

INTERVENȚII LA NIVEL EUROPEAN DE REDUCERE A FACTORILOR ASOCIAȚI CREȘTERII TENSIUNII ARTERIALE. CONSUMUL DE SARE, ZAHĂR ȘI GRĂSIMI

CARMEN DANIELA DOMNARIU¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: hipertensiune arterială, intervenții, boli cardiovasculare, Europa
Rezumat: Hipertensiunea arterială reprezintă o afecțiune cu implicații serioase privind sănătatea populațiilor, deoarece este un factor major de risc pentru evenimentele cardiovasculare grave. La nivel european, aceste aspecte sunt deosebit de relevante având în vedere creșterea prevalenței și incidenței bolilor cauzate de hipertensiune arterială evidențiate prin ratele de morbiditate și mortalitate. Cu toate acestea, există exemple ale statelor membre, care au pus în aplicare intervenții de succes în îmbunătățirea sănătății publice și reducerea tensiunii arteriale. Articolul prezintă câteva din aceste intervenții de succes care au ca drept scop reducerea prevalenței și incidenței bolilor cardiovasculare prin scăderea tensiunii arteriale.

Keywords: arterial hypertension, interventions, cardiovascular diseases, Europe
Abstract: Hypertension is a disease with serious implications on populations' health, being a major risk factor for many serious cardiovascular events. At European level, these issues are particularly relevant given the increasing prevalence and incidence of diseases caused by hypertension evidenced by morbidity and mortality rates. However, there are examples of Member States which have implemented successful interventions to improve public health and reduce blood pressure. This article presents some of these successful interventions that aim at reducing the prevalence and incidence of cardiovascular disease by lowering blood pressure levels.

Prezenta lucrare evidențiază factorii de risc asociați creșterii tensiunii arteriale, precum și o serie de intervenții de succes realizate de anumite țări ale Regiunii Europene în vederea abordării acestei probleme. De asemenea, lucrarea subliniază faptul că intervențiile simple, concentrate, cost eficiente pot avea un impact semnificativ asupra prevenirii și reducerii tensiunii arteriale și a bolilor pe care aceasta le cauzează.

Pornind de la faptul că valorile ridicate ale tensiunii arteriale cresc riscul de accidente vasculare cerebrale, boli de inimă, insuficiență renală și alte boli, în 2009, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a atribuit 13% din toate decesele la nivel global tensiunii arteriale ridicate, considerând-o un domeniu de maximă importanță pentru sănătatea publică, atât în țările în curs de dezvoltare, cât și în cele dezvoltate.(1)

Potrivit, *Planului de acțiune pentru punerea în aplicare a strategiei europene de prevenire a bolilor netransmisibile 2012-2016*, (*The Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention of Noncommunicable Diseases 2012-2016*), bolile netransmisibile (BNT) sunt responsabile de 86% din totalul deceselor și de 77% din povara bolilor în Regiunea Europeană. Acest lucru este deosebit de important într-o societate care îmbătrânește și în care BNT sunt principala cauza de deces și stare de sănătate precară – iar aici ne referim în primul rând la afecțiunile cauzate de hipertensiunea arterială.(2) La nivel global, bolile cardiovasculare cuprind 48% din totalul deceselor legate de BNT în 2008.(3) În plus, *Politica de sănătate 2020*, a făcut ca prioritară abordarea principalilor factori ai BNT în Regiunea Europeană, în special reducerea prevalenței tensiunii arteriale ridicate.(4)

În Europa, tensiunea arterială ridicată este o problemă deosebită, deoarece s-a dovedit a avea o prevalență crescută de 60% în comparație cu SUA și Canada - două țări non-europene dezvoltate.(5) În plus, aceasta provoacă în mod direct aproximativ 25% din atacurile de cord în Europa. În forma sa avansată de boli cardiovasculare, se estimează că determină 42% din totalul deceselor în întreaga Regiune Europeană anual.(6)

Planul de acțiune pentru punerea în aplicare a strategiei europene de prevenire a bolilor netransmisibile 2012-2016 a raportat faptul că hipertensiunea arterială reprezintă o povară grea pentru sistemele de sănătate prin influențarea în mod negativ a dezvoltării economice și prin consecințele asupra stării de sănătate a multor europeni – în special asupra populației vârstnice.(2) Hipertensiunea arterială poate fi prevenită, și este direct legată de stilul de viață, cum ar fi alimentația precară, nivelul redus de activitate fizică, precum și consumul de tutun și alcool. Acești factori de risc comportamentali sunt responsabili pentru aproximativ 80% din bolile grave de inimă.(7)

Pentru abordarea problematicii tensiunii arteriale, Regiunea Europeană a identificat patru domenii prioritare de intervenție cu cel mai mare impact:(2)

- Reducerea consumului de sare;
- Promovarea unei alimentații sănătoase – în relație cu consumul de alcool, tutun, alimente cu un conținut ridicat de grăsimi saturate, grăsimi-trans, sare și zahăr;
- Eliminarea găsitorilor-trans din alimentație;
- Evaluarea și managementul riscului metabolic.

Raportul subliniază o serie de acțiuni care sunt în conformitate cu intervențiile necesare pentru a reduce tensiunea arterială ridicată. Acestea sunt extrem de cost-eficiente, cultural acceptabile, ușor de implementat, și includ:(8)

¹Autor corespondent: Carmen Daniela Domnariu, Str. Luptei, Nr. 21, 550330, Sibiu, România, E-mail: cdomnariu@yahoo.com, Tel: +40269 212812
Articol intrat în redacție în 05.03.2013 și acceptat spre publicare în 06.05.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2013;2(2):1-3

- Interzicerea fumatului în locurile publice și la locurile de muncă;
- Avertizări cu privire la pericolele consumului de tutun;
- Interdicții clare privind promovarea, sponsorizarea, publicitatea consumului de tutun;
- Creșterea accizelor pe tutun și alcool;
- Restricționarea accesului privind vânzarea de alcool cu amănuntul;
- Punerea în aplicare a restricțiilor privind consumul de alcool;
- Reducerea consumului de sare și zahăr în alimentele procesate și ambalate și băuturi;
- Înlocuirea în alimentație a trans-grăsimilor cu grăsimile nesaturate;
- Promovarea conștientizării publicului cu privire la alimentația și activitatea fizică prin educație și informare a consumatorilor (inclusiv prin intermediul mass-media).

Aceste obiective principale ale Planului de acțiune au reprezentat baza implementării și derulării de intervenții la nivel european privind factorii asociați creșterii tensiunii arteriale.

Principalii factori asociați hipertensiunii arteriale și asupra cărora au fost îndreptate intervențiile europene sunt: consumul de sare, consumul de grăsimi și zahăr, fumatul, consumul de alcool, evaluarea riscului cardio-metabolic, promovarea mobilității, acest articol făcând referire la primele două categorii de factori de risc.

1. Conținutul de sare și creșterea valorii tensiunii arteriale

Este bine cunoscută relația de cauzalitate între consumul de sare și hipertensiunea arterială ca urmare a capacității reduse a rinichilor de a excreta sarea, precum și impactul asupra vaselor de sânge.(9) Reducerea aportului de sare la mai puțin de 5 g (2000mg de sodiu, o linguriță de sare) pe persoană pe zi este asociată cu reducerea pe termen lung a riscului de evenimente cardiovasculare și accidente vasculare cerebrale. Într-o analiză sistematică, s-a constatat că o diferență de 5g/zi a consumului cronic de sare este asociată cu o diferență de 23% în ceea ce privește rata de accidente vasculare cerebrale și cu o diferență de 17% în ceea ce privește rata de boli cardiovasculare, în general.(10) Relația puternică, dovedită între aportul de sare și creșterea tensiunii arteriale este văzută ca una dintre măsurile cele mai cost-eficiente și accesibile de sănătate publică.(2)

La nivel european au existat două mari intervenții privind reducerea consumului de sare. Începând din anul 1996, un grup de experți din Regatul Unit a început activități de lobby pe lângă producătorii și furnizorii de produse alimentare pentru a reduce treptat conținutul de sare în alimente, și pentru a crește gradul de conștientizare a comunității privind pericolele asociate unui consum de sare în exces.(11) Având în vedere această inițiativă, a fost lansat în anul 2011 Raportul *Public Health Responsibility Deal*. Acest raport subliniază valorile țintă ale consumului de sare pentru 80 de grupe de alimente. De asemenea, guvernul a desfășurat analize privind urina colectată timp de 24 de ore, ca parte a monitorizării continue a consumului de sare în populație.(12) Mai mult decât atât, o schemă voluntară sub forma unui semafor desenat pe eticheta produsului, a fost introdusă de Agenția privind standardele în alimentație, indicând consumul de grăsimi, zahăr și sare (verde = bun, galben = în regulă, roșu = rău). Deși a început ca o acțiune voluntară, mai mult de 75% din alimentele ambalate dețin această etichetare.(13) Inițiativele din Regatul Unit privind reducerea consumului de sare au avut ca rezultat o scădere a consumului de sare de la 9.5g/zi în 2001 la 8.6g/zi în 2008; și a

dus la creșterea de 10 ori a conștientizării consumatorilor privind recomandările consulului de sare.(14)

Finlanda a fost o altă țară, care în anii 1970 a început faimosul proiect North Karelia. Acest proiect s-a concentrat asupra îmbunătățirii participării comunității, conștientizării, capacității și dreptului asupra sănătății în mediul rural, Regiunea Nord Karelia a Finlandei. Pentru a fi eficient, programul a utilizat în primul rând structuri deja existente, pentru realizarea de schimbări: intervenții la locul faptei, programe de televiziune (1980); materiale publicitare, colaborarea cu producătorii de produse alimentare și supermarket-uri, politici și campanii anti fumat, folosirea liderilor comunității în vederea difuzării mesajelor, precum și formarea profesională a medicilor în vederea îmbunătățirii tensiunii arteriale, activități de screening și educarea pacienților. Ceea ce este important de reținut este faptul că inițial punerea în aplicare, executarea, precum și succesul acestui program a fost experimentat într-un mediu rural, cu venituri mici. În ceea ce privește rezultatele, proiectul inițial a condus la întocmirea legii din 1992. Legea prevede o conținut maxim de sare pentru supe, sosuri și alimente sărate. Acesta a creat definiții ale conținutului de sare mic și mare, și a solicitat ca termenul "puternic sărat" să fie introdus pe ambalajele alimentelor cu conținut ridicat de sare.(15) Această legislație a avut succes în industria alimentară în înțelegerea inițiativelor naționale de sănătate. Complementar rezultatelor obținute privind consumul de sare, proiectul a reușit să determine o reducere de 12-20% în ceea ce privește fumatul în rândul bărbaților (în funcție de locație), și cu 8,1% (bărbați) și 13,9% (femei) în ceea ce privește reducerea tensiunii arteriale.(16)

2. Consumul de grăsimi, zahăr și tensiunea arterială

Consumul de acizi grași trans contribuie în mod direct la apariția bolilor de inimă prin creșterea nivelului de colesterol rău (de asemenea, cunoscut și sub numele de lipoproteine cu densitate mică, LDL), reducerea nivelului de colesterol bun (lipoproteine cu densitate mare, HDL), precum și deteriorarea mucoasei vaselor de sânge care poate duce la inflamație, blocaj și atacuri de cord.(2)

În încercarea de a reduce consumul de grăsimi trans, Finlanda a implementat cu succes un proiect care avea la bază consumul de fructe, care a ajutat fermierii din sectorul produselor lactate să treacă la cultivarea de fructe. Această inițiativă vizează reducerea consumului de produse pe bază de unt și lactate cu conținut ridicat de grăsimi, dar și creșterea consumului de fructe în rândul populației, fără a prejudicia stabilitatea economică a fermierilor produselor lactate.(15) Finlanda a recunoscut faptul că lipsa unei surse locale privind alternativele de a găti mai sănătos a afectat în mod negativ inițiativele de sănătate și a dus la limitarea implementării de recomandări privind alimentația sănătoasă. Unul din aspectele principale a fost consumul ridicat de unt la gătit și inexistența alternativelor locale disponibile privind consumul de uleiuri mai sănătoase.(15) Colaborarea dintre Ministerele Sănătății, Agricultură și Comerț, împreună cu autoritățile de sănătate și realizarea de campanii de sănătate, a avut ca scop promovarea importanței includerii în alimentație a consumului de fructe, precum și folosirea de înlocuitori la gătit.(15) Ca atare, au investit în dezvoltarea unui nou tip de instalație de rapiță care să supraviețuiască climatului aspru din nord, și care să poată produce ulei de rapiță la nivel local (ulei de Canola) pentru gătit, bun pentru inimă și care reduce colesterolul. La fel ca Federația Rusă, Finlanda a folosit diverse competiții pentru a promova schimbarea alimentației, activitatea fizică și combaterea fumatului.(15)

Finlanda a reușit reducerea consumului de grăsimi saturate, modificarea metodelor de gătit, precum și creșterea

consumului de fructe în rândul cetățenilor săi. Una din competițiile legate de scăderea colesterolului avea ca țintă scăderea nivelului colesterolului întregului sat cu 16% în 1997.(15)

O altă intervenție care merită menționată este cea din Grecia, țară care, de obicei, a înregistrat rate scăzute ale mortalității legate de bolile cardiovasculare, asociate cu dieta de tip grecesc. Cu toate acestea, de-a lungul ultimelor decenii, a crescut occidentalizarea dietei grecești, care a dus la o creștere a mortalității prin bolile de inimă. În 1999, pentru a aborda acest aspect, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale a dezvoltat recomandări privind produsele alimentare bazate pe dieta mediteraneană (bogată în legume, fructe, ulei de măsline), pentru a promova importanța unei diete nutriționale la nivel de societate.(17) Instrumentul de lucru al acestei intervenții a fost crearea unui poster al alimentației în formă de piramidă pentru facilitarea promovării și difuzării dietei grecești preoccidentalizată, ca un punct de referință al solidificării alimentației naționale.(18) Rezultatele acestei intervenții au arătat că bolile coronariene au fost invers proporționale cu principalele componente ale dietei grecești.(19) Dieta grecească este asociată cu niveluri ridicate ale colesterolului bun, comparativ cu colesterolul rău (lipoproteine cu densitate mare-mică), aportul ridicat de fibre, consumul ridicat de compuși antioxidanți, precum și o creștere generală a lipoproteinelor cu densitate mare - toți factorii servesc la îmbunătățirea tensiunii arteriale și la reducerea riscului de hipertensiune arterială și boală coronariană. Deși decesele datorate bolilor cardiace ischemice a continuat să crească pe parcursul anilor 1980 și 1990 (care reflectă introducerea de alimente vestice) până la punerea în aplicare a liniilor directe naționale dietetice în 1999, rata mortalității a scăzut de la un maxim de 14067 de decese în 2003 la 11922 decese în 2009.(19)

În anii 1990, într-un efort de a reduce consumul de grăsimi saturate, Polonia a abordat problema din perspectiva subvențiilor. Au fost eliminate subvențiile pentru grăsimile saturate, în special pentru cele de origine animală. Alimentele compuse îndeosebi din grăsimi nesaturate, precum și fructele au devenit disponibile și accesibile la un preț mai mic.(21) Astfel, între anii 1990 și 2002, Polonia a înregistrat o reducere cu 38% a bolilor coronariene în rândul bărbaților și cu 42% în rândul femeilor. Această scădere semnificativă a fost asociată cu o creștere a consumului de grăsimi polinesaturate, cu o reducere susținută a grăsimilor saturate și o creștere a consumului de fructe.(21)

Aceste intervenții au în vedere sensibilizarea factorilor de decizie politică, care ar trebui să ia în considerare faptul că micile schimbări în alimentație s-au dovedit eficiente în producerea de modificări substanțiale în starea de sănătate a populațiilor.

REFERINȚE

- WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland; 2009.
- WHO. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Copenhagen; 2012.
- WHO. Deaths from NCDs. [Online]; 2013 [cited 2013 1 15]. Available at: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html.
- WHO. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, Denmark; 2012.
- Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas J, Giampaoli S, Hense H, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 2003;289(18):2363-9.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
- WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [Online]; 2013 [cited 2013 1 15]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- United Nations Secretary-General. Prevention and control of non-communicable diseases; 2011.
- Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, Macgregor GA. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev*. 2005;85(2):679-715.
- Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009;339:4567.
- MacGregor GA, Sever PS. Salt – overwhelming evidence but still no action: can a consensus be reached with the food industry? CASH (Consensus Action on Salt and Hypertension). *BMJ*. 1996;312(7041):1287-1289.
- FSA. Dietary sodium levels surveys. [Online]; 2008. Available at: <http://www.food.gov.uk/science/dietarysurveys/urinary>.
- FSA. front-of-pack nutrition labelling policy review. [Online]. Available at: <http://www.food.gov.uk/scotland/scotnut/signposting/policreview/>.
- Shankar B, Brambila-Macias J, Traill B, Mazzocchi M, Capacci S. An evaluation of the UK food standards agency's salt campaign. *Health Econ*. 2013;22(2):243-250.
- Puska P, Pietinen P, Uusitalo U. Part III. Can we turn back the clock or modify the adverse dynamics? Programme and policy issues. *Public Health Nutrition*. 2006;5(1a):245-251.
- Levintova M. Cardiovascular disease prevention in Russia: challenges and opportunities. *Public Health*. 2006;120:664-670.
- WHO Collaborating Centre for Food and Nutrition Policies. Dietary guidelines for adults in Greece: Ministry of Health and Welfare – Supreme Scientific Health Council 1999. [Online]; 2010 [cited 2013 1 30]. Available at: <http://www.nut.uoa.gr/dietaryENG4.html>.
- WHO. Preparation and use of food-based dietary guidelines: WHO Technical Report Series 880. Geneva, Switzerland; 1998.
- Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Vassilakou T, Gnardellis C, Polychronopoulos E, Venizelos M, et al. The diet and survival of elderly Greeks; a link to the past. *Am J Clin Nutr*. 1995;61:1346S-1350S.
- WHO Regional Office for Europe. European Mortality Database. [Online]; 2012 [cited 2013 1 31]. Available at: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.
- Lock K, McKee M. Will Europe's agricultural policy damage progress on cardiovascular disease? *BMJ*. 2005;331(7510):188-189.
- WHO Europe. High Blood Pressure – County experiences and effective interventions utilized across the European Region; 2013.