

PARTICULARITĂȚI ALE RECUPERĂRII CARDIOVASCULARE LA FEMEI

PAUL-NICOLAE SUCEVEANU¹, IOAN MANIȚIU², MIHAELA-CARMEN SUCEVEANU³

^{1,3}Spitalul de Recuperare Cardiovasculară „Dr. Benedek Geza” Covasna, ²Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: factori de risc, recuperare cardiovasculară, sex feminin, boli cardiovasculare degenerative

Rezumat: La ora actuală, bolile cardiovasculare degenerative sunt similare la femei și bărbați cu o întârziere de 10 ani la sexul feminin, întârziere derivată din efectele protectoare până la menopauză. Mai mult, de la o anumită vârstă, bolile cardiovasculare sunt mai frecvente la sexul feminin. Desigur, factorii de risc precum hipertensiunea arterială, dislipidemia, obezitatea, diabetul zaharat joacă un rol primordial în evoluția și prognosticul bolilor cardiovasculare. În prezent însă se acordă o atenție deosebită și studierii noilor markeri ai riscului cardiovascular, acestea în condițiile în care disfuncția endotelială și inflamația joacă un rol primordial în patogeneza anginei microvasculare, frecventă la femei. Recuperarea cardiacă și prevenția secundară reprezintă un grup de programe medicale supravegheate care vizează recuperarea mai rapidă după un eveniment cardiac, având ca obiective oprirea sau încetinirea evoluției bolii, reducerea sau optimizarea riscului, promovarea unui stil de viață sănătos și menținerea sa. Recuperarea comprehensivă cuprinde evaluarea pacientului, stratificarea riscului, sfat dietetic, tratament agresiv al factorilor de risc, consiliere psiho-socială și vocațională, recomandări de activitate fizică și programe de antrenament fizic. Structura programului de antrenament trebuie adaptată capacității funcționale determinate prin testul de efort; de aceea, intensitatea și durata efortului necesită a fi individualizate, iar progresia să se facă treptat. Efortul fizic trebuie să fie structurat mai degrabă pe intervale și desfășurat pe grupuri mici. Grupurile trebuie totodată să ofere femeilor un suport emoțional, social și psihologic, existând un acord unanim asupra faptului că beneficiile recuperării cardiovasculare la femei sunt similare cu cele de la bărbați, indiferent de vârsta acestora.

Keywords: risk factors, cardiovascular recovery, female gender, degenerative cardiovascular diseases

Abstract: Currently, degenerative cardiovascular diseases are similar in women and men with a delay of 10 years in women, delay caused by the protective effects until menopause. Moreover, at a certain age, cardiovascular diseases are more common in women. Of course, the risk factors, such as hypertension, dyslipidemia, obesity, diabetes play a key role in the evolution and prognosis of cardiovascular disease. Today, however, special attention is also paid to the study of new markers of cardiovascular risk, in the conditions in which the endothelial dysfunction and inflammation play a major part in the pathogenesis of microvascular angina, common in women. Cardiac recovery and secondary prevention represent a group of supervised medical programmes aimed at a faster recovery after a cardiac event, with the objectives of stopping or slowing the progression of the disease, risk reduction or optimization, promoting and maintaining a healthy lifestyle. Comprehensive recovery includes patient evaluation, risk stratification, dietary advice, the aggressive treatment of the risk factors, psycho-social and vocational counselling, recommendations for physical activity and workouts. The structure of the training programme must be adapted to the functional capacity measured by exercise testing; therefore, the intensity and duration of exercises need to be individualized, and the progression should be gradual. Exercises should be structured and conducted on intervals rather in small groups. The groups should also provide women with emotional, social and psychological support; there is an unanimous agreement that the benefits of cardiovascular recovery in women are similar to those in men regardless of their age.

Bolile cardiovasculare reprezintă prima cauză de mortalitate la femei, în Europa aproximativ 55% din decesele înregistrate la femei fiind datorate acestor patologii, în special bolii coronariene și accidentului vascular cerebral.(1,2,3)

Dacă incidența bolii coronariene este substanțial scăzută la femei comparativ cu bărbații înainte de vârsta de 50 de ani, ulterior crește până la nivelul celei înregistrate la bărbați.(4) În Europa există anumite variații regionale în ceea ce privește mortalitatea cardiovasculară, cele mai înalte rate fiind observate în țările Europei Centrale și de Est.(5) Motivele care

ar sta la baza acestor diferențe sunt reprezentate de diferențele interpopulaționale în ceea ce privește factorii de risc clasici (fumatul, hipertensiunea arterială, dislipidemia, diabetul zaharat, obezitatea), dar și în ceea ce privește factorii socio-economici, alimentația (consum crescut de grăsimi saturate în estul Europei, consum de alcool, consum scăzut de fructe și legume), stresul psihic, prevalența depresiei, gradul de asistență medicală, factorii genetici și condițiile de mediu.(5) De asemenea există decalaje considerabile între diversele regiuni ale lumii. Analiza variațiilor regionale în ceea ce privește mortalitatea de cauză

¹ Autor corespondent: Paul-Nicolae Suceveanu, Str. Toth, Nr. 21A, Covasna, România, E-mail: paul.suceveanu@gmail.com, Tel: +40740 141388
 Articol intrat în redacție în 26.09.2014 și acceptat spre publicare în 28.10.2014
 ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2014;2(4):84-89

cardiovasculară este importantă pentru clasificarea țărilor în țări cu risc crescut sau scăzut.

În țara noastră nu există date suficiente pentru caracterizarea obiectivă a situației femeilor din punct de vedere cardiovascular, iar cele care există reliefează faptul că mortalitatea și morbiditatea de cauză cardiovasculară sunt printre cele mai ridicate din Europa.(6) Astfel, conform datelor publicate la începutul anului 2012 de către AHA – Heart Disease and Stroke 2012 Statistical Update, primele trei locuri în lume în ceea ce privește mortalitatea prin cardiopatie ischemică și accident vascular cerebral (AVC) sunt ocupate de Federația Rusă, Bulgaria și România.

În acest context, atât European Society of Cardiology cât și American Heart Association au lansat campanii de sensibilizare și în același timp de intervenție referitoare la patologia cardiovasculară la femei: “Women at Heart”, respectiv “Go Red for Women”. În același timp, comunitatea științifică a decis elaborarea de ghiduri de prevenție și tratament adresate cu precădere femeilor,(7) includerea femeilor într-un număr tot mai mare în trialuri clinice (anterior, studiile cuprindeau în principal subiecți de sex masculin, dar era neclar dacă aceste rezultate pot fi generalizate și aplicate la sexul feminin).(2)

Factori de risc

Desigur, prima întrebare care se ridică este dacă recuperarea bolilor cardiovasculare la femei prezintă anumite particularități de care trebuie ținut cont în practica aplicării programelor de recuperare. Răspunsul este afirmativ și pentru a fi justificat trebuie să se discute primordial particularitățile bolilor cardiovasculare la femei. Așa cum rezultă din toate studiile, prima particularitate notabilă este aceea a considerării greșite că femeile au un risc cardiovascular scăzut, că morbiditatea și mortalitatea prin boli cardiovasculare este mai redusă ca la bărbați, și în consecință, atenția care trebuie acordată factorilor de risc cardiovascular, bolilor cardiovasculare, diagnosticului și tratamentului acestora, inclusiv recuperării este redusă. Această concepție greșită derivă din constatarea reală că femeile sunt protejate față de bolile cardiovasculare de către hormoni specifici, dar această protecție se realizează doar până la menopauză pentru ca ulterior cu o întârziere de aproximativ 10 ani față de bărbați evoluția bolilor cardiovasculare să devină similară. Mai mult, de la o anumită vârstă, bolile cardiovasculare țin să devină preponderente față de sexul masculin. Există o serie de studii epidemiologice, care arată că de fapt, în final, morbiditatea prin cardiopatie ischemică este similară la ambele sexe, iar morbiditatea prin accident vascular cerebral este net în favoarea femeilor, probabil în legătură cu durata mai lungă a vieții. După cum s-a amintit, din păcate datele de care dispunem în prezent sunt reduse, în trialuri femeile sunt puțin reprezentate.(8) Reprezentarea insuficientă derivă din ceea ce arătam anterior, și anume concepția că femeile au un risc cardiovascular mai scăzut și în consecință importanța lor pentru trialurile, în special medicamentoase, este inferioară față de cea a bărbaților. Pe de altă parte însă, participarea insuficientă derivă din disponibilitatea mai redusă a femeilor de a participa la aceste trialuri deoarece femeile, probabil încurajate de aceeași presupusă protecție hormonală își recunosc mai puțin decât bărbații factorii de risc și sunt mai puțin dispuse să îi trateze, considerând că aceștia nu le aduc un pericol major pentru bolile cardiovasculare ulterioare.(9) Neadevărat, deoarece factorii de risc cardiovasculari aduc un risc similar la femei și la bărbați, cu acea întârziere de aproximativ 10 ani de care se amintește mai devreme. Mai mult, întârzierea apariției bolilor cardiovasculare este actualmente redusă prin agresivitatea cu care se dezvoltă factorii de risc cardiovasculari la femei. După cum bine se știe, există factori de risc potențial modificabili și factori de risc nemodificabili sau

conform altei clasificări mai actuale,(2) factori de risc tradiționali și noii factori de risc, care prezintă foarte multe particularități la sexul feminin.

Încă din 2004, ghidurile au arătat importanța recunoașterii factorilor de risc cardiovascular la femei și clasificarea femeilor în funcție de riscul cardiovascular ca fiind cu risc înalt, intermediar și ideal.(2,10) Riscul crescut nu definește doar prezența bolii coronariene sau a celei cerebrovasculare, arteriopatiei cronice sau a anevrismului aortic, a unui scor Framingham >10%, ci și prezența unor echivalente de cardiopatie ischemică precum boala renală cronică sau diabetul zaharat.(7) Femeile la risc prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru boala cardiovasculară incluzând: fumatul, dieta necorespunzătoare, obezitatea (în special cea centrală), istoricul familial de boală cardiovasculară la vârste tinere, hipertensiunea, dislipidemia. De asemenea, în această categorie sunt încadrate și femeile cu boală cardiovasculară subclinică (precum calcifierile coronare), cu sindromul metabolic, femeile cu capacitate redusă de efort la testul de efort sau care prezintă o recuperare anormală a frecvenței cardiace și, mai nou persoanele de sex feminin diagnosticate cu boli de colagen (autoimune), istoric de pre-eclampsie, diabet gestațional sau hipertensiune indusă de sarcină. Femeile cu un status de stare de sănătate cardiovasculară ideală sunt cele care au valori ale tensiunii arteriale sub 120/80 mmHg, colesterol total sub 200 mg/dl, glicemie sub 100 mg/dl (evident, toate acestea în lipsa unui tratament specific), index de masă corporală (BMI) sub 25 kg/m², sunt nefumătoare, desfășoară o activitate fizică intensă de cel puțin 150 minute/săptămână sau 75 de minute/săptămână de efort fizic moderat sau în combinație.(2) Deși s-a înregistrat o tendință pozitivă în ceea ce privește influențarea factorilor de risc (cel puțin în unele țări precum Finlanda) până în 1997, ulterior s-a constatat că aceasta nu mai este așa de evidentă, iar studiile EUROASPIRE (efectuate pe pacienți cu boală coronariană) arată chiar creșterea prevalenței anumitor factori de risc – suprapondera a crescut de la 76,8% la 82,7%, obezitatea de la 25% la 38%, obezitatea centrală de la 42,2% la 54,9%, hipertensiunea arterială de la 54,6% la 55,2%, diabetul zaharat de la 17,4% la 28%, în timp ce doar fumatul (20,3 % vs 18,2%) și dislipidemia (94,5% vs 28%) au înregistrat o influențare pozitivă (EUROASPIRE III vs EUROASPIRE I).(11)

În prezent se acordă o atenție deosebită studierii așa numiților “noi markeri” ai riscului cardiovascular, în condițiile în care factorii de risc cardiovasculari și grilele de apreciere a riscului cardiovascular duc la o subestimare a acestuia la sexul feminin. Acestea în condițiile în care disfuncția endotelială și inflamația joacă un rol primordial în patogeniza anginei microvasculare. atât de frecvent întâlnită la femei.(12) Aceștia pot fi clasificați în 3 categorii: factori ai inflamației, hemostazei și alți factori.

Factorii inflamației

Proteina C Reactivă (CRP) specifică cardiacă (high sensitivity)

Femeile au valori medii ale CRP mai crescute ca bărbații, aceste diferențe fiind mai evidente la pubertate.(13) Nivelurile mai mari sunt fără îndoială responsabile de creșterea prevalenței și incidenței bolilor autoimune la femei (poliartrită reumatoidă și lupusul eritematos sistemic).(14) Cu cât numărul factorilor de risc cardiovasculari este mai mare, cu atât valorile CRP sunt mai crescute.(15) La femeile fără boală cardiovasculară, nivelurile ridicate ale CRP reprezintă predictorii importanți pentru riscul de apariție al infarctului miocardic fatal și al accidentului vascular cerebral. Un studiu prospectiv pe aproape 30 000 de femei inițial fără boală cardiovasculară aflate în postmenopauză a identificat, pe lângă CRP (cu cea mai bună valoarea predictivă), și alți 3 markeri inflamatori predictivi ai

evenimentelor cardiovasculare: amiloidul seric A, IL-6 și CAM1.(16) Nivelurile recomandate pentru CRP sunt sub 2 mg/dl.(17) Studiul Jupiter a demonstrat că prezența unei CRP-hs mai mare de 2 mg/dl în condițiile unui LDL-colesterol <130 mg/dl se asociază și la femei cu creșterea riscului evenimentelor cardiovasculare.(18)

Factorii hemostazei

Rolul sistemului hemostatic în patogeneza aterosclerozei este binecunoscut, existând totodată dovezi în ceea ce privește riscul cardiovascular și implicarea mecanismelor fibrinolizei și coagulării. Nu mai reprezintă o noutate că nivelurile crescute ale fibrinogenului au fost asociate cu un nivel de risc crescut pentru producerea infarctului miocardic acut și accidentului vascular cerebral (atât la pacienții sănătoși, cât și la cei cu boli cardiovasculare).(19)

Inhibitorul Activatorului Plasminogenului PAI-1.

Niveluri crescute ale acestuia se întâlnesc la pacienții (indiferent de sex) cu boală coronariană, cu un risc crescut de infarct miocardic. (19)

Alți factori

Lipoproteina(a) este înalt aterotrombotică, nivelurile sale ridicate determină creșterea riscului de boală cardiovasculară, reprezentând astfel un factor de risc independent pentru boala cardiovasculară.(20) De asemenea, există dovezi că valorile Lp(a) cresc odată cu vârsta la femei, nivelurile sale crescute reprezentând un factor de risc aterogenic independent atât în premenopauză, cât și în postmenopauză.

Homocisteina. Nivelurile crescute la homocisteinei au fost de asemenea implicate în fiziopatologia bolilor cardiovasculare. Studii recente au arătat că există diferențe între cele două sexe privind nivelul homocisteinei serice, femeile prezentând niveluri mai reduse. Homocisteinemia crește odată cu instalarea menopauzei. De asemenea, unele studii au semnalat existența unei relații între nivelul homocisteinei serice și prezența bolii coronariene la femei, dar nu și la bărbați, aceasta reprezentând astfel un factor aterogenic mai puternic la sexul feminin.

Apolipoproteina E (APOE). Reprezintă o componentă a lipoproteinelor implicată în modularea nivelului colesterolului total și a LDL-colesterolului. Nivelurile de Apolipoproteină E sunt mai crescute la femeile în menopauză față de cele în premenopauză și față de bărbați.

Moleculile de adeziune celulară ICAM-1 și VCAM-1 joacă un rol important în patogeneza aterosclerozei mai ales prin implicarea lor în atragerea leucocitelor, fenomen care inițiază și promovează inflamația la nivelul plăgii. Prezența unor niveluri crescute ale moleculilor de adeziune a fost identificată la o categorie largă de bolnavi cardiovasculari: diabetici, obezi, hipertensivi și dislipidemici. Există de asemenea o legătură directă între nivelurile moleculilor de adeziune și grosimea intimei de la nivel carotidian (care reprezintă un factor de risc pentru evenimentele clinice cardiovasculare). În cadrul grantului MENOCARD "Optimizarea tratamentului bolilor cardiovasculare degenerative la femei în post-menopauză" efectuat în Clinica de Cardiologie Recuperare Cluj-Napoca, studiindu-se moleculele de adeziune s-a constatat că deși nivelurile de sVCAM-1 sunt influențate de vârsta și prezența factorilor de risc cardiovascular, la femeile în post menopauză reprezintă un parametru util pentru aprecierea riscului de boală cardiovasculară.

Disfuncția ovariană

Există studii care au demonstrat că disfuncția ovariană din cadrul unei insuficiențe estrogenice, disfuncția hipotalamică, precum și ciclurile menstruale neregulate apărute la femeile în premenopauză se asociază cu creșterea riscului de apariție a aterosclerozei coronariene și cu diferite evenimente adverse

cardiovasculare.

Situația recuperării la femei

Pornind de la particularitățile de manifestare, evoluție și tratament ale bolilor cardiovasculare există și o serie de particularități ale recuperării și prevenției secundare la femei. Situația recuperării cardiovasculare la sexul feminin nu este suficient de bine cunoscută, deoarece femeile sunt subapreciate în trialurile clinice și de cercetare privind recuperarea, reprezentând doar 4-11% din totalul participanților. (21) Chiar și această constatare că participarea la programele de recuperare fizică a femeilor cu boli cardiovasculare este mai redusă decât a bărbaților. În cele câteva studii care ne stau la dispoziție, dintre bolnavii eligibili pentru recuperare, sunt incluse în astfel de programe doar 22-36% dintre femei, față de 41-49% dintre bărbați.(22) Participarea depinde de o serie de factori. Astfel, vârsta înaintată este un factor care reduce semnificativ procentul femeilor participante la programele de recuperare fizică.(23) Nivelul educației este important, cu cât nivelul de educație este mai înalt, participarea este mai numeroasă. Statusul socio-economic scăzut reduce participarea la programele de recuperare, procentul scăzând direct proporțional cu scăderea veniturilor anuale. Nu este lipsit de importanță nici statusul marital, femeile singure (nemăritate, divorțate, văduve) participând într-un număr semnificativ mai redus decât femeile căsătorite. Este importantă rambursarea cheltuielilor de către companiile de asigurări deoarece s-a dovedit că femeile care dispun de asigurare urmează într-un procent de 8,6 ori mai mare programele de recuperare față de cele care nu sunt asigurate. Raportul este mai mare decât în cazul bărbaților la care raportul dintre cei asigurați și neasigurați incluși în programele de antrenament fizic este de doar 2,7. Nu trebuie să uităm că, comorbiditățile mai frecvente la femei limitează semnificativ participarea acestora la programele de recuperare fizică. Comorbiditățile au două explicații. Prima dintre ele și cea mai evidentă este vârsta mai înaintată a femeilor cu boală cardiovasculară. Pe de altă parte, osteoporoza, mult mai frecventă la femei are și ea un impact negativ asupra participării, efect paradoxal deoarece activitatea fizică reduce gradul și progresiunea osteoporozei.

Trebuie să luăm în calcul și motivația socio-profesională, deosebit de importantă în stabilirea aderenței la programele de recuperare. Deoarece 50-59% dintre femeile incluse în programe de recuperare au peste 65 de ani, motivația profesională este redusă. De altfel, și rolul social diminuează mult la această vârstă.(23)

S-a arătat că femeile sunt motivate mai ales de elementele de care depinde viitorul familiei, și în primul rând viitorul copiilor.

O a doua mare constatare la femeile incluse în programe de recuperare este prevalența mai ridicată a factorilor de risc tradiționali. Prezența într-un grad ridicat a acestor factori de risc obligă pe de-o parte la o recuperare de tip comprehensiv în care antrenamentul și activitatea fizică să fie completate cu măsuri de prevenție secundară, respectiv de schimbare a stilului de viață, dar uneori și prevenția medicamentoasă. Pe de altă parte, obligă la modificarea programelor de recuperare în sensul scăderii intensității efortului pe ședință de antrenament și al prelungirii numărului ședințelor de antrenament, a duratei recuperării fizice. La femeile incluse în programe de recuperare, nu numai factorii de risc cardiovasculari sunt mai frecvenți, dar și depresia și anxietatea care fac ca și autoeficacitatea să fie mai scăzută la femei, autoeficacitate de care depind, în mare parte, rezultatele recuperării și aderența pe termen lung la programele de recuperare. În consecință, 30% dintre femei opresc participarea la programele de antrenament la 1 lună de la începerea acestora, iar 50% la 3 luni.(24) Există și alte elemente

ale participării femeilor la programe de recuperare, acestea derivând din realitatea existentă că, la domiciliu, femeile prestează mai multă activitate fizică decât bărbații. Astfel, la 1 lună după un accident coronarian acut 75% dintre femei își reiau activitatea fizică de tip gospodărie față de numai 30% dintre bărbați.(25) Activitatea gospodărească nu este însă prestată de o manieră care să asigure efectul de antrenament, dar femeile consideră că prestează suficientă activitate fizică, nu se prezintă la programele de recuperare, prevenția secundară este neglijată și, în consecință se notează rezultate mult mai puțin favorabile ale evoluției bolii cardiovasculare. În rândul femeilor care participă la programe de recuperare, eficiența activității fizice și toleranța la activitatea fizică sunt mai reduse decât la bărbați, constatare de care trebuie să se țină cont atunci când se alcătuiesc programele concrete de recuperare la sexul feminin.

În sfârșit, o altă explicație a calității reduse a recuperării la sexul feminin este adusă de faptul că programele de recuperare nu sunt suficient de educative și flexibile pentru femei. Referitor la aspectul educațional, ele nu reușesc să convingă femeile de necesitatea schimbării stilului de viață pentru influențarea factorilor de risc. Referitor la flexibilitate, acestea sunt adeseori rigide, cu ore fixe de participare, iar femeile, implicate mai mult în viața familială, sacrifică de multe ori recuperarea inclusiv propriul interes în interesul familiei.

Rezultatele recuperării la femei

Dacă participarea la programele de recuperare fizică a persoanelor de sex feminin este deficitară indiferent de vârstă și de forma de boală cardiovasculară pentru care se efectuează recuperarea, în schimb rezultatele recuperării, din foarte multe puncte, sunt similare la bărbați și femei. Astfel, capacitatea de efort crește similar la femei și bărbați cu un procent cuprins între 10 și 40%, procentul maxim fiind înregistrat la femeile cu capacitate redusă în momentul includerii în studiu.(26) Creșterea și menținerea unor niveluri moderat-înalte de activitate fizică pot prelungi viața la orice vârstă la sexul feminin, beneficiul maxim fiind înregistrat la femeile sub 75 de ani și la cele cu comorbidități importante.

Cea de a doua componentă importantă a recuperării, efectul direct al acesteia asupra factorilor de risc, este mai puțin importantă la femei dar și la bărbați. La ambele sexe, lipidele sunt influențate doar la limita semnificației. Pentru influențarea semnificativă a spectrului lipidic este necesară practicarea pe termen lung a recuperării și activității fizice. Același efect nesemnificativ se înregistrează asupra greutateii și componentei corporale care rămân nemodificate ca urmare a programelor de recuperare. În măsura în care se asociază programe de dietetică sau medicație, greutatea corporală poate fi semnificativ redusă și, în această situație continuarea activității fizice deține un rol important pentru menținerea greutateii corporale. Rezultatele directe reduse asupra factorilor de risc nu înseamnă însă absența efectelor benefice din punct de vedere al prevenției secundare, în cazul programelor de recuperare finalizate sau chiar prelungite, într-o fază II extinsă. Este dovedit că femeile care reușesc să termine aceste programe, din păcate un procent insuficient, au beneficii semnificative în combaterea factorilor de risc. Sumarizând, putem afirma că rezultatele recuperării la femei sunt bune și este surprinzător faptul că în această situație procentul femeilor incluse în programe de recuperare rămâne totuși insuficient.

Modalități de recuperare

Desigur, se pune întrebarea ce modalități de recuperare să alegem pentru a crește pe de o parte aderența, iar pe de altă parte rezultatele recuperării la sexul feminin care este tot mai mult afectat de boli cardiovasculare. O primă necesitate în recuperarea femeilor cu boli cardiovasculare este creșterea ratei de includere în programe de recuperare. Pentru a obține

acest prim pas, fără de care recuperarea nu poate fi efectuată, este importantă motivația.(27) S-a amintit deja că motivația din anturajul apropiat respectiv familie este cea mai importantă și s-a dovedit că de fapt motivația importantă pentru femei este mai ales cea adusă de copii, încât copiii adulți trebuie să devină aliați ai recuperatorului. De asemenea, tot referitor la adresabilitate, nu trebuie să uităm rolului medicului de familie și rolul cardiologului pe care femeile îi ascultă la maximum, de altfel această dependență de sfatul medicului curant este înregistrată și în cazul fumatului, atât la femei cât și la bărbați.

În ceea ce privește programele de recuperare propriu-zise, acestea vor trebui adaptate capacității funcționale determinate prin testul de efort pre-recuperare. S-a arătat că, în general, capacitatea de efort și masa musculară a femeilor sunt mai reduse, ceea ce necesită alegerea unor programe speciale sau chiar individuale, pentru fiecare pacientă în parte. Aceste programe trebuie să fie stimulative în sensul de a oferi posibilitatea creșterii capacității de efort. De aceea se recomandă ca programele de antrenament să fie, cel puțin într-o primă fază, de o durată mai scurtă, faza a doua a recuperării să se desfășoare pe o perioadă mai lungă de timp și să nu se neglijeze includerea femeilor în faza doi de recuperare extinsă care poate asigura în continuare o schimbare semnificativă și radicală a stilului de viață al pacienților noastre.

În ceea ce privește modalitatea concretă a antrenamentului fizic, frecvența cardiacă de recuperare trebuie să fie similară cu cea înregistrată la bărbați, iar în caz de tolerabilitate musculară redusă, se va recurge întâi la un antrenament moderat pentru ca să se ajungă la un efort intens cu o frecvență cardiacă de 70-85% din frecvența cardiacă maximală.(28) Având în vedere că femeile obolesc mai repede, antrenamentul cu intervale este o soluție pentru sexul feminin deoarece asigură o aderență mult mai bună, oferind scurte perioade de odihnă musculară. O altă caracteristică a metodologiei recuperării la femei este necesitatea unei varietăți crescute a tipurilor de efort. Femeile se plictisesc mai repede decât bărbații, încât utilizarea unui singur tip de antrenament poate să conducă la scăderea rapidă a interesului și la abandonarea recuperării. Desigur, trebuie evitată suprasolicitarea, trebuie evitată depășirea condiției hemodinamice, dar acest lucru cade în sarcina kinetoterapeutului care supraveghează recuperarea pacienților. Ținând cont de caracteristicile feminine, se va adopta o atitudine permanent încurajatoare, chiar și în momentele de recul, nu atât a performanței fizice cât mai ales a succeselor în prevenirea factorilor de risc. Pentru realizarea obiectivelor, mai mult decât la bărbați, este indicată adăugarea suportului psiho-social care este capabil să crească rezultatele recuperării la femei și să diminueze depresia și anxietatea. Astfel, discuțiile cu asistenta socială, discuțiile repetate, individual sau în grup, cu psihologul sunt benefice.

Numărul de elemente care pot motiva pozitiv femeile, scade în cazul vârstnicilor. La această categorie, eforturile de captare a interesului, de a obține participarea constantă la programele de recuperare, trebuie să fie mai mari. S-a dovedit că la femeile vârstnice, vizitele la domiciliu și relația strânsă cu staff-ul de recuperare (discuțiile de la om la om) cresc semnificativ nu numai aderența, ci și rezultatele recuperării cardiovasculare.

Se pune întrebarea care este durata recuperării la femei și dacă aceasta este diferită sau nu de bărbați. Răspunsul este că, la femei, ca și la bărbați, limita minimă a recuperării pentru obținerea unor beneficii este de 4 săptămâni în care se pot obține rezultate maxime dacă recuperarea este spitalicească. De aceea se recomandă, mai mult decât în cazul bărbaților, recuperarea rezidențială deoarece femeile sunt scoase din mediu, sunt scoase

din sfera preocupărilor zilnice și din acel sentiment al datoriei care le face să intre în criză de timp, să nu participe la programele de recuperare. Desigur, cu cât această limită de 4-6 săptămâni este prelungită, rezultatele recuperării sunt mai bune și s-a arătat deja recomandarea, sau chiar necesitatea includerii, atunci când este posibil, a tuturor a femeilor în faza II de recuperare extinsă.(22)

Având în vedere rolul social atât de diferit al femeilor, de la femei de afaceri de succes, de la femei care au un rol important în știință, în învățământ sau chiar în politică, până la majoritatea populației feminine care rămâne în continuare casnică, este important faptul ca, prin programele de recuperare să se permită reîntoarcerea la viața de fiecare zi. Acest lucru presupune o abordare, o motivație și un program individualizat de recuperare care, sub această formă, va fi aproape întotdeauna încununat de succes.

Concluzii:

În finalul discuției despre recuperarea bolilor cardiovasculare la femei, trebuie să reamintim câteva elemente utile:

- maximizarea participării femeilor cu boli cardiovasculare la programele de recuperare se realizează în descreșterea sau ridicarea barierelor care limitează această participare;
- trebuie să se cunoască și recunoască diferențele legate de sex în ceea ce privește ratele de depresie și suport social;
- trebuie să fie recunoscute diferențele legate de sex în ceea ce privește profilele de risc coronarian;
- colaborarea cu medicii de familie pentru tratamentul agresiv al factorilor de risc este absolut necesară;
- un element important, de care trebuie să se țină cont este acela al diferenței între femeile tinere și femeile în post-menopauză. Dacă femeile în post-menopauză beneficiază de programe speciale de recuperare, femeile tinere vor fi supuse în general unei recuperări de tip masculin, bineînțeles ținând cont de particularitățile bolilor cardiovasculare pe care le prezintă.

Astfel putem concluziona că la femei este necesară aplicarea unor programe creative de recuperare care trebuie să țină cont de:

- aplicarea individualizată pentru fiecare femeie a programelor de recuperare, utilizarea unor grupe de recuperare doar pentru femei, pentru că altfel ar putea fi influențate negativ de performanțele fizice mai crescute ale bărbaților din același lot;
- este necesar un conducător al grupului de femei pentru a încuraja participarea acestora în programe de recuperare;
- este necesară o mai mare utilizare a exercițiilor de intensitate mai redusă, dar cu durată mai lungă;
- este necesară crearea unor grupuri de suport feminin, în care femeile să se susțină reciproc, să dezbată problemele pe care le au și să se încurajeze reciproc pe parcursul programelor de recuperare.

Utilizând toate aceste elemente se va ajunge probabil, într-un viitor apropiat, ca numărul femeilor recuperate să crească semnificativ, ca rezultatele recuperării să fie superpozabile cu cele obținute în cazul sexului masculin.

REFERINȚE

1. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease: A Text-book of Cardiovascular Medicine, 9th Edition, Elsevier Saunders, Philadelphia; 2011.
2. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women – 2011 Update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123.
3. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Cardiovascular disease in women. Why now? *Rev Esp Cardiol* 2006;59.
4. Anand S, Islam S, Rosengren A, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008;29.
5. Mosca L, Mochari H, Christian A et al. National study of women's awareness, preventive action and barriers to cardiovascular health. *Circulation* 2006;113.
6. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123.
7. Wenger NK, Shaw LJ, Vaccarino V. Cardiovascular heart disease in women: update 2008. *Pharmacol Ther* 2008;83.
8. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2003;2.
9. Bunker S, McBurney H, Cox H, Jelinek K. Identifying participation rates at outpatient cardiac rehabilitation programs in Victoria, Australia. *J Cardiopulm Rehabil* 1999;19.
10. Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006;27.
11. Harald K, Koskinen S, Jousilahti P, Torppa J, Vartiainen E, Salomaa V. Changes in traditional risk factors no longer explain time trends in cardiovascular mortality and its socioeconomic differences. *J Epidemiol Community Health* 2008;62.
12. Kim HC, Greenland P, Rossouw JE, et al. Multimarker Prediction of Coronary Heart Disease Risk: The Women's Health Initiative. *J Am Coll Cardiol* 2010;55.
13. Shaw LJ, Bugiardini R, Merz NB. Women and Ischemic Heart Disease. *J Am Coll Cardiol* 2009;54.
14. Wong ND, Pio J, Valencia R, Thakal G. Distribution of C-reactive protein and its relation to risk factors and coronary heart disease risk estimation in the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Prev Cardiol* 2001;4.
15. Bermudez EA, Rifai N, Buring J, Manson JE, Ridker PM. Interrelationships among circulating interleukin-6, C-reactive protein, and traditional cardiovascular risk factors in women. *Arterioscl Thromb Vasc Biol* 2002;22.
16. Kip KE, Marroquin OC, Shaw LJ et al. Global inflammation predicts cardiovascular risk in women: A report from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Am Heart J* 2005;150.
17. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women – 2011 Update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123.
18. Mora S, Glynn RJ, Hsia J, MacFadyen GJ, Genest J, Ridker PM. Statins for the primary prevention of cardiovascular events in women with elevated high-sensitivity C-reactive protein or dyslipidemia: results from the Justification for the Use of Statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin (JUPITER) and meta-analysis of women from primary prevention trials. *Circulation* 2010;121.
19. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries K, McGrath J et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007;176.
20. Herald K, Koskinen S, Jousilahti P, Torppa J, Vartiainen E, Salomaa V. Changes in traditional risk factors no longer explain time trends in cardiovascular mortality and its

- socioeconomic differences. *J Epidemiol Community Health* 2008;62.
21. Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22.
 22. Parks D, Allison M, Doughty R, Cunningham L, Ellis CJ. An audit phase II cardiac rehabilitation at Auckland hospital. *New Zealand Medical Journal* 2000;113.
 23. Thomas RJ, Houston Miller N, Lamendola C et al. National survey on gender differences in cardiac rehabilitation programs. *J Cardiopulm Rehabil* 1996;16.
 24. Moore SM, Ruland CM, Pashkow FJ, Blackburn GG. Women's patterns of exercise following cardiac rehabilitation. *Nurs Res* 1998;47.
 25. Hamilton GA, Seidman RN. A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1993;22.
 26. O'Farrel P, Murray J, Huston P, LeGrand C, Adamo K. Sex differences in cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol* 2000;16.
 27. Bittner V, Sanderson BK. Women in Cardiac Rehabilitation. *JAMWA* 2003;58.
 28. Zdrenghia D, Branea I. *Recuperarea bolnavilor cardiovasculari*. Ed. Clusium Cluj-Napoca; 1995.