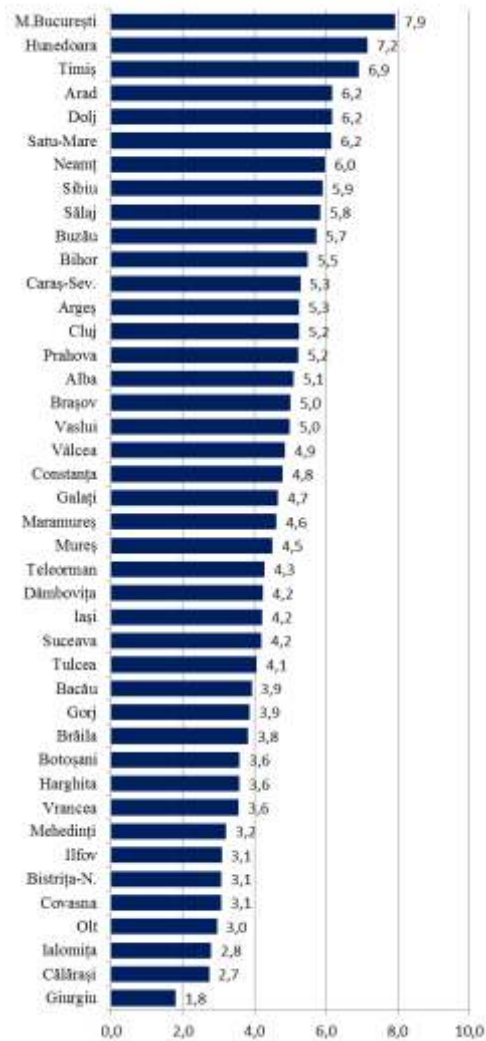


Fig. 15 Prevalența diabetului zaharat la 100000 loc. pe județe (sursa: INS)

➤ Colesterolul

Nivelele crescute de colesterol sunt al patrulea factor de risc major pentru bolile cardiovasculare.

Reducerea colesterolului poate fi făcută prin modificarea obiceiurilor alimentare (renunțarea la alimentele grase, prajeli), prin activitate fizică susținută, un mai bun control al stressului și prin tratament medicamentos. (3)

2. POLITICI GUVERNAMENTALE DE PREVENIRE - ROMÂNIA

În Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 a fost inclus Obiectivul General 3, Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventive, cu obiectivul specific 3.1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare.

Dat fiind profilul și evoluția defavorabile în populația din România a stării de sănătate și a determinațiilor majori ai bolilor cronice – fumat, consum excesiv de alcool, inactivitatea fizică, dieta deficitară, obezitatea, HTA, hipercolesterolemia, comportamente sexuale la risc, etc. - asigurarea capacității și resurselor necesare pentru implementarea unor intervenții eficiente de informare-educare-conștientizare / comunicare pentru schimbare de comportament (IEC/CSC) este cu atât mai necesară. Intervențiile de formare și consolidare a comportamentelor sănătoase la preșcolari și școlari sunt demonstrate a fi eficiente în păstrarea unei bune stări de sănătate pe tot parcursul vieții. Actualmente, intervențiile IEC/CSC derulate sunt relativ numeroase, acoperă o gamă largă de teme relevante pentru sănătate, însă au în fond un caracter mai degrabă fragmentat și punctual și sunt mai degrabă orientate către conștientizare/informare fără mari șanse de a induce schimbări semnificative de comportament, fiind insuficient adaptate nevoilor în schimbare ale unei populații în creștere care folosește facilitățile TIC pentru informare. În plus, sunt insuficient fundamentate pe studii cantitative și calitative generatoare de informații și evidente, iar rezultatele și impactul acestora sunt rareori evaluate optimal. Mobilizarea resurselor existente în societate sau comunitate este insuficientă dată fiind cooperarea limitată, mai degrabă neprogramatică cu sectorul neguvernamental, autoritățile publice locale și media locală și națională. Se impune o abordare mai coerentă și mai eficientă în educația pentru sănătate/promovarea unui stil de viață sănătos.

Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare include:

- realizarea registrelor de boală (OS 6.1.)
- împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile (OS 3.1)
- programul de sănătate adresat pacienților critici
- inclusiv programul de sănătate pentru montarea stenturilor

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 și stimulentele financiare din partea UE sprijină furnizarea de servicii în cele mai eficiente unități din punct de vedere al costurilor și au ca scop îmbunătățirea conexiunilor la nivelul asistenței medicale, precum și cu alte sectoare. În 2018, Ministerul Sănătății a anunțat un nou program pentru examinarea factorilor de risc legați de bolile cardiovasculare, cu o alocare de 25 de milioane EUR pentru o perioadă de cinci ani.

Programul va fi implementat de medicii generalişti, care vor primi plăți suplimentare, în colaborare cu medicii cardiologi.

Rezultate notabile obținute în țările care au implementat programe naționale dedicate prevenției bolilor cardiovasculare (3)

Finlanda – în intervalul 1970-2010 a redus incidența bolilor cardiovasculare cu 80%, a mortalității prin aceste boli cu 65%, iar speranța de viață a crescut cu 10 ani.

În 1970 Finlanda ocupa locul I la nivel mondial la mortalitatea de cauză cardiovasculară (peste 80% din decesele anuale). Factori de risc: nivelul ridicat de colesterol (alimentație cu exces de grăsimi saturate, fără crudități) și fumatul.

Proiectul North Karelia pentru schimbarea stilului de viață prin:

- programe educative de masă- alimentație sănătoasă, efort fizic, renunțarea la fumat

- încurajarea producătorilor să reducă grăsimile din alimente
- plata fermierilor pentru lapte în funcție de proteinele conținute, nu de grasimi
- congelarea legumelor pentru iarna,
- etichetare mai clară a alimentelor , inclusive în restaurante,
- interzicerea fumatului în spațiile publice,
- promovarea activității fizice și sportului (în special în școli)

Nr.fumători a scăzut cu 15%, a nivelului TA cu 20%, a nivelului colesterolului cu 40%.

Danemarca – reducerea cu 70% a mortalității prin boli cardiovasculare, după 1985. În prezent, mortalitatea prin boli cardio este 25% (mai mică decât cea prin cancer).

Programe naționale și locale de prevenție:

- interzicerea utilizării grăsimilor saturate de tip trans (margarine)
- interzicerea din 2003 a importurilor grăsimilor saturate de tip trans
- extinderea programului școlar cu 45 min.ex.fiziceși sportive obligatorii
- dezvoltare infrastructură -piste pietoni și bicicliști

Elveția – mortalitatea a scăzut de la 41% la 31% în 20 ani

Programe guvernamentale și locale:

- menținerea infrastructurii pentru încurajarea activităților sportive (poteci pentru pietoni, piste pentru bicicliști, cluburi sportive),
- programe sportive dedicate special copiilor,
- programe ale Fundației Elvețiene a Inimii care promovează educația și testarea populației cu privire la factorii de risc cardiovasculari,
- interzicerea fumatului în spațiile publice

Marea Britanie – măsuri luate în urma cărora Marea Britanie a trecut în rândul țărilor cu risc CV scăzut:

- interzicerea fumatului în spațiile publice
- interzicerea fumatului în mașină, dacă sunt copii prezenți (2015)
- programul Health at Work, care distribuie angajaților informații referitoare la un stil de viață sănătos,
- Fundația Britanică a Inimii ofera multiple programe de informare referitoare la măsuri de stil de viață, adaptate nivelului educațional al diferitelor categorii sociale
- Sistemul național de sănătate ofera control gratuit de sănătate odată la 5 ani pentru populația de 40-74 ani nedagnosticată cu BCV
- programe regionale asemănătoare proiectului finlandez North Karelia.

3. ORGANIZAȚII IMPLICATE ÎN SERVICII DE ÎNGRIJIRE PRIMARĂ PENTRU PREVENIREA BOLILOR CARDIOVASCULARE

Cele mai multe ghiduri recomandă o **combinație de screening oportunist cu un screening sistematic**.

Este cel mai eficient, din punct de vedere al costului, să ne concentrăm asupra persoanelor cu risc cardiovascular crescut sau cu boli cardiovasculare instalate. Medicii de familie se află într-o poziție foarte importantă pentru a putea identifica indivizii fără istoric de boală cardiovasculară, dar care sunt expuși riscului de boală cardiovasculară.

Deși dovezile privind eficacitatea sunt limitate, Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică al Societății Europene de Cardiologie (ESC) din 2016 recomandă o abordare sistematică a evaluării riscului cardiovascular la populația cu cel mai mare risc, de exemplu la cei cu antecedente familiale de boli cardiovasculare. Evaluarea riscului cardiovascular la bărbați sub 40 de ani și la femei sub 50 de ani nu este recomandată. Evaluarea riscului Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie din anul 2016, ar trebui să se repete, de exemplu, la fiecare cinci ani.

Riscul poate fi evaluat cu ajutorul diagramei SCORE, care estimează riscul de boală cardiovasculară fatală în următorii 10 ani sau cu ajutorul unui sistem de estimare a riscului validat local (10). La momentul actual, cabinetele medicilor de familie au această responsabilitate a evaluării inițiale a riscului cardiovascular și a implementării unui plan de diminuare a acestora. Planul poate include modificări ale stilului de viață al pacientului – ceea ce presupune educarea și responsabilizarea acestora, dar și monitorizarea de către specialiștii din medicina primară. În plan pot fi implicați, în funcție de situație și alți specialiști – ex: psihologi, kinetoterapeuți, asistenți sociali, medici specialiști – cardiologie, diabet zaharat și boli de nutriție, endocrinologie, ortopedie, reumatologie.

4. OPORTUNITĂȚI DE PREVENIRE A BOLILOR CARDIOVASCULARE

➤ Obiectivele prevenției bolilor cardiovasculare

Prevenția bolii cardiovasculare reprezintă “un set coordonat de acțiuni, la nivel populațional și individual, cu scopul de a eradica, elimina sau minimaliza impactul bolilor cardiovasculare și a dizabilității secundare acestora” (4).

Obiectivele principale ale prevenției BCV sunt: reducerea incidenței primului eveniment clinic CV și a recurențelor datorate bolii coronariene, AVC ischemic sau bolii arteriale periferice, prevenirea handicapului determinat de un eveniment cardiovascular acut, a morții subite, cu scopul final de prelungire a supraviețuirii și creștere a calității vieții.

Obiectivele și țintele prevenției cardiovasculare conform Ghidului European de de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică (versiunea 2016)* vizează fumatul, dieta, nivelul de activitate fizică, greutatea corporală, valorile TA, nivelul de lipide (LDL, HDL), nivelul de trigliceride, controlul diabetului și sunt redată în tabelul de la pagina 36.

Din punct de vedere al strategiilor, se delimitează două căi distincte dar cu acțiune complementară în realizarea dezideratelor prevenției CV: strategia „populațională” – aplicată global la nivelul populației și strategia individualizată „a riscului înalt” – adresată pacienților cunoscuți cu BCV sau cu risc crescut de a dezvolta în viitor BCV.

Strategia populațională de promovare a sănătății cardiovasculare pornește de la faptul că numeroase studii științifice susțin eficiența intervențiilor de schimbare a stilului de viață (în principal oprirea fumatului, dieta și creșterea nivelului de activitate fizică) pentru reducerea riscului dezvoltării BCV.

Strategia riscului înalt presupune atât screeningul populației generale pentru identificarea pacienților cu risc înalt de dezvoltare BCV, cât și stabilirea strategiilor preventive recomandate pacienților cu risc CV crescut. Identificarea pacienților cu risc înalt este recomandat să se facă pe baza evaluării riscului CV global prin utilizarea diagramelor de risc SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), ce întrunesc și corelează datele statistice ale mai multor studii prospective europene mari, și permit predicția evenimentelor aterosclerotice fatale pe o perioadă de 10 ani. Factorii de risc luați în calcul sunt: sexul, vârsta, fumatul, tensiunea arterială sistolică, colesterolul total (CT) și regiunea geografică (România făcând parte din populațiile cu risc înalt din Europa). Pragul dincolo de care putem afirma că pacientul prezintă un risc înalt de mortalitate de cauză CV în următorii 10 ani este definit ca fiind egal sau mai mare de 5%. Un exemplu al diagramei SCORE și informații suplimentare sunt la pagina 33 în această lucrare, precum și în Metodologia de evaluare a riscului cardiovascular.

Importanța prevenției BCV în practica clinică (4)

Urmărirea riscului cardiovascular pe tot parcursul vieții este importantă, de vreme ce atât riscul cardiovascular cât și măsurile de prevenție sunt dinamice și continuă cu înaintarea în vârstă și acumularea de comorbidități. Personalul medical are un rol important în urmărirea indivizilor pe tot parcursul vieții. Marea majoritate a pacienților sunt urmăriți în unități de îngrijire primară, unde se efectuează și screeningul primar pentru factori de risc ai BCV.

BCV aterosclerotică, reprezintă cauza majoră de moarte prematură pretutindeni în lume. Afectează atât bărbații cât și femeile; dintre toate cauzele de deces care survin înaintea vârstei de 75 de ani în Europa, 42% sunt datorate BCV la femei și 38% la bărbați.

ROLUL SPECIALIȘTILOR DIN MEDICINA PRIMARĂ ÎN PREVENȚIA BOLILOR CARDIOVASCULARE. BARIERE

Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie (2016), prevenția bolilor cardiovasculare ar trebui să se desfășoare la toate nivelele de îngrijire ale unui sistem de sănătate, inclusiv în asistența medicală primară, ceea ce evidențiază importanța medicilor de familie care realizează peste 90% din consulturile pacienților din majoritatea țărilor. Personalul medical de la nivelul de îngrijire primară, respectiv. medicul de familie și asistenta medicală sunt persoane esențiale în inițierea, coordonarea și monitorizarea pe termen lung a prevenirii bolilor cardiovasculare. Aceștia sunt plasați într-o poziție ideală pentru identificarea pacienților care ar putea fi expuși riscului și, de asemenea, pentru selectarea acestora pentru intervenții adaptate în funcție de profilul lor de risc. Abordarea poate fi atât individuală (țintind persoanele cu risc crescut), cât și generală, la nivel populațional, ambele abordări fiind bazate pe dovezi.(8)

Implicarea asistentului medical în activitatea de prevenție, în funcție de tipul acesteia.

Prevenția poate fi primară, secundară și terțiară.

Prevenția primară - În acest tip de prevenție, asistenții medicali oferă educație pentru sănătate și consiliere comunităților, populației, informații care încurajează comportamentele benefice pentru sănătate. De la furnizarea de imunizări până la sfaturi privind alimentația, programele sunt concepute pentru a evita suferința și boala în rândul populației, precum și pentru a evita orice tip de cost suplimentar pentru tratamentul bolii. Prevenția primară este de obicei cea mai economică metodă de îngrijire a sănătății- și pentru pacient, dar și pentru sistemul de sănătate, în ansamblul său.

Prevenția secundară este o formă de depistare precoce a bolilor în faze incipiente, atunci când tratamentul poate fi mai eficient și o metodă de a identifica indivizii cu factori de risc ridicat prin screening. Asistenții medicali lucrează cu acești pacienți pentru a reduce și a gestiona riscurile controlabile, ajutându-i să modifice aspecte relevante din stilul lor de viață, precum și oferindu-le îngrijirile potrivite pentru corectă gestionare a afecțiunii incipiente.

Prevenția terțiară - implică tratamentul bolilor existente la pacienți. În acest punct, asistenții medicali au sarcina de a ajuta indivizii să respecte un plan de îngrijire și să aplice orice modificări suplimentare de comportament/ în stilul de viață sunt necesare pentru a îmbunătăți condițiile de tratament și răspunsul la tratament. Deoarece metodele primare și secundare nu au avut succes, această etapă include metode de minimizare a efectelor negative și de prevenire a complicațiilor viitoare.

Evaluarea riscului cardiovascular și modalități de realizare a prevenției - la nivelul României - sunt menționate în ghiduri (traduceri ale ghidurilor europene, ghiduri naționale realizate după cele europene sau ghiduri realizate de centre naționale de studii (ex: Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei), asociații ale medicilor, pe specialități, prin utilizarea finanțărilor interne sau externe (ex: „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” – Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică” – accesarea de granturi norvegiene pentru elaborarea de ghiduri de prevenție). Ghidul presupune recomandare și nu obligativitate. Standardele ANMCS de acreditare a unităților sanitare includ în referința 2 Management clinic, o serie de cerințe referitoare la desfășurarea activității medicale pe baza unor protocoale medicale. Conform reglementărilor în vigoare, acreditarea nu este necesară pentru încheierea contractelor cu Casa de Asigurări de Sănătate, pentru cabinetele de medicina individuale, ceea ce include medicina de familie. Evaluarea riscului cardiovascular, precum și componenta de prevenție se regăsesc, de asemenea și în contractele încheiate de medicii de familie cu casa de asigurări. Această includere presupune posibilitatea decontării, nu neapărat o obligativitate. **Având în vedere volumul mare de activitate al medicilor de familie, în special cu pacienții acuti, dar și cronici și - concomitent - limitarea nr.de consultatii decontate/ zi, observăm astfel a doua barieră în efectuarea evaluării riscului cardiovascular (și nu numai) pentru persoane asimptomatice sau în afara vârstei de risc, precum și în implementarea prevenției aferente.**

Un alt aspect care iese în evidență este punctajul acordat pentru un consult preventiv (evaluarea unei persoane asimptomatice) de 5,5 puncte față de 15 puncte pentru consultul (monitorizarea) unei persoane cu afecțiune cronică (care constă în general în eliberarea rețetei pe baza recomandării medicului specialist sau retrimiteră pacientului la un control de specialitate– emiterea unui bilet de trimitere).

Evaluarea riscului cardiovascular, precum și componenta de prevenție - la nivelul Republicii Moldova - sunt incluse în protocoale naționale, ceea ce implică obligativitatea respectării și aplicării lor. Implementarea și valorizarea prevenției bolilor cardiovasculare la nivel de societate, respectiv la toate nivelurile sistemelor de îngrijire a sănătății ar putea crește durata și calitatea vieții populației, concomitent cu reducerea cheltuielilor sociale și de sănătate aferente afecțiunilor cardiovasculare. (8)

În faza inițială, prevenția ar presupune într-adevăr, o creștere a cheltuielilor cu prevenirea în domeniul asistenței medicale, precum și a acțiunilor care să inducă o mai bună stare de sănătate în comunitate.

Toți medicii de familie și asistenții medicali din medicina primară ar trebui să considere prevenția și promovarea unui stil de viață sănătos ca o responsabilitate profesională, identificând cele mai potrivite instrumente de evaluare și monitorizare a riscului, dezvoltând competențe diverse și aplicându-le adaptat, spre binele pacienților, sprijinind în acest fel politicile publice care promovează sănătatea.

Pacienții trebuie să primească cunoștințe (educație pentru sănătate) și sprijin pentru a putea lua decizii informate și pentru a solicita măsuri de prevenție din partea unităților sanitare și a societății. Conștientizarea stării de sănătate de către pacienți și a posibilităților de îmbunătățire a acesteia ajută la responsabilizarea pacienților referitor la adoptarea și menținerea unui stil de viață sănătos. (8)

Referindu-se la riscului individual al pacienților, **Ghidul Societății Europene de Cardiologie (2016) recomandă:**

- strategii comportamentale cognitive (intervievarea motivațională și implicarea echipei multidisciplinare de profesioniști din domeniul sănătății) și
- sprijinirea persoanelor în vederea adoptării unui stil de viață sănătos.

Spre exemplu, asistenții medicali, dieteticienii, psihologii, au primit – prin intermediul acestui ghid- o recomandare de sprijinire a modificărilor de comportament pentru reducerea riscului cardiovascular în asistența medicală primară de clasa I nivel A, indicând faptul că dovezi solide, rezultate din mai multe studii randomizate controlate (RCT) sau metaanalize, au arătat că intervenția este benefică, utilă sau eficientă. (8)

O altă recomandare de clasa I nivel A precizează că, în cazul **persoanelor cu risc foarte mare**, sunt benefice intervențiile multimodale, care integrează :

- resursele medicale,
- educația privind stilul de viață sănătos,
- activitatea fizică,
- managementul stresului și
- consilierea privind riscul psiho-social. (8)

Într-adevăr, dacă o persoană este defavorizată social sau deprimată, poate să nu dorească de fapt să-și schimbe comportamentul. Deși este destul de complicat să abordăm toate aceste aspecte, trebuie să nu uităm că eforturile de a acorda asistență pacienților pentru modificarea stilului lor de viață sunt eficiente. Vorbim aici de puterea efectului compus. Pe termen lung, schimbări mici de comportament, menținute, vor avea un efect pozitiv însemnat.(8)

Atitudinea profesionistului din asistența medicală primară

Medicul de familie și asistentul medical din echipă ar trebui să stabilească împreună cu pacientul obiective clare (SMART) și un plan, care să includă informații referitoare la modalitatea de desfășurare, frecvența și durata sesiunilor de monitorizare, pentru a urmări evoluția și a consolida progresele, astfel încât obiectivele inițial stabilite să fie atinse. Asistența pe termen lung și monitorizarea pot fi oferite într-un mediu bazat pe relațiile cu cei din jur sau la nivel de cabinet, prin selectare anumitor căi și metode care să țină cont de nevoile individuale și posibilitățile pacienților.(8) Este important să se evalueze resursele disponibile, precum și eventualele programe comunitare existente care pot fi accesate de pacient.

Spre exemplu, deși scăderea în greutate este adesea urmată de recâștigarea greutateii, ar trebui menționat că poate reprezenta totuși un câștig pentru sănătate, reducând temporar riscul și crescând conștientizarea pacienților. Durata hipertensiunii sau a rezistenței la insulină este importantă.Orice progrese, cât ar fi de mici, îl pot face pe pacient să simtă că deține controlul, ceea ce poate îmbunătăți atât motivația cât și calitatea vieții lui. Intervențiile care se concentrează pe comportamente unice pot fi eficiente în inducerea schimbării aceluși comportament. (8) Ar putea fi indicată o abordare mai holistică care să se concentreze pe comportamente multiple, implementându-se, totuși schimbarea gradual.

Studii referitoare la evaluarea factorilor de risc cardiovascular, respectiv la eficiența programelor de management și prevenție a riscului cardiovascular

Studiul 1. (pag. 45-54) Prevalența și evoluția factorilor de risc cardiovascular într-o comunitate urbană in perioada 2005-2012

Primul studiu pe care îl aducem spre exemplificarea implicației evaluării factorilor de risc cardiovascular a fost un studiu prospectiv, observațional, de tip cohortă. (9) Studiul a început în anul 2005, populația țintă fiind reprezentată de populația generală de adulți cu vârste cuprinse între 20 și 70 de ani dintr-un cartier din Cluj-Napoca.[10] Subiecții au fost reevaluați după un interval de timp prestabilit {2012} scopul fiind cel al comparației asupra variabilelor observate. Riscul cardiovascular global a fost calculat utilizând modelul SCORE (Systematic Coronary

Risk Evaluation).

“Ipoteza de lucru: Identificarea persoanelor asimptomatice “aparent sănătoase” cu risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare reprezintă unul dintre obiectivele principale ale profilaxiei primare.

Obiectiv general 1. Evaluarea stării de sănătate a populației prin identificarea și evaluarea prevalenței factorilor de risc cardiovascular și a tendinței evolutive a acestora folosind baza de date a Serviciului Public Local Comunitar de Evidență a Persoanelor al Municipiului Cluj (SPLCEP Cluj).

- Obiectiv specific 1.1 Identificarea și estimarea prevalenței factorilor de risc cardiovascular în rândul populației adulte în perioada 2005-2012;
- Obiectiv specific 1.2 Analiza tendinței evolutive a factorilor de risc cardiovascular în perioada 2005- 2012, în absența unei intervenții dirijate de prevenție primară;
- Obiectiv specific 1.3 Evaluarea riscului cardiovascular global prin utilizarea diagramei de risc SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Rezultate:

- În decurs de 7 ani (2005- 2012}, s-a observat o creștere a prevalenței subiecților cu risc cardiovascular moderat cuprins între 2% și 4%, vizibilă în mod special la persoanele de gen masculin peste 50 de ani. ($p > 0,05$) A existat o scădere a prevalenței subiecților cu „risc înalt” fără a fi semnificativă statistic.($p > 0,05$)
- Prevalența HTA a fost crescută, atât în 2005 cât și în 2012. A existat o tendință de scădere a prevalenței HTA în anul 2012 fără a fi semnificativă statistic.($p > 0,05$)
- Prevalența dislipidemieii a crescut semnificativ în 2012 comparativ cu 2005. ($p < 0,05$) Valorile medii au crescut în special pentru LDL-C fără a fi semnificative statistic.($p > 0,05$) A crescut semnificativ numărul subiecților tratați cu hipocolesterolemiant.e.($p < 0,05$)
- Prevalența obezității nu s-a modificat. A existat o tendință de creștere a prevalenței diabetului zaharat, valorilor medii ale glicemiei, dar fără semnificație statistică. ($p > 0,05$)
- Prevalența fumatului (fumător permanent) a rămas nemodificată ($p > 0,05$) S-a constatat o scădere a numărului de fumători ocazionali și o creștere semnificativă a numărului de nefumători, în această categorie fiind incluși și foștii fumători, adică persoanele care au abandonat fumatul. ($p < 0,05$) “ (9)

Al doilea studiu pe care îl prezentăm s-a desfășurat în Olanda, asupra eficienței desfășurării programelor de management și prevenție a riscului cardiovascular de către asistenții medicali din cadrul cabinetelor, ca înlocuitori ai medicilor generalişti (7).

Ghidul olandez pentru managementul riscului cardiovascular declară că sarcina foarte grea de management a riscului cardiovascular care le revine medicilor de familie ar putea fi împărțită cu asistenții medicali cu specializare înaltă.

În studiul efectuat în Olanda, 701 pacienții cu risc crescut au fost randomizați într-un grup de management al riscului cardiovascular realizat de către medicul de familie sau de către un asistent medical de cabinet.” Aparent, asistenții medicali au putut obține schimbări mai mari în ceea ce privește factorii de risc, dar, după corectarea factorilor perturbatori, singura schimbare care a rămas statistic semnificativ mai importantă la grupul condus de asistentul medical a fost scăderea colesterolului total. În felul acesta, asistenții medicali ar putea, la fel de bine ca și medicii de familie sau poate mai bine, să ajute indivizii săși îmbunătățească factorii de risc cardiovasculari”. (7)

5. ANALIZA DE SITUAȚIE LA NIVELUL REPUBLICII MOLDOVA ȘI A RAIONULUI UNGHENI

Informațiile principale despre contextul politic, economic, social și de mediu la nivelul Republicii Moldova.

Republica Moldova a devenit independentă în 1991, odată cu destrămarea Uniunii Sovietice. După prăbușirea Uniunii Sovietice, accesul economiei destul de mici a Republicii Moldova la piața de desfacere tradițională a încetat brusc. Secesiunea efectivă a regiunii vorbitoare de limbă rusă Transnistria din Republica Moldova în anul 1992, în care era amplasată cea mai mare parte a industriei moldovenești, a slăbit și mai mult economia Republicii Moldova și a generat instabilitate politică. De la obținerea independenței, fosta republică sovietică, cândva prosperă, a căzut în declin și a devenit una dintre cele mai sărace țări din Europa. Țara a devenit republică parlamentară și s-a angajat într-o reformă economică ambițioasă și tranziția spre economia de piață. Deși creșterea economică a țării s-a îmbunătățit în anii 2000, iar în 2009, a fost una dintre cele mai mari creșteri economice din Regiunea Europeană, Republica Moldova încă se confruntă cu probleme economice majore, care s-au amplificat în 2015, în urma unei fraude bancare de proporții care a afectat stabilitatea economică și politică a țării, a sărăcit și a privat și mai mult populația de drepturi și a generat o criză financiară acută.

Cel mai recent Barometru al Opiniei Publice arată că doar 18% din populație este mulțumită de calitatea vieții, iar 73% are venituri care abia îi permite să acopere sau nu acopere minimul necesar. Tranziția economică a provocat dificultăți socio-economice mari pentru țară și înrăutățirea stării sănătății populației. Republica Moldova suportă o povară epidemiologică dublă deoarece ratele maladiilor comunicabile au crescut din momentul obținerii independenței, în timp ce maladiile netransmisibile, cum ar fi bolile cardiovasculare și cancerul, sunt, de asemenea, în creștere. Creșterea economică ulterioară a fost în favoarea persoanelor sărace și speranța de viață și-a recâștigat nivelul înregistrat înainte de independență, dar este încă relativ mic comparativ cu alte țări din Regiunea Europeană, iar mortalitatea are o rată mai mare în rândul persoanelor apte de muncă.

Sărăcia și migrația aferentă a unor segmente largi de populație sunt temele centrale ale procesului de dezvoltare în Republica Moldova.

Din cauza lipsei oportunităților de generare a veniturilor, peste un milion de cetățeni au părăsit Republica Moldova pentru a-și găsi un loc de muncă în străinătate, deseori lăsând în urma lor copii și vârstnici. Sumele trimise de lucrătorii migranți constituie o sursă majoră de venit pentru gospodăriile din Republica Moldova, ajungând la 2,6 miliarde de dolari SUA în 2013 și constituind peste 30% din PIB-ul țării în anul respectiv. Republica Moldova este printre primele 30 de țări din întreaga lume cu emigrație sporită. Sărăcia, deși este în continuă scădere, a înregistrat un nivel de 13% în 2013.

Migrația forței de muncă afectează serviciile de sănătate pe mai multe planuri. Plecarea medicilor din țară și într-o măsură mai mică a asistentelor medicale afectează accesul la asistența medicală în Republica Moldova. În plus, migranții de muncă sunt grupul care beneficiază cel mai puțin de asigurări de sănătate. În afara de aceasta, persoanele în vârstă și copiii lăsați în urmă de lucrătorii migranți, deseori se confruntă cu dificultăți în accesarea asistenței medicale disponibile în afara comunității lor. În termeni absoluți, cheltuielile totale pentru sănătate în Republica Moldova sunt de zece ori mai mici decât media Uniunea Europeană (UE) și de două ori mai mici decât media Comunității Statelor Independente (CSI). Cu toate acestea, în condițiile în care cheltuielile pentru sănătate reprezintă 13% din totalul cheltuielilor publice și 5,7% din PIB, aceste cheltuieli sunt dintre cele mai mari față de UE și CSI, în termeni relativi.

Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut semnificativ în ultimii zece ani: de la PPC \$89 pe cap de locuitor în 2004 la PPC \$263 pe cap de locuitor în 2014, dar reprezintă doar mai puțin de jumătate din cheltuielile totale pentru sănătate și posibil se vor reduce în contextul constrângerilor bugetare actuale legate de creșterea modestă a PIB-ului. Cheltuielile farmaceutice se bazează foarte mult pe cheltuielile suportate de pacienți din mijloacele proprii pentru asistența medicală de ambulator. O proporție de aproximativ 15% (conform

datelor oficiale) - 25% (conform sondajelor) din populație rămâne neasigurată și este mai probabil că aceștia sunt locuitorii din mediul rural care lucrează în agricultură, sectorul informal și lucrătorii migranți. Chiar și în cazul în care populația beneficiază de asigurare de sănătate, accesul la asistență medicală se limitează la pachetul de servicii de bază.

Actualmente bolile cardiovasculare sunt recunoscute unanim drept o provocare prioritară a sănătății publice a sec. XXI atât la nivel global, cât și la cel național. Aceasta se argumentează prin deținerea locului de frunte în structura mortalității și dizabilității generale, pierderea vădită a calității vieții și costurile ridicate. În consecință, prevenția și controlul bolilor cardiovasculare a devenit una din direcțiile de acțiune prioritară pentru strategiile globale și naționale de combatere a bolilor netransmisibile elaborate pentru perioadele recente.

Bolile cardiovasculare au constituit 26,7% (15,2 milioane de decese) din numărul total de decese (56,9 milioane) înregistrate global pentru anul 2016. Ponderea majoră a deceselor prin maladiile netransmisibile, la nivel global, revine la patru maladii cronice: maladiile cardiovasculare (46,2%), cancerul (21,7%), bolile cronice respiratorii (10,7%) și diabetul (4%), fiind denumite din acest motiv boli netransmisibile prioritare.

În Republica Moldova (2016) bolile netransmisibile înregistrează o pondere de 83,2% în structura generală a mortalității, după cum urmează: maladiile cardiovasculare (54,7%), tumorile maligne (16,1%), bolile sistemului digestiv (9,6%), bolile respiratorii cronice (1,9%) și diabetul (0,9%). Astfel, problema maladiilor cardiovasculare este actuală și în cazul Republicii Moldova, având o cotă de deces depășind constant 50% pentru ultimul deceniu și mai mult. În plus, în Republica Moldova ratele standardizate ale mortalității prin bolile aparatului circulator sunt de circa 4 ori mai înalte comparativ cu ratele occidentale respective.

În Republica Moldova, bolile cardiovasculare (BCV) se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces și reprezintă circa 58% din totalul deceselor înregistrate la nivel național. Astfel, pe parcursul anului 2019, în Republica Moldova, au decedat 21.603 persoane din cauza afecțiunilor aparatului circulator.

În structura deceselor cauzate de bolile sistemului cardiovascular (circulator) predomină: cardiopatia ischemică (52,6%, 11365 persoane), bolile cerebro-vasculare (24,3%, 5227 persoane), infarctul miocardic acut (8,7%, 1885 persoane), cardiopatia hipertensivă (9,8%, 2126 persoane). Fig.1

Bolile cardiovasculare, inclusiv bolile de inimă și accidentul vascular cerebral (AVC), sunt principala cauză a morții din lume, care revendică 17,9 milioane de vieți în fiecare an.

Se estimează că până în anul 2030, această cifra va atinge 23 de milioane de decese.

În prezent, peste 700.000 de moldoveni suferă de boli de inimă. Cea mai răspândită maladie a aparatului cardiovascular este cardiopatia ischemică - o tulburare miocardică datorată unui dezechilibru între fluxul coronarian (aportul sanguin de substanțe nutritive și oxigen necesare pentru o bună funcționare a inimii), ce este scăzut prin afectarea arterelor inimii și necesitățile miocardice. De ea suferă peste 120.000 de oameni.

Dacă în Germania pentru un pacient care suferă de maladii cardiovasculare se alocă 370 de euro, iar în Europa, în medie, 212 euro, în România această sumă este egală doar cu 27 de euro, iar în Moldova — și mai puțin.

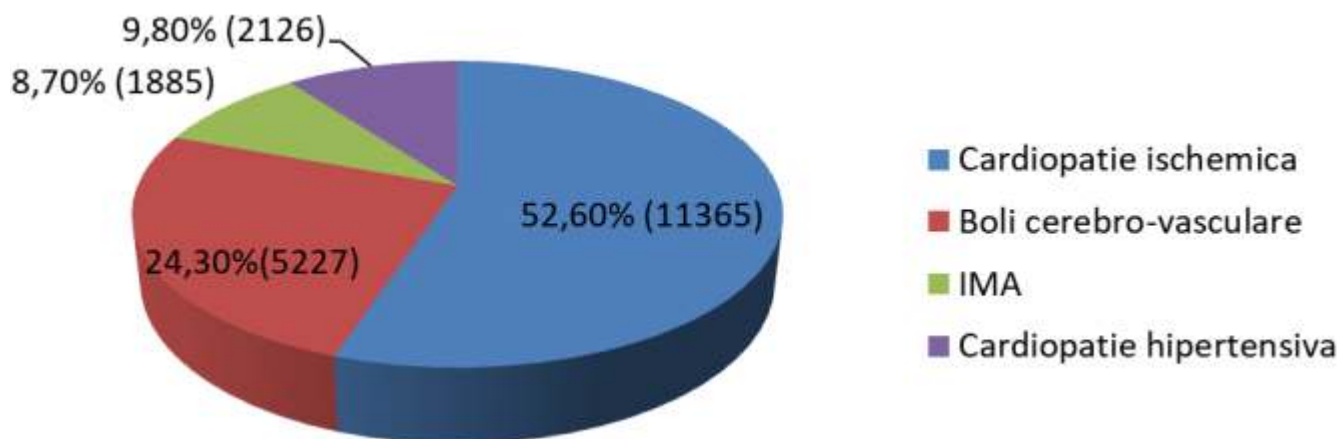


Fig.1 Structura deceselor cauzate de bolile sistemului cardiovascular in Republica Moldova

Cardiopatia ischemică reprezintă una dintre cauzele principale ale morbidității cronice și ale mortalității din întreaga lume.

Conform datelor Societății Europene de Cardiologie, prevalența cardiopatiei ischemice crește odată cu vârsta, pentru ambele sexe:

- de la 2-5% la bărbații de 45-54 de ani, pînă la 10-20%, la bărbații cu vârste cuprinse între 65-74 de ani
- de la 0,1-1% la femeile în vîrsta de 45-54 de ani, pînă la 10-15%, la femeile cu vârste cuprinse între 65-74 de ani.

În majoritatea țărilor europene, între 20000 și 40000 la 100000 de locuitori suferă de cardiopatie ischemică. Conform datelor Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar prevalența totală a patologiei cardiovasculare în Republica Moldova, în anul 2016, a constituit 986,7 la 10000 de locuitori. Prevalența generală a populației pentru boala ischemică a cordului însoțită de hipertensiunea arterială a fost 732,0 la 10000 de locuitori.

Incidența generală în Republica Moldova, în anul 2016, pentru patologia sistemului circulator a estimat 212,5 la 10000 de populație și pentru boala ischemică a cordului asociată cu hipertensiune arterială a constituit 142,5 la 10000 locuitori.

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

În 2015, trăiau cu boli cerebrovasculare (BCV) peste 85 milioane de persoane în Euro-OMS și circa 49 milioane în UE (creștere față de 1990 în valori absolute), cele mai frecvente fiind bolile vasculare periferice și bolile cardiace ischemice. Totuși prevalența standardizată BCV arată o descreștere ușoară între 1990-2015 în Euro-OMS/UE, cu 9/12% și 5/9% la bărbați respectiv la femei. Bolile cardiovasculare au cauzat circa 3,9 milioane decese în Euro-OMS (45% din totalul deceselor) și circa 1,8 milioane în UE (37% din total). Mortalitățile bolilor cardiovasculare și prin accident vascular cerebral sunt în general mai mari în Europa Centrală și de Est decât în Europa de Nord, Sud și Vest. În UE-28, proporția deceselor cauzate de BCV la femei a fost în medie de 40,0% față de 34,1% în rândul bărbaților. Cele mai mari diferențe între genuri au fost înregistrate în Statele Baltice și Slovenia, unde proporția deceselor la femei a fost cu 15-18% mai mare decât la bărbați; dezechilibrul de gen a fost, de asemenea, relativ mare în România, Croația, Polonia și Ungaria. În doar două state UE proporția deceselor cauzate de BCV a fost mai mare în rândul bărbaților decât la femei: Marea Britanie - cu 2% și în Danemarca - cu 0,5 %.

Datele din registre arată în mod consistent că SCA NSTEMI este mai frecvent decât SCASTE. Incidența anuală este aprox. 3 la 1000 de locuitori, dar variază de la o țară la alta. Mortalitatea în spital este mai mare la pacienții cu IMA-STE față de cei cu SCA-NSTEMI (7% vs. 3-5%), dar la 6 luni ratele de mortalitate sunt similare pentru cele două boli (12% și 13%). Urmărirea pe termen lung a arătat faptul că ratele de deces au fost mai înalte la pacienții cu SCA-NSTEMI față de cei cu STE-ACS, cu 2 puncte procentuale diferență la 4 ani.

Incidențele relative ale STEMI și NSTEMI scad și respectiv cresc. Cel mai larg registru european al STEMI se regăsește în Suedia, unde incidența STEMI a fost de 58 la 100.000 pe an în 2015-17. În alte țări europene, rata incidenței a fost cuprinsă între 43 și 144 la 100.000 pe an. În mod similar, ratele de incidență ajustate raportate de SUA au scăzut de la 133 la 100.000 în 1999 până la 50 la 100.000 în 2008, în timp ce incidența NSTEMI a rămas constantă sau chiar a crescut ușor. Există o tendință destul de clară ca STEMI să apară mai frecvent la tineri decât la vîrstnici și la fel mai frecvent la bărbați decât la femei.

OMS estimează, că în lume sunt 600 milioane de persoane cu hipertensiune arterială, care au risc de evenimente cardiace, accidente cerebrale acute și insuficiență cardiacă. Circa 15-37 % din populația adultă de pe glob este hipertensivă.

În unele populații, numărul hipertensivilor depășește 50% printre persoanele cu vârsta mai mare de 60 ani.

Se estimează, că tensiunea arterială înaltă cauzează 7,1 milioane de decese anual în lumea întreagă, aceasta constituind aproape 13 % din mortalitatea globală. Studiile efectuate de OMS arată, că cca 62 % de accidente cerebrovasculare și 49 % de evenimente acute cardiace sunt cauzate de hipertensiunea arterială. Hipertensiunea cauzează 5 milioane de decese premature anual în lumea întreagă. În multe țări din vestul Europei hipertensiunea afectează o pătrime din populația adultă.

În Republica Moldova, conform rezultatelor studiului CINDI, prevalența hipertensiunii arteriale la persoanele cu vârstele cuprinse între 25 și 64 ani constituie cca 30%, însă numărul cazurilor înregistrate conform statisticii republicane este mult mai mic.

Apariția bolilor cardiovasculare este cauzată de un complex de factori, care sunt clasificați în trei categorii după cum urmează din Tabelul 1

Tabelul 1. Factorii de risc in aparitia bolilor cardiovasculare

Comportamentali	Biologici	Generali	
Modificabili	Modificabili	Modificabili	Nemodificabili
Consum de tutun	Hipertensiune	Venit	- -
	Hiperglicemie	Educatie	Sex
Activitate fizică insuficientă	Hipercolesterolemie	Conditii de viata	Predispozitie genetica
Consum nociv de alcool	Exces ponderal/ obezitate	Conditii de munca	Etnie

Sursa: *European Society of Cardiology. European Heart Health Charter. Brussels, 2007.*

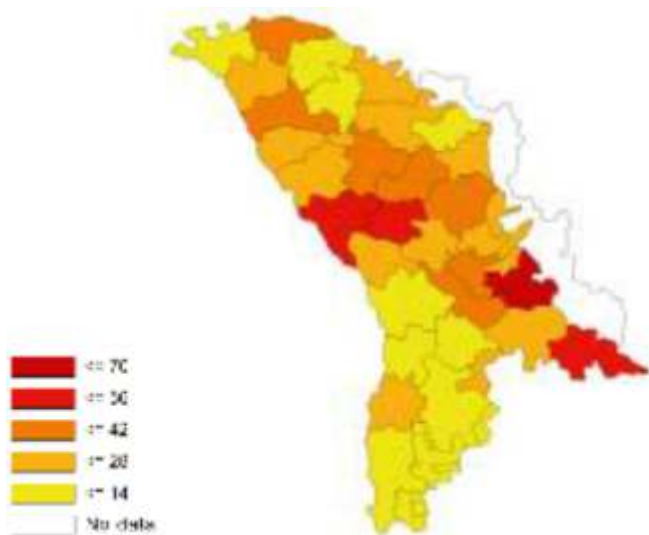
Potrivit Studiului STEPS din 2013, fiecare al treilea adult din Republica Moldova cu vârstă cuprinsă între 18 și 69 de ani și fiecare al doilea adult cu vârstă mai mare de 45 de ani au avut trei sau mai mulți factori comportamentali cu risc pentru bolile cardiovasculare.

Bărbații tineri au avut un risc de 2,5 ori mai mare pentru BCV decât femeile tinere, iar peste jumătate dintre adulții cu vârsta mai mare de 45 de ani sunt expuși unui risc sporit pentru BCV.

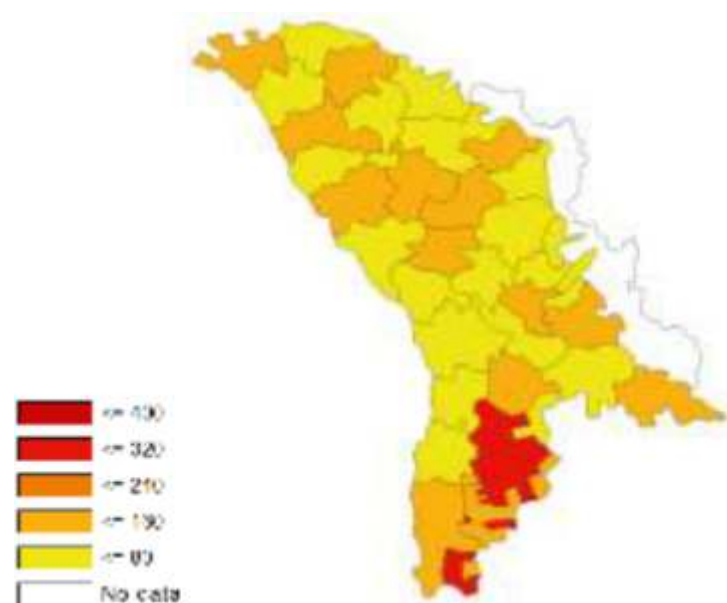
Potrivit datelor din 2010, 57,6% din mortalitatea totală a bărbaților și 62,3% din mortalitatea femeilor ar putea fi atribuită cauzelor legate de fumat, în timp ce 18,8% din mortalitatea bărbaților și 13,7% din mortalitatea femeilor ar putea fi determinată de consumul de alcool. Bolile asociate cu excesul de greutate și obezitatea constituie o altă problemă majoră pentru sănătatea publică.

În Republica Moldova, circa 50% dintre adulți (cu vârsta de 18 ani și mai mare) sunt supraponderali sau obezi. Obezitatea (în total 15%) este distribuită în mod inegal între mediul urban (16,3%) și cel rural (14,7%), și între femei (17,1%) și bărbați (13,3%). Obezitatea crește proporțional cu vârsta, de la 1% în grupul cu vârstă cuprinsă între 18 și 24 de ani, până la 25% în grupul de vârstă de 45-65 de ani. Proporția scade în grupul de vârstă mai mare de 65 de ani.

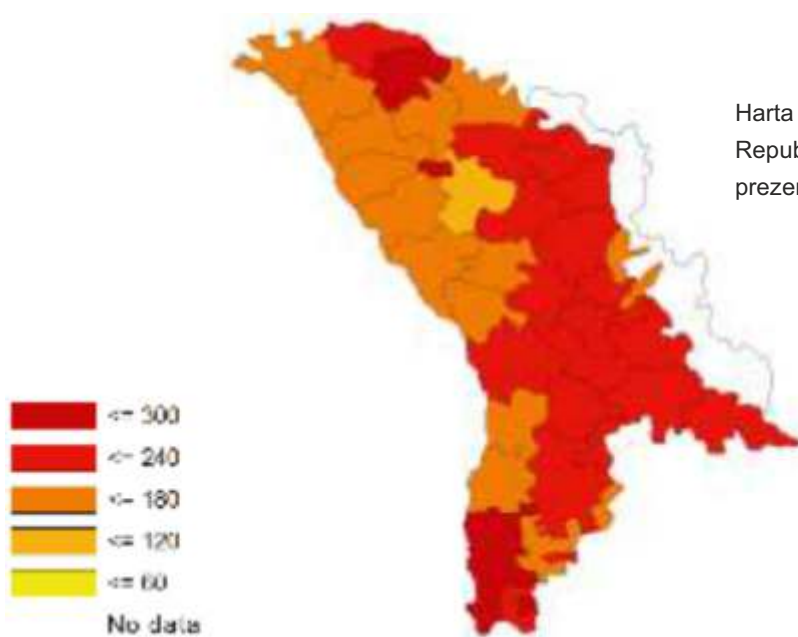
O particularitate a Republicii Moldova constă în rata mare a mortalității în grupul populației apte de muncă. Acest grup de vârstă a înregistrat 456,2 decese la 100.000 populație în 2012 (bărbați – 696,4 și femei - 201,0), constituind 44% din numărul total de decese (ponderea din numărul total de decese constituind 60% în rândul bărbaților și 23% în rândul femeilor). Hărțile de mai jos prezintă variațiile regionale pentru obezitate, hipertensiune arterială și diabet zaharat.



Harta 1 Incidența obezității la 10.000 populație, Republica Moldova, 2012 Sursa: Sistemul electronic de prezentare a datelor al CNMS, versiunea 2, 2013



Harta 2 Prevalența hipertensiunii arteriale la 10.000 populație, Republica Moldova, 2012 Sursa: Sistemul electronic de prezentare a datelor al CNMS, versiunea 2, 2013



Harta 3 Prevalența diabetului zaharat la 10.000 populație, Republica Moldova, 2012 Sursa: Sistemul electronic de prezentare a datelor al CNMS, versiunea 2, 2013

Conform studiilor recente, reducerea nivelului mortalității cardiovasculare se atribuie în circa 50% reducerii factorilor de risc și în circa 50% – tratamentelor medicale bazate pe dovezi.

Astfel, prevenția factorilor de risc și îmbunătățirea accesului populației la consiliere și tratamente preventive, diagnostic și tratamente esențiale, inclusiv tratamentele de performanță sunt imperative pentru diminuarea mortalității cardiovasculare premature. Conform constatărilor OMS realizarea țintelor de reducere relativă a factorilor de risc modificabili: consumul de tutun (30%), activitatea fizică insuficientă (10%), regimul alimentar nesănătos (media consumului de sodiu 30%), consumul nociv de alcool (10%), tensiunea arterială ridicată (25%), stoparea creșterii obezității și a diabetului se identifică a fi prioritare în reducerea relativă a mortalității premature cu 25% către anul 2025, alături de 50% acoperire a tratamentului profilactic și consiliere a persoanelor din grupul de risc cardiovascular înalt și 80% accesibilitate la tratamente esențiale și diagnostic de bază privind bolile netransmisibile prioritare.

La nivelul raionului Ungheni, precum și a întregii Republici, se determină o creștere vizibilă a incidenței și prevalenței bolilor cardiovasculare.

Astfel, dacă în anul 2015, prevalența patologiei cardiovasculare în raionul Ungheni era de 14140 de persoane, în anul 2019 această cifră ajunge la 18226. Fig.2

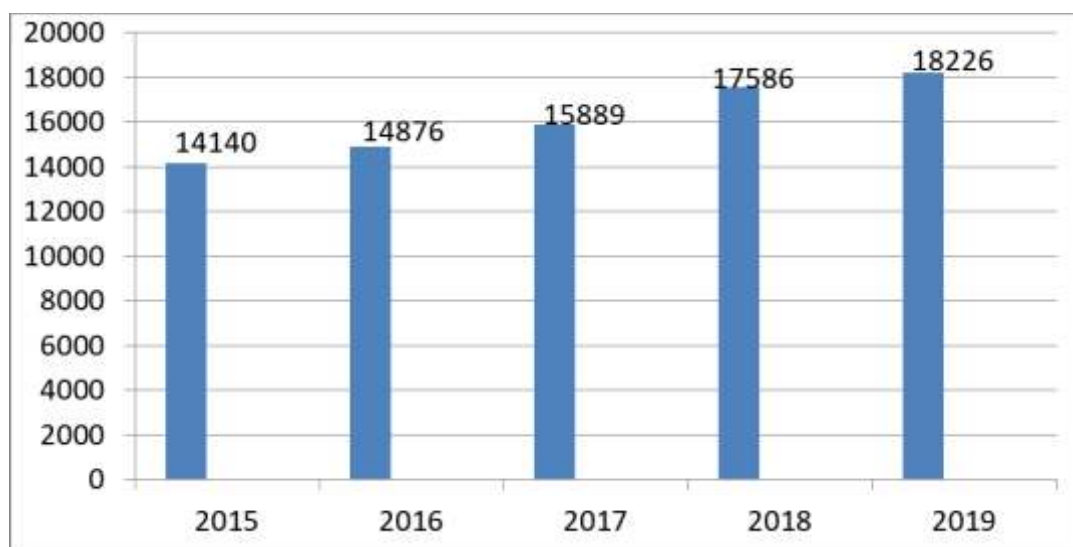


Fig.2 Prevalența bolilor aparatului circulator în raionul Ungheni

Acești indicatori continuă să fie în creștere și la nivelul Republicii Moldova, de la 582545 de persoane în anul 2015, până la 707761 la finele anului 2018. Fig.3

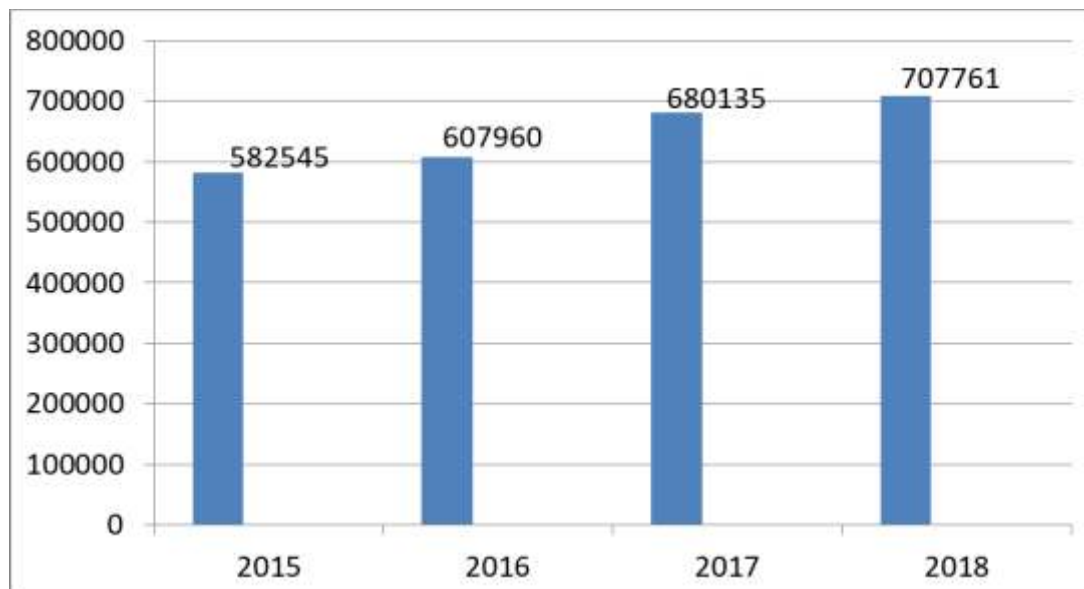


Fig.2 Prevalența bolilor aparatului circulator în raionul Ungheni

Incidența patologiei cardiovasculare, la fel ca prevalența este în creștere atât la nivel de raion, cât și la nivel de republică.

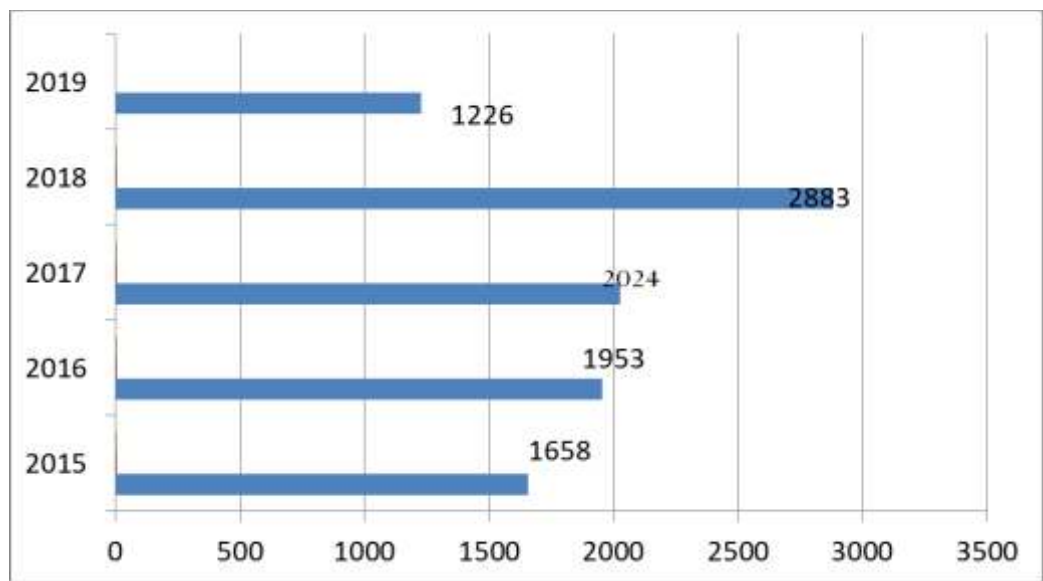


Fig.4 Incidența bolilor cardiovasculare în Raionul Ungheni

La nivelul Republicii, același parametru este în creștere. Fig.5

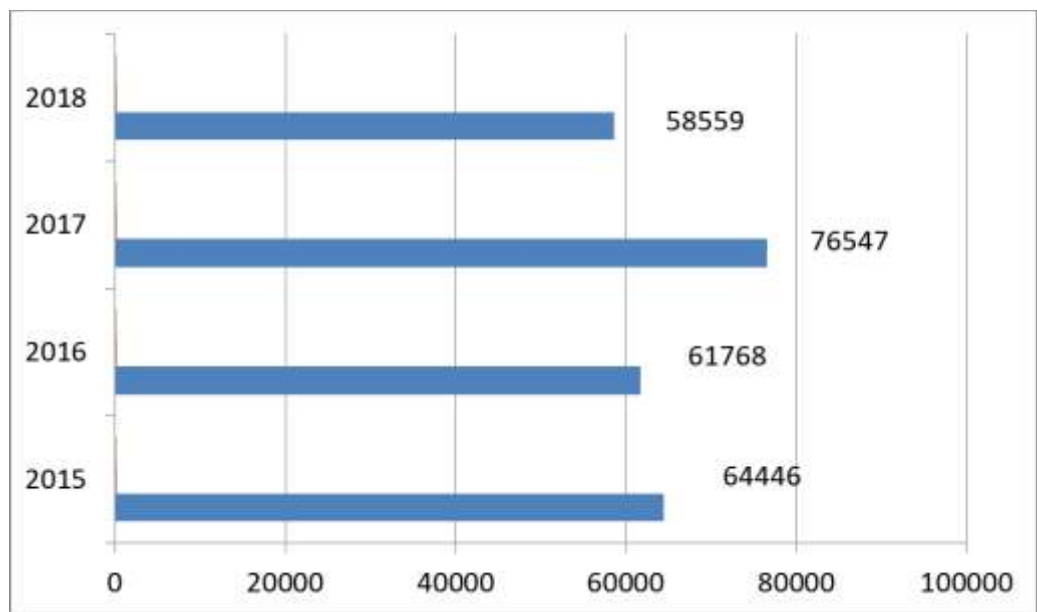


Fig.5 Incidența bolilor cardiovasculare în Republica Moldova

S-a efectuat o analiză a cauzelor deceselor în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Raional Ungheni cu privire la structura deceselor care au avut loc aici în decursul anilor 2018-2019.

Se observă că pe primul loc rămâne patologia cardiovasculară, comparative cu celelalte boli (tabelul 2).

		2018	2019
Decedați total		286	250
Structura letalității			
După cauză			
1.	Aparatul circulator:	127 (44,4%)	97 (38,8%)
	inclusiv: - accidente vasculare	80	52
	- infarct miocardic	16	14
2.	Tumori maligne	39 (13,6%)	47 (18,8%)
3.	Aparatul digestiv	54 (18,9%)	46 (18,4%)
	inclusiv: - ciroze hepatice	43 (79,6%)	34 (73,9%)
4.	Bolile aparatului respirator	24 (8,4%)	26 (10,4%)
5.	Leziuni traumatice, otrăviri	18 (6,3%)	12 (4,8%)

Tabelul 2. Structura letalității în cadrul IMSP SR Ungheni 2018-2019

Luând ca indicator structura letalității în primele 24h de la spitalizare, în cadrul aceleiași instituții, observăm că și aici patologia cardiovasculară rămâne pe primul loc. Tabelul 3

		2018	2019
Decedați total		286	250
În primele 24 ore de la spitalizare – 25,6% (25,2%-2018)			
1.	Aparatul circulator:	37 (51,4%)	28 (43,7%)
	inclusiv: - accidente vasculare	23(62,2%)	10 (35,7%)
	- infarct miocardic	6	8
2.	Aparatul digestiv	15 (20,8%)	11 (17,2%)
	inclusiv: - ciroze hepatice	13 (86,7%)	8 (72,7%)
3.	Tumori maligne	5 (6,9%)	9 (14,1%)
4.	Bolile aparatului respirator	6 (8,3%)	6 (9,4%)
5.	Leziuni traumatice, otrăviri	3 (4,2%)	6 (9,4%)

Tabelul 3. Structura letalității în primele 24h în cadrul IMSP SR Ungheni 2018-2019

6. POLITICI GUVERNAMENTALE DE PREVENIRE

În partea de definitivare a problemei din Programul național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare (2014-2020) se menționează că în Republica Moldova, pe parcursul deceniului 2004-2014, decesele premature prin bolile cardiovasculare constituie 24-26,5%.

Totodată, este important de menționat, că o mare parte a deceselor premature sunt apriori evitabile. O dovadă este constatarea OMS, privind reducerea semnificativă a deceselor premature prin maladiile cardiovasculare în mai multe țări cu venit ridicat, datorită politicilor guvernamentale, care contribuie la adoptarea unui stil de viață sănătos, promovarea unei asistențe medicale echitabile și dezvoltarea continuă a funcționalității sistemului de supraveghere.

În Republica Moldova unul din patru decese prin bolile cardiovasculare se consideră a fi prematur, fiind însoțit de o creștere cu 34% cu predominare la populația masculină pe parcursul deceniului recent. Actualmente, evaluarea impactului asupra sănătății populației denotă necesitatea focusării mai mult pe pierderile produse, cuantificate în ani potențiali de viață pierduți (APVP), decât pe numărul de decese, chiar fiind evaluate pe grupuri de vârstă. În acest context, ținta globală nr.1, privind prevenția și controlul bolilor cardiovasculare și a altor boli netransmisibile prioritare, stabilește reducerea relativă a mortalității premature cu 25% până-n anul 2025 („25x25”).

OMS a stabilit indicatorul „Probabilitatea necondiționată de deces în vârstă cuprinsă între 30-70 ani” prin bolile netransmisibile prioritare în calitate de indicator de monitorizare a progreselor privind realizarea țintei ”25x25”, care determină probabilitatea decesului prematur vârstei de 70 ani al persoanelor cu vârsta de 30 ani.

Organizația Mondială a Sănătății, analizând situația la nivel global, a evidențiat un șir de obstacole pentru realizarea obiectivului „25x25” și respectiv a obiectivelor naționale ajustate, în cazul Republicii Moldova – ținta națională intermediară 2020. În acest context, obstacole majore au fost considerate: lipsa sistemelor de supraveghere și monitorizare funcționale, infrastructura sistemului de sănătate slab dezvoltată și finanțarea neadecvată a direcției de prevenție și control.

Pentru a depăși riscurile determinate au fost elaborate 10 acțiuni-cheie importante în vederea realizării țintei strategice globale de reducere a mortalității premature. Acestea au devenit criterii de evaluare a promptitudinii sistemelor naționale privind bolile netransmisibile, având rezultatele stipulate în profilul respectiv al OMS pentru fiecare țară participantă. Astfel, în profilul OMS din 2014 privind promptitudinea sistemului național de a răspunde la provocările bolilor netransmisibile, Republica Moldova a fost calificată ca țară unde:

1. Există:

- unitate/ direcție operațională în cadrul Ministerului Sănătății privind BNT/sau echivalent;
- politică/ strategie/ plan de acțiune de reducere a consumului nociv de alcool;
- politică/ strategie/ plan de acțiune de reducere a consumului de tutun;
- ghiduri/ protocoale/ standarde naționale de management a BNT prioritare prin abordare la nivel de asistență medicală primară.

2. Nu există:

- politică/ strategie/ plan de acțiune național intersectorial, care integrează mai multe BNT și factorii de risc comuni;
- politică/ strategie/plan de acțiune de reducere a inactivității fizice și/sau promovare a activității fizice;
- politică/ strategie/ plan de acțiune de reducere a regimului alimentar nesănătos și/sau promovare a regimului sănătos;
- sistem de supraveghere și monitorizare a BNT în teritoriu capabil să raporteze despre cele 9 ținte globale privind BNT.

Din 2014 până-n prezent Republica Moldova a reușit să îmbunătățească situația la mai multe puncte din profilul OMS 2014, clasate în grupul celor inexistente, elaborând:

- 1) Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020 (Hotărârea Guvernului nr.1032 din 20.12.2013
- 2) Planul național de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei naționale pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (BNT) pe anii 2012-2020 (Hotărârea Guvernului nr.403 din 06.04.2014), care reprezintă un plan de acțiuni intersectorial pentru BNT prioritare și FR comune;
- 3) Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020 (Hotărârea Guvernului nr.1000 din 23.08.2016), care prevede acțiuni de reducere a inactivității fizice și promovare a activității fizice;
- 4) Programul național în domeniul alimentației și nutriției pentru anul 2014-2020 (Hotărârea Guvernului nr.730 din 08.09.2014).

7. Organizații implicate în servicii de îngrijire primară pentru prevenirea BCV

Cele mai multe ghiduri recomandă o combinație de screening oportunist cu un screening sistematic.

Este cel mai eficient, din punct de vedere al costului, să ne concentrăm asupra persoanelor cu risc cardiovascular crescut sau cu boli cardiovasculare instalate. Medicii de familie se află într-o poziție foarte importantă pentru a putea identifica indivizii fără istoric de boală cardiovasculară, dar care sunt expuși riscului de boală cardiovasculară.

Deși dovezile privind eficacitatea sunt limitate, Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică al Societății Europene de Cardiologie (ESC) din 2016 recomandă o abordare sistematică a evaluării riscului cardiovascular la populația cu cel mai mare risc, de exemplu la cei cu antecedente familiale de boli cardiovasculare. Evaluarea riscului cardiovascular la bărbați sub 40 de ani și la femei sub 50 de ani nu este recomandată .

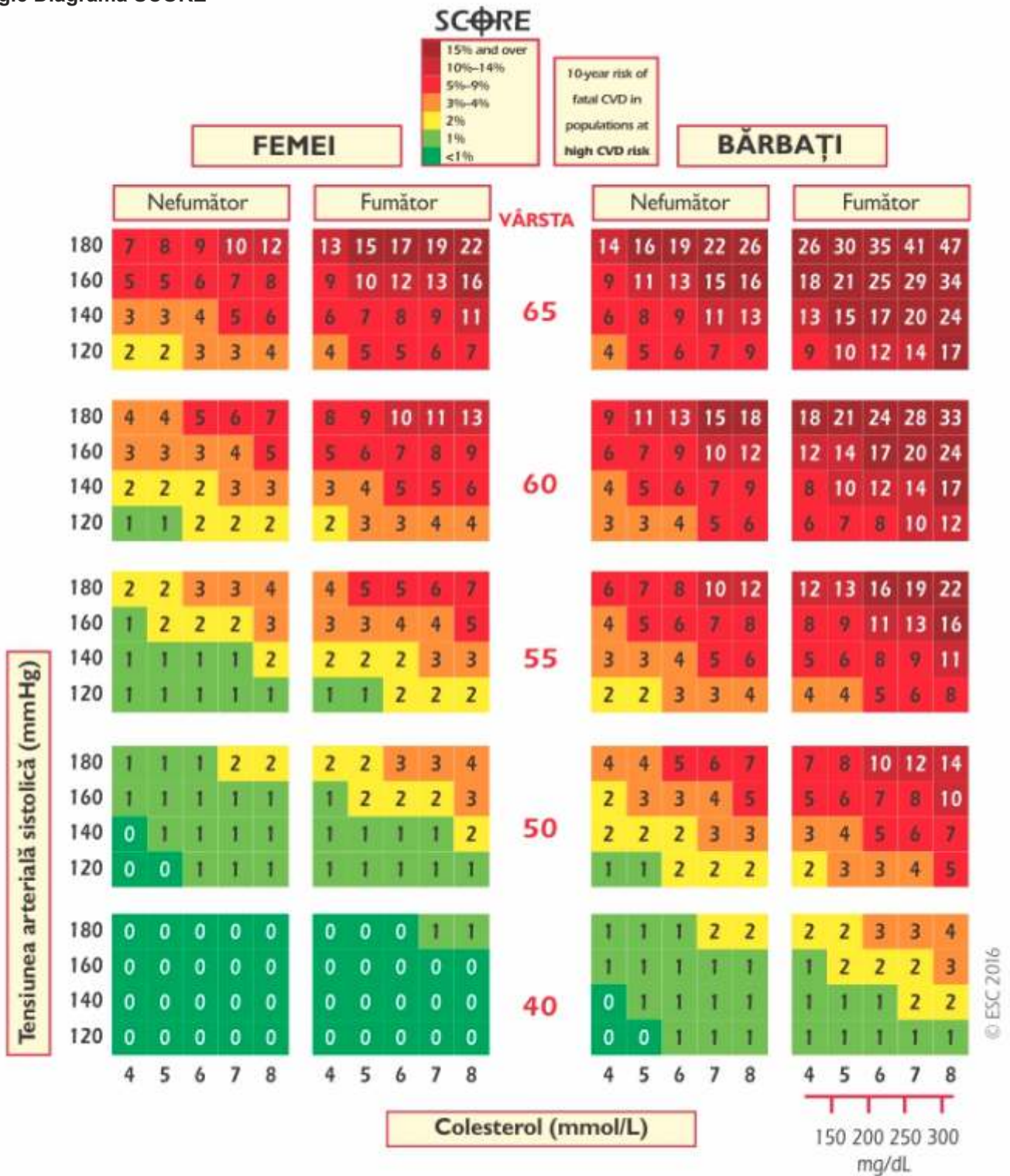
Evaluarea riscului Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie din anul 2016, evaluarea riscului ar trebui să se repete, de exemplu, la fiecare cinci ani. Riscul poate fi evaluat cu ajutorul diagramei SCORE, care estimează riscul de boală cardiovasculară fatală în următorii 10 ani, sau cu ajutorul unui sistem de estimare a riscului validat local. Fig. 5

Riscul pe termen scurt este determinat în cea mai mare măsură de vârstă. De aceea, tinerii, în special femeile, rareori ating pragurile de tratament. De fapt, la tineri, un risc absolut scăzut la 10 ani poate ascunde un risc relativ foarte ridicat, care să necesite consiliere privind stilul de viață. Modalitățile de comunicare a acestui risc includ folosirea unei diagrame de risc relativ, sau prezentarea riscului pe durata vieții sau a vârstei de risc.

Modele predictive de risc identifică indivizii cu risc înalt atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. În prezent, lipsesc dovezile adecvate privind utilizarea riscului pe durata vieții și categoriile de risc semnificativ în deciziile de tratament. Prin urmare, nu se formulează recomandări pentru utilizarea sa, dar Ghidul ESC admite că ar putea servi ca instrument de comunicare în conversațiile cu cei cu risc relativ mare, dar cu risc absolut scăzut. La această populație, poate fi de ajutor discuția despre vârsta de risc, deoarece ilustrează probabilitatea de reducere a speranței de viață dacă nu sunt adoptate măsurile de prevenție . **Rolul medicului de familie în prevenția bolilor cardiovasculare Ghidul Societății Europene de Cardiologie din anul 2016 specifică faptul că prevenirea bolilor cardiovasculare ar trebui să se desfășoare în toate compartimentele de îngrijire a sănătății, inclusiv în asistența medicală primară și subliniază importanța medicilor de familie care realizează > 90% din consultările pacienților în majoritatea țărilor.**

La acești ghidurile actuale recomanda modularea în continuare a evaluării riscului prin metode complementare:

Fig.5 Diagrama SCORE



➤ **Ecografie vasculară (Doppler) a arterelor carotide**

Evaluarea riscului se bazează pe măsurarea grosimii peretelui arterial (intima-medie, GIM) și pe identificarea prezentei și caracteristicilor placilor de aterom. Persoanele fără antecedente de boala cardiovasculară care au GIM anormal sunt la risc crescut pentru evenimente cardiace și pentru accident vascular cerebral; similar, prezenta placilor de aterom, precum și caracteristicile lor ecografice sunt predictorii ai riscului de evenimente ischemice cerebrale (AVC) și ai afectării cardiace coronariene (cardiopatie ischemică, infarct miocardic).

Evaluarea ecografică a carotidelor este o metodă neinvazivă de evaluare a aterosclerozei subclinice, asimptomatice.

➤ Testul ECG de efort, precedat de ecografia inimii

Ecografia de cord (ecocardiografia) este o metoda mult mai sensibila decat ECG (electrocardiografia) pentru a depista modificarile de structurale ale inimii si in plus ne ofera informatii pretioase referitoare la functia inimii. Putem afla dimensiunile cavitatilor cardiace, grosimea peretilor inimii (masuratori foarte importante pentru stratificarea riscului la pacientii hipertensivi, spre exemplu), aspectul si functia valvelor cardiace, se pot aprecia functia de pompa (sistolica), precum si cea de umplere si relaxare (diastolica) ale inimii – toti acesti parametri fiind cu valoare prognostica foarte importanta.

Testul ECG de efort evalueaza parametri ECG care atunci cand sufera modificari specifice in timpul probei de efort devin inalt sugestivi pentru ischemia miocardica (ingustari ale arterelor coronare) si parametri nonelectrocardiografici extrem de importanti: raspunsul tensiunii arteriale la efort, capacitatea de efort. Un test de efort care dovedeste o capacitate de efort normala, fara modificari semnificative ale ECG - ului in timpul testului, la pacienti fara simptome inalt sugestive de ischemie miocardica, este un instrument cu o valoare acceptabila pentru a exclude afectarea coronariana. In plus, testul ECG de efort este indicat si pentru adultii sedentari care doresc sa inceapa un program de antrenament fizic.

➤ Măsurarea indicelui gleznă - braț

Atunci cand indicele glezna – brat este scazut semnaleaza o afectare aterosclerotica avansata si are valoare predictiva pentru evenimentele si mortalitatea cardiovasculare, chiar si la pacientii asimptomatici.

➤ Scorul de calciu coronarian

Evaluat prin tomografie computerizata de inalta rezolutie, scorul de calciu coronarian a fost validat ca si predictor al bolii cardiovasculare si poate restratifica adultii asimptomatici in ceea ce priveste riscul lor cardiovascular.

Principalele probleme cu care se confruntă asistența medicală primară, sănătatea publică și promovarea sănătății și prevenirea BCV în Republica Moldova

Povara bolilor cardiovasculare subminează dezvoltarea socială și economică în Republica Moldova și, din acest motiv, reprezintă o prioritate urgentă pentru sănătatea publică. Reforma sistemului sănătății pentru consolidarea prestării și calității asistenței medicale primare fost o prioritate din perioada înainte de anul 2000, când asistența medicală spitalicească excesivă a fost reorientată spre asistența medicală primară (AMP), pe baza modelului de medicină de familie descentralizată, finanțată din sistemul de asigurări medicale obligatorii. Sistemul de asigurări, însă, nu acoperă în mod corespunzător cheltuielile prestatorului și cele ale pacientului, rezultând în cheltuieli exuberante suportate de pacienți din mijloacele proprii și limitând, în așa mod, accesul la metodele terapeutice și îngrijirile cruciale, în special în cazul bolilor cronice.

Sistemul sănătății și structurile sale, stadiul actual al procesului de reformă: Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021 și o varietate de alte planuri strategice stabilesc cursul reformei, dar nu conțin un plan de implementare integrat, cu strategii măsurabile, fapt care limitează punerea în aplicare a acestor documente. Reformele structurale, la nivel raional, s-au soldat cu o disensiune dintre asistența medicală spitalicească și asistența medicală de ambulator specializată, pe de o parte, și asistența medicală primară, pe de altă parte. Structurile, care formaseră anterior un sistem continuu, nu mai funcționau în mod eficient împreună.

În consecința, coordonarea între nivelurile de deservire a devenit fundamental redusă sau inexistentă, rezultând într-o distanță semnificativă, în creștere, între administrația centrală și nivelul de AMP. Stadiul incomplet de

realizare a reformei a condus la fragmentarea serviciilor din cauza responsabilitatilor neclare la nivel primar.

Distributia personalului medical în cadrul sistemului AMP (medicii de familie si asistentele medicale) este inegala, dar acoperirea cu personal pare a fi o problema doar în regiunea de sud a Republicii Moldova. Multi medici de familie si asistente medicale ofera servicii de o calitate destul de redusa si mentinerea în functii a acestora este scazuta. Cresterea capacitatii de a oferi asistenta de o calitate mai buna necesita o evaluare nu doar a nevoilor populatiei, ci si a nevoilor prestatorilor.

Calitatea asistenței medicale: Evaluarea calității asistenței medicale primare constituie, în prezent, o provocare, deoarece sistemul AMP are o capacitate de monitorizare și evaluare limitată. Au fost elaborate o varietate de ghiduri privind practica clinică pentru asistența medicală spitalicească și de ambulator și, într-o anumită măsură, pentru medicina de familie. Cu toate acestea, punerea în aplicare, la nivel local, și respectarea protocoalelor clinice este limitată. GC existente trebuie revizuite, pentru a include standardele moderne, și transpuse în protocoale aplicabile pentru asistența medicală primară. Ținând cont de tratamentul pe termen lung necesar pentru bolile cardiovasculare, gestionarea medicamentelor trebuie să țină cont de aceste ghiduri și să ofere medicamentele specifice la un preț accesibil. Va trebui adăugat elementul privind asigurarea continuității îngrijirilor – cu specificarea modalității de între diferitele niveluri și prestatori, în contextul îngrijirilor centrate pe oameni și integrarea acestor îngrijiri.

Conceptele de **supraveghere** actuale mai degrabă respectă principiile de control și nu utilizează instrumentele rețelelor de-la-egal-la-egal, tehnicile auditului intern și procedurile de îmbunătățire continuă a calității.

Colaborarea între medici și asistente medicale respectă modelele ierarhice. În timp ce mecanisme de evaluare colegială și educația medicală continuă au fost folosite în multe țări, există necesitatea de a îmbunătăți aceste mecanisme în sectorul AMP din Republica Moldova.

Planificarea serviciilor integrate la nivel de comună/raion, așa cum este menționat mai sus, poate întări abordările echipei localizate și îmbunătăți coerența sistemului.

Colaborarea inter-sectorială: Integrarea și colaborarea necesară între activitățile din domeniul sănătății, social și al educației, sau între medicii de familie, asistentele medicale și serviciile sociale, la nivel raional, sunt ineficiente sau inexistente. Activitățile comunitare de prevenire și informare, la nivelul AMP, sunt limitate deoarece medicii de familie nu sunt, de obicei, interesați de prestarea acestor servicii. Medicii de familie continuă să se concentreze în mare parte pe prestarea serviciilor curative, considerând de multe ori că activitățile de promovare a sănătății publice și de prevenire sunt de o importanță mai mică în condițiile resurselor limitate. Există o nevoie considerabilă pentru a dezvolta abordări de muncă care ar permite executarea sarcinilor în echipă (echipe de medicină de familie), integrarea, în concepte mai holistice, a prestării serviciilor de asistență medicală primară și dezvoltarea abordărilor intersectoriale privind prevenirea și controlul BNT. Consolidarea capacităților este necesară pentru managementul bolilor cronice, dar și pentru dezvoltarea contextelor de colaborare cu organizațiile comunitare, autoritățile locale, serviciile sociale, sectorul educației și cu alții. În mod ideal, pe lângă factorii de comportament, asistența medicală primara ar trebui să țină cont, de asemenea, de factorii de mediu, care sunt predictorii/factori de risc pentru bolile cardiovasculare. Serviciile extinse (outreach) ar trebui să vizeze în mod special persoanele care nu utilizează serviciile de sănătate, deoarece starea lor de sănătate este mai puțin cunoscută. Aceste persoane ar putea fi expuse unui risc mai mare, ceea ce poate duce la o morbiditate care poate provoca o invaliditate prematură.

Comportamentul axat pe sănătate al populației Republicii Moldova se caracterizează printr-o încredere mai mare în asistența medicală spitalicească și în asistența medicală specializată, un sentiment scăzut de responsabilitate pentru propria sănătate și abilitarea redusă a persoanelor pentru auto-îngrijire și auto-educație în sănătate. Comportamentul care favorizează sănătatea reflectă, de asemenea diferențe clare de gen, atât în ceea ce privește comportamentele cu risc (de exemplu, consum mai mare de tutun și de alcool în rândul bărbaților) și comportamentul axat pe sănătate (de exemplu, cazuri mai rare de orientare spre sănătate în rândul bărbaților).

Aceste modele comportamentale fac provocatoare mobilizarea comunității în favoarea sănătății și necesită noi abordări pentru a transforma atitudinea comunităților față de o conducere (leadership) mai puternică pentru sănătate.

Promovarea sănătății: Creșterea gradului de conștientizare a riscurilor și factorilor care influențează stilul de viață, la nivel de comunitate, constituie baza unei posibile schimbări a comportamentului. Cu toate acestea, intervențiile de promovare a sănătății în legătură cu bolile cardiovasculare, sprijinite de stat, sunt ocazionale și nesistematice. Sursele alternative de informații cu privire la sănătate sunt: anunțurile publicitare ale companiilor farmaceutice, contribuțiile în reviste care oferă cunoștințe de bază și internetul. Prevenirea secundară și terțiară a patologiei cardiovasculare, deseori se limitează la serviciile de consiliere oferite de către medicii de familie și procedurile sistematice de screening, relativ deficiente. Informația privind sănătatea este, prin urmare, comunicată prin mai multe canale și poate uneori induce în eroare.

8. OPORTUNITĂȚI DE PREVENIRE A BOLILOR CARDIOVASCULARE

Prevenția bolilor cardiovasculare reprezintă un set coordonat de acțiuni, la nivel populațional și individual, cu scopul de a eradica, elimina sau minimaliza impactul bolilor cardiovasculare și a dizabilității secundare acestora. Prevenția BCV începe în mod ideal în cursul sarcinii și durează până la sfârșitul vieții. În practica curentă, eforturile

Fumatul	
Dieta	
Activitatea fizică	Cel puțin 150 de minute de activitate fizică aerobică moderată pe săptămână (30 de minute, 5 zile/săptămână) sau 75 de minute de activitate fizică aerobică intensă (15 minute, 5 zile/săptămână) sau o combinație a celor două.
Greutatea corporală	IMC 20-25 kg/m ² . Circumferința abdominală <94 cm (bărbați) sau <80 cm (femei).
Tensiunea arterială	<140/90 mmHg ^a
Lipide^b	
LDL-C ^c este ținta primară	Risc foarte înalt: LDL <1,8 mmol/L (70 mg/dL) sau o reducere cu >50% dacă valoarea de la care se pornește este între 1,8 și 3,5 mmol/L (70-135 mg/dL) ^d Risc înalt: LDL <2,6 mmol/L (100 mg/dL) sau o reducere cu >50% dacă valoarea de la care se pornește este între 2,6 și 5,2 mmol/L (100-200 mg/dL) Risc moderat-scăzut: LDL <3 mmol/L (<115 mg/dL)
HDL-C	Fără o țintă, dar valoarea >1,0 mmol/L (>40 mg/dL) la bărbați și >1,2 mmol/L (>45 mg/dL) la femei indică un risc scăzut.
Trigliceride	Fără o țintă, dar valoarea <1,7 mmol/L (<150 mg/dL) indică risc scăzut, iar valorile mai mari sugerează necesitatea verificării altor factori de risc.
Diabet zaharat	HbA _{1c} <7% (53 mmol/mol)

Tabelul 4. Ținte și obiective ale prevenției bolilor cardiovasculare.

de prevenție se adresează de regulă bărbaților și femeilor de vârstă mijlocie sau mai mare, care prezintă deja BCV (prevenție secundară) și persoanelor la risc înalt de a dezvolta un prim eveniment cardiovascular [de ex. persoanelor care prezintă combinația fumat, tensiune arterială crescută, diabet sau dislipidemie (prevenție primară)]; prevenția BCV la tineri, la cei foarte vârstnici sau la persoanele cu un risc mic sau moderat este încă limitată, dar poate aduce beneficii semnificative.

Prevenția este împărțită tipic în prevenție primară sau secundară, deși în BCV distincția între cele două este arbitrară, având în vedere evoluția continuă a procesului aterosclerotic care stă la baza acestor afecțiuni. Principalele obiective de prevenire a bolilor cardiovasculare se axează pe modificarea factorilor de risc. Tabelul 4.

Prevenția bolilor cardiovasculare în îngrijirea primară - Rolul cardiologului.

Cardiologii care lucrează în afara spitalului au un rol esențial în prevenirea bolilor cardiovasculare fiind consultații specialiștilor din medicina generală și internă.

Cardiologul are un rol fundamental în evaluarea pacienților cu probleme cardiovasculare trimiși de medicul de familie. O examinare completă va include adesea: testarea toleranței la efort, măsurarea IGB, evaluarea structurii și a funcției cardiace prin ecocardiografie, și evaluarea pentru ateroscleroză preclinică cu ajutorul ecografiei vasculare. Deși identificarea și tratamentul inițial al factorilor de risc și sfaturile în legătură cu stilul de viață sunt sarcinile specialiștilor în medicină generală și internă, cardiologul este consultantul în cazurile în care există dubii în privința prescrierii tratamentului sau atunci când metodele preventive sunt dificil de aplicat (de exemplu în cazul dependenței de nicotină, obezitate rezistentă, efecte secundare ale tratamentului sau eficiența insuficientă a tratamentului). Se cere sfatul cardiologului și la pacienții la care se pune în balanță terapia de substituție hormonală cu simptomele și cu riscul cardiovascular global. Sfatul cardiologului este de asemenea necesar în cazul tratamentului cu medicamente antiagregante după PCI – angioplastie coronariană) la pacienții care necesită anticoagulare orală (de exemplu la pacienții cu FA sau la pacienții cu proteză valvulară mecanică).

Cardiologul este medicul care, pe baza recomandărilor actuale, revede împreună cu pacientul recomandările de la externare după un eveniment cardiac sau după o intervenție cardiacă și pune în aplicare strategia de tratament ulterioară. Cardiologul îl ajută pe pacient să accepte recomandările, prin oferirea lor în scris, și asigurându-se că la intervale date de timp sunt atinse țintele tratamentului. Folosirea tot mai mare a datelor medicale electronice de către medicul cardiolog poate avea un impact pozitiv în prevenirea bolilor cardiovasculare. Posibilitatea de a identifica ca pacienții cu factori de risc, de a se documenta cu privire la barierele acestora în privința îngrijirilor medicale și de a controla la intervale prestabilite gradul de implementare a reducerii riscului, ar trebui să aducă rezultate favorabile. Ar trebui luată în considerare pregătirea medicului cardiolog în a folosi aceste date electronice pentru implementarea și menținerea pe termen lung a strategiilor de prevenție. Păstrarea confidențialității datelor este importantă.

Prevenția bolilor cardiovasculare în îngrijirea primară - Rolul asistentei medicale.

Modelele de caz care au beneficiat de management din partea asistentului medical, fiind testate în mai multe studii randomizate de prevenție secundară, au arătat îmbunătățiri semnificative ale factorilor de risc, toleranței la efort, controlului glicemiei, și utilizarea medicației adecvate, împreună cu scăderea evenimentelor lor și a mortalității cardiace, regresia aterosclerozei coronariene, și îmbunătățirea percepției despre sănătate a pacientului, comparativ cu îngrijirea obișnuită. Alte studii au demonstrat eficacitatea prevenției condusă de asistente în îngrijirea primară, comparativ cu îngrijirea obișnuită, cu un succes mai mare în prevenția secundară versus prevenția primară.

Un program de prevenție multidisciplinară coordonat de asistenți medicali, desfășurat atât în spitale, cât și în cabinetele de îngrijire primară a fost evaluat în trialul EUROACTION, care a studiat pacienți cu BCI și cu risc înalt

de BCV din opt țări. Abordarea a fost centrată pe familie și a dus la un stil de viață mai sănătos cu schimbări în ceea ce privește dieta și activitatea fizică, și un control mai eficient al factorilor de risc cum este tensiunea arterială, atât la pacienți cât și la partenerii lor, în brațul de intervenție, comparativ cu îngrijirea obișnuită.

Studiul EUROACTION a constat din opt vizite ale unei echipe multidisciplinare, ca și participarea la un workshop de grup și exerciții supravegheate pe o perioadă de 16 săptămâni; alte studii au evaluat intervenții pe o durată mai scurtă.

Strategiile utilizate în diverse studii pentru a obține modificarea comportamentală și un stil de viață sănătos au inclus evaluarea individualizată, comunicarea riscului, luarea deciziilor împreună cu pacientul, participarea familiei, stabilirea obiectivelor, educația individuală și de grup, și interviul motivațional. Datorită diferențelor în intensitatea, durata și componentele intervenției din aceste studii, "doza" optimă de contact sau componentele cele mai eficiente și cost-eficiente necesare pentru rezultate pe termen lung nu sunt cunoscute, și nici modul în care acestea pot varia în funcție de caracteristicile pacientului.

Tipul și durata de formare a asistentelor medicale în vederea intervenției sunt, de asemenea, diferite în aceste studii, ca de altfel și implicarea în echipe multidisciplinare. Succesul intervențiilor, în ciuda acestor diferențe, susține conceptul de bază potrivit căruia contactul mai susținut este necesar pentru a realiza schimbări în stilul de viață și îmbunătățirea complianței. Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a determina formatul optim al intervențiilor necesare pentru a realiza reducerea susținută a riscului, și modul în care acestea pot fi titrate și adaptate pentru persoanele cu diverse riscuri și nevoi de asistență medicală într-o varietate de situații din unitățile de îngrijire medicală și din comunitate. Deși există dovezi că este posibil ca aceste modele să fi e rentabile, este nevoie de evaluare ulterioară, așa cum este cazul și în marea provocare legată de comunicarea riscului și modificarea comportamentelor în prevenția primară.

Un document recent de consens realizat de Preventive Cardiovascular Nurses Association, the Council of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP), și Cardiovascular Nursing Council din cadrul AHA, a emis un apel la acțiune pentru asistenții medicali pentru mai multă activitate în prevenția BCV. Acest document analizează necesitatea de prevenție la nivel mondial, programe bazate pe dovezi coordonate sau conduse de asistenți medicali, prevenția pe tot parcursul vieții, politici de sănătate publică și la multiple niveluri, precum și pregătirea asistenților medicali în asumarea de roluri active în prevenția BCV. Evidențele arată că managementul de caz efectuat de asistenți medicali și programele multidisciplinare de prevenție coordonate de asistenți medicali sunt mai eficiente decât practicile curente în reducerea riscului cardiovascular, și pot fi adaptate la o varietate de situații de asistență medicală. Asistenții medicali cuprind o mare parte a forței de muncă din domeniul sănătății, și, în multe țări, formarea lor include un modul de pregătire centrat pe educația și consilierea pacientului, pe comunicare, ca și pe realizarea schimbării comportamentale, aptitudini necesare pentru programele de prevenție. De asemenea, asistenții medicali sunt percepuți de public ca surse credibile de informații și ajutor, iar rolurile lor includ în mod tipic coordonarea îngrijirilor și colaborarea cu multipli furnizori. O provocare în Europa pentru acest tip de program este heterogenitatea diverselor sisteme de sănătate, heterogenitatea educației și a practicii asistenților medicali în diferite țări, ca și acceptarea faptului ca asistenții medicali să-și asume responsabilități dincolo de cele tradiționale. Cu toate acestea, nevoia de programe eficiente pentru prevenție este de netăgăduit, iar dovezile arată că asistenții medicali pot conduce sau coordona astfel de sisteme într-o varietate de situații.

Programe de autoîngrijire

În multe țări, fundațiile care se ocupă de sănătatea inimii (care fac parte și din EHN (European Heart Network)), susțin programele de auto-îngrijire ale pacienților cu probleme cardiace care își organizează propriile grupuri de auto-îngrijire. Majoritatea acestor programe sunt organizate de pacienții cu boli coronariene, indiferent dacă au istoric de infarct miocardic, PCI, CABG sau insuficiență cardiacă congestivă.

Ședințele regulate de exerciții, la intervale de o dată pe săptămână sau o dată la două săptămâni sub îndrumarea unui fizioterapeut, cu sau fără supravegherea unui medic, ajută la înțelegerea importanței menținerii condiției fizice. Pe de altă parte, apariția anginei progresive la niveluri ale exercițiului fizic mai mare decât efortul de zi cu zi, poate fi un semnal de alarmă precoce că este necesar un consult cardiologic.

În grupurile de auto-îngrijire ale pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă, accentul se pune pe: controlul greutateii cu ajutorul diureticelor; un nivel scăzut de exercițiu fizic, inclusiv exerciții la un anumit interval de timp; ținta este de a menține rezistența musculară prin exerciții individuale de forță și de rezistență a fiecărei grupe de mușchi în parte, pentru a evita suprasolicitarea organismului. Toate aceste activități pot fi oferite într-un program structurat de reabilitare cardiacă. Pacienții cu FA sau cu proteze valvulare mecanice, care au nevoie de anticoagulare orală pe toată durata vieții, pot fi instruiți despre principiile de bază ale acestui tratament; ei pot de asemenea să învețe cum să determine (acasă) INR-ul săptămânal și cum să își dozeze medicația anticoagulantă pentru a menține valoarea INR-ului în limitele recomandate și pentru a preveni posibilele hemoragii sau evenimente tromboembolice. Deși nu a existat nici o diferență în ceea ce privește endpointurile severe, auto-testarea oferă o mai mare independență pacientului și duce la o calitate mai bună a vieții.

Ziarele dedicate pacienților, de obicei publicate de fundațiile pentru sănătatea inimii, pot menține conștientizarea pacienților despre necesitatea tratamentului optim prin publicațiile despre importanța modificării stilului de viață pentru controlul factorilor de risc sau îmbunătățirea stării de sănătate prin metode cum ar fi: menținerea statusului de nefumător, creșterea intensității activității fizice regulate și urmarea unei diete cu specific mediteranean. De asemenea, sunt discutate noile descoperiri în ceea ce privește îngrijirea pacientului sau efectele secundare ale unor medicamente intens folosite cum ar fi statinele, antiagregantele plachetare sau amiodarona.

Scopul programelor de auto-îngrijire este de a face pacientul mai responsabil în ceea ce privește boala și de a-l educa. Programele de auto-îngrijire fac parte dintr-o rețea socială, care servește ca o platformă pentru ajutorul reciproc și pentru comunicarea dintre pacienții cu aceeași boală. Aceste programe pot îmbunătăți și facilita managementul medical și pot îmbunătăți calitatea vieții pacienților care se ajută reciproc pentru a controla zi de zi boala.

Intervenții comportamentale multimodale. Schimbarea stilului de viață

Combinând cunoștințele și experiența clinicienilor (cum ar fi medici, asistente, psihologi, nutriționiști, experți în recuperare medicală și medicină sportivă) în intervenții comportamentale multimodale, putem optimiza eforturile de prevenție. Intervențiile comportamentale multimodale sunt recomandate, în special, pentru persoanele cu risc foarte înalt și pentru cei cu boală cardiovasculară clinic manifestă.

Aceste intervenții includ promovarea unui stil de viață sănătos, constând din modificări ale nutriției, antrenament fizic, tehnici de relaxare, controlul greutateii, programe de renunțare la fumat pentru fumătorii tenace. Acestea îmbunătățesc capacitatea de a face față bolii, aderența la tratament, eforturile de schimbare comportamentală și prognosticul cardiac. Factorii de risc psihosociali (stresul, izolarea socială și emoțiile negative), care pot acționa ca și piedici în schimbarea comportamentală ar trebui abordați în sesiuni adaptate, individuale sau în cadrul ședințelor de consiliere de grup. Există dovezi că intervențiile mai ample/de mai lungă durată pot duce la rezultate mai bune pe termen lung în ceea ce privește schimbările comportamentului și rezultatele somatice. Persoanele cu statut socioeconomic scăzut, de vârstă înaintată sau sex feminin ar putea avea nevoie de programe adaptate cu scopul de a răspunde nevoilor lor specifi ce în ceea ce privește informarea și suportul emoțional.

Personalul medical poate construi strategii cognitiv-comportamentale pentru a aprecia ideile, atitudinea și convingerile persoanei privind capacitatea de schimbare a comportamentului, cât și contextul în care încercările de schimbare vor fi făcute. Intervențiile comportamentale cum ar fi "interviul motivațional" cresc motivarea și eficiența proprie. Tentativele anterioare negative, eșuate, de schimbare a stilului de viață, duc frecvent la o eficacitate mai redusă a schimbărilor ulterioare, conducând frecvent la un nou eșec. Un pas important în transformarea experiențelor negative în pozitive, este acela de a ajuta individul să își fixeze obiective realiste, iar fixarea obiectivelor combinată cu automonitorizarea comportamentului ales, sunt principalele metode de obținere a unui rezultat pozitiv.

Prevenția bolilor cardiovasculare în practica generală

Medicii generaliști au o importanță deosebită în implementarea și succesul programelor Europene de prevenție a BCV. În majoritatea țărilor ei efectuează peste 90% din consultații și asigură cea mai mare parte a medicinei legată de sănătatea publică (prevenție, screeningul bolilor, monitorizarea bolilor cronice și urmărirea lor). În cazul

prevenției bolilor cardiovasculare ei au un rol unic în indentificarea indivizilor la risc de BCV, dar fără BCV stabilită, precum și în evaluarea necesității de intervenție în funcție de riscul lor cardiovascular.

În ciuda importanței crescute a BCV, mulți pacienți rămân nediagnosticsați și netratați. Chiar și la pacienții cu BCV diagnosticate, există lacune substanțiale în ceea ce privește tratamentul; dintre pacienții care primesc tratament hipolipemiant, 43% nu ating țintele colesterolului total. Prezentarea riscului relativ în opoziție cu cel absolut reprezintă o altă opțiune pentru discutarea riscului cardiovascular cu pacienții tineri.

Mai multe studii au investigat folosirea regulilor de predicție și a metodelor de calcul a riscului cardiovascular de către medicii de medicină generală. Un studiu ESC desfășurat în 6 țări europene indică de ce medicii se bazează pe experiența proprie în prevenția și tratamentul BCV: deși majoritatea cardiologilor și a medicilor (85%) știau că evaluarea riscului de BCV ar trebui să se bazeze pe o combinație a tuturor factorilor de risc cardiovascular, 62% dintre medici au folosit metode subiective pentru a evalua riscul mai degrabă decât să folosească scorurile de risc. Obstacolele cele mai frecvente în implementarea ghidurilor au fost politicile locale și guvernamentale (40%), complianța pacienților (36%), și lipsa de timp (23%). Mai mult, medicii au fost mai puțin dispuși de a prescrie anti hipertensive la pacienți identificați ca eligibili pentru tratament în ghiduri.

Pe lângă limitările impuse de însăși metoda de calcul al riscului, au fost identificate de către medici mai multe obstacole în implementarea metodelor actuale de evaluare a riscului. Un sondaj printre medicii specialiști de medicina generală și medicină internă din două regiuni din Elveția a arătat faptul că 74% dintre ei au folosit foarte rar sau niciodată metodele de estimare a riscului de BCV, datorită griii de a simplifica prea mult evaluarea riscului (58%) sau de o folosire exagerată a terapiei medicamentoase (54%). Mai bine de jumătate dintre specialiști (57%) au fost de părere că rezultatul numeric obținut prin metodele de predicție este frecvent nefolositor în luarea deciziilor medicale.

Un studiu olandez despre folosirea scorurilor de predicție ca o componentă cheie în evaluarea riscului în prevenția primară, a arătat faptul că nivelul de cunoaștere al medicilor despre scorurile de risc și abilitatea de a comunica pacientului rezultatele aferente a influențat implementarea acestor metode.

Pacienții pot avea o înțelegere limitată în ceea ce privește scorurile de risc și modul în care acest risc se corelează cu dezvoltarea bolii. Dezvoltarea de materiale educaționale pentru pacienți poate îmbunătăți înțelegerea acestora și poate, de asemenea, să faciliteze comunicarea medic-pacient. Durata obișnuită a consultațiilor, care lasă puțin timp pentru discuții, este recunoscută ca fiind o barieră pentru realizarea estimării riscului. Medicii sunt de asemenea preocupați de o posibilă supraestimare a riscului la nivel național, care poate duce la o prescriere exagerată a tratamentelor medicale. Rezultatele unui studiu norvegian sugerează că evaluarea prin grilele SCORE ar duce la dublarea numărului de persoane care au nevoie de medicamente pentru prevenția primară a BCV. Printre persoanele în cauză se numără bărbații și vârstnicii, la care ar exista o probabilitate mai mare să aibă nevoie de medicamente hipolipemiante.

O creștere a numărului de persoane care primesc medicamente poate duce la costuri mai mari pentru sistemul sanitar. Totuși, **realizarea unor strategii pentru o folosire eficientă a resurselor și identificarea a 70% dintre persoanele cu risc de BCV din Anglia, a arătat că trierea pacienților în funcție de riscul lor cardiovascular poate duce la o scădere a costurilor din sănătate cu £45 000 în comparație cu o strategie de abordare primară a diabetului și a hipertensiunii arteriale.** Este necesară o creștere a conștientizării pacienților, a medicilor, a contribuabililor, și a politicienilor, inclusiv și prin presa scrisă, în ceea ce privește scorurile de risc.

Îmbunătățirea implementării scorurilor de risc poate fi realizată utilizând două abordări principale: prin stimulente materiale și cu ajutorul calculatoarelor. Stimulentele s-au dovedit eficiente în Anglia, unde rezultatul QOF (Quality and Outcome Framework-Asociația pentru monitorizarea Calității și a Rezultatelor) a arătat că există o strânsă legătură între veniturile din asistența primară și obținerea unor ținte specifice în ceea ce privește serviciile de sănătate. QOF a introdus o formă de remunerație pentru realizarea scorului de risc în vederea prevenției primare la pacienții din registrul de hipertensiune din 2009. Informarea prin intermediul calculatoarelor se poate realiza prin trei tipuri de abordare, dar în mod ideal le implică pe toate trei. Evaluarea individuală de către pacient a riscului se

poate realiza cu ajutorul programelor on-line cum ar fi SCORE. Programele on-line de evaluare a riscului pot fi utilizate chiar dacă nu sunt disponibile nivelul colesterolului din sânge sau valoarea tensiunii arteriale. Dezavantajul acestei metode constă în faptul că pacienții trebuie să fi e foarte motivați și cunoscători în domeniul informaticii pentru a o folosi.

Metodele de calcul automat al riscului de BCV furnizează un scor de risc bazat pe datele extrase din dosarul electronic al pacientului. Dezavantajul acestei metode este necesitatea de a avea o bază de date electronică, faptul că informațiile adeseori lipsesc și lipsa de uniformitate în metoda de evaluare a scorului.

Deși medicina generală are, în majoritatea țărilor, un rol aparte în examinarea și identificarea pacienților eligibili pentru prevenție primară cardiovasculară, asistența medicală primară are de asemenea un rol esențial în monitorizarea și urmărirea pacienților identificați ca având risc înalt și în intervenție la nevoie. Strategiile de implementare pentru o aderență mai bună la sfaturile în ceea ce privește modul de viață și intervențiile terapeutice, sunt comune în prevenția primară și în cea secundară.

Programe de prevenție care se bazează pe serviciile oferite de spitale

Ghidurile pentru managementul bolii după un eveniment cardiovascular recomandă modalități de tratament pentru minimizarea riscului de evenimente cardiovasculare ulterioare. Totuși, într-un studiu observațional pe 5353 de pacienți cu infarct miocardic, doar aproximativ jumătate din toți pacienții au fost externați cu terapie optimă conform ghidurilor.

Procentul pacienților externați cu terapie optimă poate varia în funcție de diagnostic, de vârstă (bătrâni vs. tineri), de sex (bărbați vs. femei), de tipul de intervenție suferită sau de instituția în care au fost internați; pacienții externați fără un tratament optim au un prognostic mai prost la un an. În programul național al AHA - `Get with the Guidelines` - a fost inclusă medicația la externare cu un impact asupra prognosticului, incluzând IECA, aspirina, beta-blocantele și medicamentele hipolipemiante, ca și sfaturi pentru renunțarea la fumat și consiliere. Complanța strictă la tratament (100%) s-a întâlnit cel la mai frecvent la pacienții post PCI (71,5%), urmată de pacienții post CABG (65,1%), și apoi pacienții fără intervenții (62,1%). Analiza multivariantă ajustată în funcție de 14 variabile clinice, a confirmat faptul că: complianța a fost semnificativ statistic mai mare la pacienții post PCI față de cei post CABG, și a fost cea mai mică la pacienții fără intervenții. Noile ghiduri ESC oferă o listă de măsuri necesare la externarea din spital pentru a asigura faptul că modificarea intensă a factorilor de risc și schimbarea stilului de viață sunt implementate la toți pacienții diagnosticați cu SCA, inclusiv recomandarea pentru înscrierea într-un program de prevenție și reabilitare cardiovasculară. Introducerea unei inițiative intensive, educaționale, de îmbunătățire a calității, bazată pe ghidurile de prevenție secundară ale ACC/AHA din 2001, a dus la o creștere semnificativă a complianței la externare în ceea ce privește: administrarea aspirinei, a inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei, a medicamentelor hipolipemiante, consiliere pentru renunțarea la fumat și pentru respectarea dietei.

Într-un studiu național randomizat desfășurat în 458 de spitale, un program de îmbunătățire a calității, de intensitate scăzută, la pacienții post operație de bypass, a inclus o listă de măsuri care trebuie respectate, materiale pentru implicarea activă și pentru educarea pacientului, care subliniază importanța medicamentelor pentru prevenția secundară și necesitatea schimbării modului de viață. S-a observat o creștere semnificativă a ratei de prevenție secundară optimală, cu o aderență mai bună la indicații la toate subgrupurile de pacienți, în special la femei și la vârstnici; lipsurile care existau în ceea ce privește tratamentul au fost aproape în totalitate eliminate, și s-au observat îmbunătățiri în folosirea medicamentelor hipolipemiante, a inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei și a consilierii pentru renunțarea la fumat.

În ultimii doi ani a existat o creștere continuă a aderenței medicilor la ghiduri în ceea ce privește recomandările la externare. Programe structurate pentru implementarea ghidurilor ar trebui luate în considerare cu scopul de a obține cel mai mare procentaj posibil de pacienți cărora li se prescrie un tratament în conformitate cu aceste ghiduri, condiție necesară pentru menținerea complianței pe termen lung la un tratament conform ghidurilor.

CONCULZII

1. Atât la nivel regional, cât și național, patologia cardiovasculară ramine o problemă primordială și invalidizantă.
2. Atât la nivel regional, cât și național, patologia cardiovasculară ramâne prima cauză de deces.
3. Patologia cardiovasculară este în continuă creștere în rândul populației.
4. Patologia cardiovasculară este posibil de prevenit prin prisma factorilor de risc modificabili.
5. Strategiile cognitiv-comportamentale s-au dovedit a fi componente esențiale ale intervențiilor care vizează schimbarea stilului de viață.
6. Programele multidisciplinare de prevenție conduse sau coordonate de asistenți medicali sunt mai eficiente decât practicile curente în reducerea riscului cardiovascular, într-o varietate de situații de asistență medicală.
7. Medicul generalist/ medical de familie este persoana cheie în inițierea, coordonarea și urmărirea pe termen lung a persoanelor pentru prevenirea bolilor cardiovasculare.
8. Screeningul factorilor de risc incluzând profilul lipidic poate fi luat în considerare la bărbații ≥ 40 de ani și la femeile ≥ 50 de ani sau postmenopauză.
9. Barierele în implementarea unei prevenții în funcție de gradul de risc sunt multiple: calcularea scorului de risc este considerată consumatoare de timp, simplificarea unei situații complexe și poate duce la administrarea excesivă de medicamente.
10. Cardiologul trebuie să fie consultat în cazurile în care prescrierea unui tratament medicamentos preventiv este discutabilă sau când opțiunile obișnuite de prevenție sunt greu de pus în practică.
11. Cardiologul ar trebui să verifice în mod regulat recomandările de la externare ale pacienților care au suferit un eveniment cardiac sau o intervenție cardiacă.
12. Cu cât îngrijirea pacienților se bazează mai mult pe ghiduri și pe măsurarea eficienței, cu atât este mai bun impactul asupra prevenției și a evenimentelor recurente.
13. Grupurile de auto-îngrijire cresc independența pacienților și îmbunătățesc calitatea vieții.

Referințe:

- (1) State of Health in the EU · România · Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_romania_romanian.pdf?fbclid=IwAR3CQJ7UKkbJa9hz7R9iJ-8QjUfUkR8JdryOs1xX9cdaUA2zrY-QhpJPWs
- (2) European Cardiovascular Disease Statistics. British Heart Foundation: London; 2000
- (3) Fundația Română a inimii - Apel la acțiune unitară pentru prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare în România
https://www.romanianheart.ro/wp-content/uploads/2018/02/FINAL_2017-APELUL-FRI.pdf
- (4) JELAKOVIĆ B, DIKA Z, KOS J, PEĆIN I, LAGANOVIĆ M, JOVANOVIĆ A, et al., Treatment and control of hypertension in Croatia. The BEL-AH study. Lijec Vjesn. 2006 Nov-Dec;128 (11– 12):329–33.
- (5) ZDROJEWSKI T, SZPAKOWSKI P, BANDOSZ P, PAJAK A, WIECEK A, KRUPAWOJCIECHOWSKA B, WYRZYKOWSKI B. Arterial hypertension in Poland in 2002. J Hum Hypertens. 2004 Aug;18(8):557–62
- (6) Dorobantu M and al. , Hypertension prevalence and control in Romania at a seven-year interval. Comparison SEPHAR I and II surveys. J Hypertension, 2014, 32 (1):39-47
- (7) JOSE L. LLISTERRI, GUSTAVO C. RODRIGUEZ-ROCA, CARLOS ESCOBAR, F. JAVIER ALONSO-MORENO, MIGUEL A. PRIETO et al. Treatment and blood pressure control in Spain during 2002–2010. J Hypertens. 2012, 30: 2425–2431.
- (8) ALTUN B, ARICI M, NERGIZOĞLU G, DERICI U, KARATAN O, TURGAN C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. 2005 Oct; 23 (10):1817–23.
- (9) DOROBANTU M, DARABONT RO, BADILA E, GHIORGHE S, Study for the Evaluation of Hypertension and Cardiovascular Risk in Adult Population in Romania - „Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Romania: Results of the SEPHAR Study International Journal of Hypertension, 2010
- (10) Ghidul european de prevenție a bolilor cardiovasculare în practica clinică (versiunea 2016)
- (11) Fundatia Romana a inimii – apel 2017
- (12) Groppa S., Gavriiliuc M., Zota E. ș.a. Accidentul vascular cerebral ischemic. PCN-13. Chișinău, 2017, 112 p.
http://old.ms.gov.md/_files/15520-PCN%2520-13%2520Accidentul%2520vascular%2520cerebral%2520ischemic.pdf (vizitat 22.06.2018).
- (13) Groppa S., Zota E. Managementul factorilor de risc modificabili pentru accidentele vasculare cerebrale. În: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă "Akademos", nr.3 (10), 2008, pag. 70-74.
- (14) 3. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova nr.1128 din 14 octombrie 2004 cu privire la aprobarea Concepției Sistemului Informațional Medical Integrat. În: Monitorul Oficial al Republicii, 29.10.2004, nr. 193-198, art. Nr:1333.
<http://lex.justice.md/md/326162/> (vizitat 18.02.2018).
- (15) Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova nr. 704 din 06.09.2017 cu privire la crearea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică și reorganizare unor persoane juridice. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 06.09.2017, nr.329, art. Nr:809. <http://lex.justice.md/md/371297/> (vizitat 03.03.2018).
- (16) Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova nr. 1090 din 18.12.2017 cu privire la organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Sănătate Publică. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.12.2017, nr.440, art. Nr:1214.
<http://lex.justice.md/md/%20373337/> (vizitat 03.03.2018).
- (17) Landrison G. Delahaye F. Cercetarea clinică. De la idee la publicare.RECIF. Edit DAN, 2002, 287 p.
- (18) Legea nr.278 din 14.12.2007 privind controlul tutunului. În: Monitorul oficial nr.47-48, 07.03.2008, nr.47-48, art. Nr:139.
<http://lex.justice.md/md/327126/> (vizitat 04.03.2018).
- (19) Legea nr.10 din 9 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. În Monitorul oficial, 03.04.2009, nr.67, art. Nr:183. <http://lex.justice.md/md/331169/> (vizitat 22.03.2018).
- (20) Legea Nr.133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal. În: Monitorul Oficial, 14.10.2011, nr.170-175, art. Nr:492.
- (21) Margine L., Tintiuc D., Grejdeanu G., Raevschi E. Strategia de dezvoltare a expertizei medicale a vitalității în Republica Moldova. În: Anale științifice ale IP USMF “ Nicolae Testemițanu”. Ediția a XIV-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management.Chișinău, 2013, p.190-195.
- (22) 11. Obreja G., Raevschi E., Penina O. Strategii și oportunități de reducere a consumului de sare în Republica Moldova (Revista literaturii). În: Culegere de articole științifice consacrată aniversării a 90-a de la nașterea ilustrului medic și savant Nicolae Testemițanu. Chișinău, 2017, p. 223-231.
- (23) Ocrotirea sănătății populației în Republica Moldova. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova anul 2016. Chișinău, 2017.46 p. <http://www.cnms.md>. (vizitat 20.03.2018).
- (24) Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 252 din 01.04.2011 cu privire la intensificarea activităților

profilactice în asistența medicală primară. http://old.ms.md/_files/8278-Ordin%2520252%25202001.04.2011.pdf (vizitat 20.03.2018).

(25) Ordinul comun al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1076/720 din 30.12.2016 privind aprobarea criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.01.2017, nr. 19-23, art. Nr:68. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=368544> (vizitat 04.03.2018).

(26) Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1363 din 01.12.2014 cu privire la aprobarea Ghidului Național privind elaborarea Profilului de sănătate a populației la nivel de unitate administrativă teritorială. http://old2.ms.gov.md/legislatie?field_legtip_tid=13 (vizitat 22.03.2018).

(27) Penina O., Raevschi E., Obreja G. Mortalitatea și speranța de viață în Republica Moldova în contextul European. În: Culegere de articole științifice consacrată aniversării a 90-a de la nașterea ilustrului medic și savant Nicolae Testemițanu. Chișinău, 2017, p. 314-319.

(28) Planul de acțiuni pe anii 2014-2020 privind implementarea Programului național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020. Hotărârea Guvernului nr.300 din 24 aprilie 2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 06.05.2014, nr.104-109, art. Nr:327. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=352739> (vizitat 27.10.2016).

(29) Planul național de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020. Hotărârea Guvernului nr.403 din 6 aprilie 2016. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.04.2016, nr.100-105, art. Nr:464. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=364230> (vizitat 27.10.2017).

(30) Popovici M. Bolile cronice necontagioase – o problemă vitală a sănătății publice. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, 2006, nr.1(5), p. 7-11.

(31) Programul național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014- 2020. Hotărârea Guvernului nr. 300 din 24 aprilie 2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 06.05.2014, nr.104-109, art. Nr:327. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=352739> (vizitat 27.10.2016).

(32) Programul național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020. Hotărârea Guvernului nr.1000 din 23 august 2016. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 26.08.2016, nr.277-287, art. Nr:1086. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=366387> (vizitat 28.11.2017).

(33) Raevschi E. Supravegherea factorilor de risc responsabili de dezvoltarea bolilor cardiovasculare în Republica Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2016, nr. 2 (51), p. 97-104.

(34) Raevschi E., Tintiuc D. Sănătatea cardiovasculară ca problemă medico-socială în Republica Moldova. În: Congresul al 34-lea al Academiei Româno-Americane de Arte și Științe. București, România, 2010, p. 591-593.

(35) Raevschi E., Tintiuc D., Margine L. Prevenția riscului cardiovascular în Republica Moldova. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția XIV-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2013, p.207-212.

30. Raevschi M., Tintiuc D., Raevschi E. Factorii climatici și resursele naturale ale Republicii Moldova – oportunități pentru ameliorarea sănătății cardiovasculare. În: Anale științifice ale USMF “ Nicolae Testemițanu”. Ediția XIII-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2012, p.185-190.

(36).Raevschi E., Vataman E. Evaluarea mortalității prin maladii cardiovasculare de contribuție majoră în Republica Moldova. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2016, nr.1 (65), p.20-27.

(37) Raevschi E. ș.a. Maladiile cardiovasculare o problemă de sănătate publică în Republica Moldova. În: Anale științifice ale USMF “ Nicolae Testemițanu”. Ediția XII-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2011, p.208-212.

(38) Institutul de Politici Publice, Barometrul Opiniei Publice 2015, noiembrie 2015.

http://www.ipp.md/public/files/Barometru/Brosura_BOP_11.2015_prima_parte_final.pdf

(39) Policy Pater Series (PP/03/2014) GET Moldova (Seria de politici publice);

Pagina web a Băncii Mondiale: <http://data.worldbank.org/country/moldova>

(41) Ghidul european de prevenție a bolilor cardiovasculare în practica clinică (versiunea 2012)

(42) Sistemul electronic de prezentare a datelor al CNMS, versiunea 2, 2013

(43) PCN „Angina pectoral stabila”, Chișinău 2006

(44) PCN „Hipertensiunea arteriala esentiala la adult”, Chișinău 2016

Date de contact

tel: +40 232 240 695

proiect.cardioscope@gmail.com

<https://cardioscope.eu>

<https://www.facebook.com/cardioscop.proiect>

<https://twitter.com/cardioscopeEU>

Adrese

**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali Filiala Iași, România**

Strada Morilor, nr.22, Iași, România

Cod poștal: 700011

**Institutul Medico Sanitar Public Spitalul Raional
Ungheni Republica Moldova**

3606, r-n Ungheni, or. Ungheni, str. Natională, 37

tel: 0236 251 49

„Uniunea Europeană este alcătuită din 28 de state membre care au decis să își unească treptat cunoștințele, resursele și destinele. Împreună, pe o perioadă de extindere de 50 de ani, au construit o zonă de stabilitate, democrație și dezvoltare durabilă, menținând totodată diversitatea culturală, toleranța și libertățile individuale. Uniunea Europeană se angajează să împartă realizările și valorile sale cu țările și popoarele dincolo de granițele sale”.