

TABLA 1. Características de la población y resultados de la intervención**Características demográficas y clínicas**

Varones, 18 (85%); media de edad, 57,7 ± 7,63 años
 FE, 50,48 ± 7,23; PEG, 10,5 MET
 IAM, 18 (85%); angina, 4 (19%); ACV/TIA, 5 (23%)

Factores de riesgo	Previos (%)	Tras evento (%)
Tabaquismo	16 (76)	0 (0)
HTA	8 (38)	1 (5)
Diabetes	4 (19)	2 (9)
cLDL > 100 mg/dl	15 (71)	11 (52)
IMC > 25%	15 (71)	15 (71)
Actividad física	—	7,26 km/día

cLDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; FE: fracción de eyección; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; PEG: resultado de la prueba ergométrica.

narios de bajo riesgo y sus convivientes, utilizando este mítico objetivo como estímulo para cumplir un programa de rehabilitación a realizar en un ambiente lúdico y de superación física y psíquica.

La idea fundamental de esta primera experiencia fue explorar la seguridad, la asequibilidad y las posibilidades del programa.

Firmaron el consentimiento 21 pacientes que cumplían las condiciones exigidas por la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología para pacientes de bajo riesgo¹. A todos los participantes (pacientes y convivientes) se les recomendó un programa de marchas que realizar los 2 meses previos a la partida, de 5 km diarios durante el primero y 10 km en el segundo, realizándose análisis de glucemia y lipidograma y determinaciones de la presión arterial y el peso antes y después del evento (tabla 1). Todos cumplimentaron cuatro encuestas destinadas a evaluar su perfil psicológico, su grado de conocimiento de su enfermedad, sus factores de riesgo y sus hábitos de vida cardiosaludable, como la frecuentación de los distintos grupos de alimentos, y con los datos obtenidos se elaboró una serie de charlas coloquio destinadas a reforzar tales conocimientos.

Como elementos de seguridad y apoyo, contamos con un médico y dos enfermeras, un coche de apoyo logístico y otro asistencial que transportaba medicación, caja de parada, desfibrilador y bala de oxígeno, y finalmente, un autobús para conectar inicio y fin de etapa con un hotel situado en Sarria, en cuyas instalaciones se organizaron los coloquios citados.

El camino se realizó de la siguiente forma (fig. 1):

– Etapa 1. O’Cebreiro-Triacastela. Obviamos los primeros 8,5 km para evitar en frío dos subidas que culminan en el alto del Poio, a 1.280 m sobre el nivel del mar (msnm), y caminamos 12,5 km, inicialmente

El Camino de Santiago en la rehabilitación cardiovascular

Sr. Editor:

Durante el verano de 2006 realizamos el tramo gallego del Camino de Santiago con 21 pacientes coro-

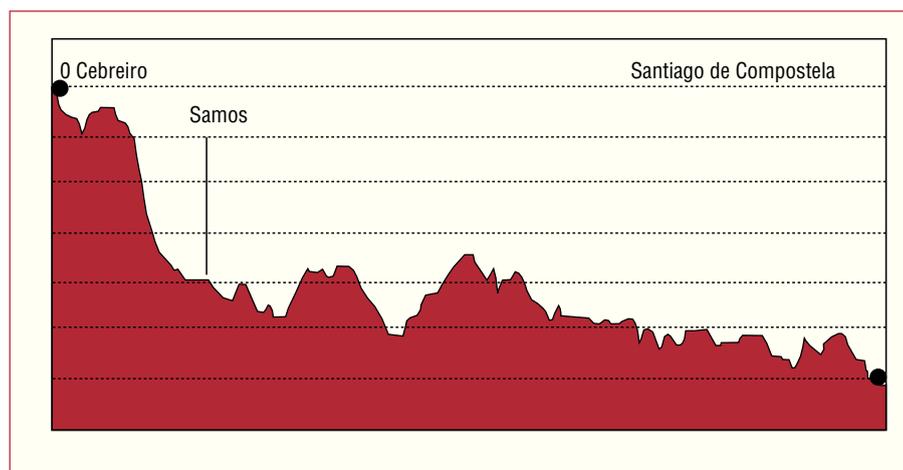


Fig. 1. Perfil del trayecto. Fuente: www.caminosantiago.org

por terreno llano, seguido por un descenso que desemboca en Triacastela (660 msnm).

– Etapa 2. Triacastela-Sarria (440 msnm), dirección Samos, 18,6 km, evitando los 4 primeros paralelos a la carretera. Exige coronar inmediatamente un alto en el km 4,7 y tiene tramos difíciles para los coches de apoyo. El tramo siguiente, Sarria-Portomarín, lo juzgamos poco apropiado, con demasiados tramos intransitables para los coches.

– Etapa 3. Portomarín (350 msnm)-Palas de Rey (565 msnm), 23 km. Etapa muy quebrada con un ascenso inicial hasta la carretera a Gonzar (540 msnm), seguido de un llano de 4 km y dos ascensos seguidos para culminar la cota de 700 msnm. Después otra bajada y un nuevo ascenso para cruzar la sierra de Ligonde (580 msnm). Esta orografía predispone a romper la disciplina de la marcha y puede originar crisis de angina.

– Etapa 4. Palas de Rey-Melide (455 msnm), 15,7 km, y etapa 5, Melide-Arzúa (390 msnm), 13,6 km. Trascurren entre lomas y valles atravesados por seis ríos que desembocan en el Ulla, con un continuo sube y baja que merma las fuerzas y plantea problemas de seguridad, con tramos difíciles para los vehículos.

– Etapa 6. Arzúa-Arca (305 msnm), 18 km, y etapa 7, Arca-Monte del Gozo (345 msnm), 15,7 km, llanas y sin problemas.

Todos los pacientes completaron el camino satisfactoriamente y sin incidentes, por lo que consideramos que el trayecto se ajusta a las necesidades del programa incorporando elementos de caución en su desarrollo, dirigidos a primar la seguridad.

Creemos que esta experiencia contiene los siguientes elementos positivos: propone un objetivo altamente estimulante, a priori impensable, por lo que su culminación puede reforzar la confianza del paciente en sus posibilidades físicas y psíquicas; se realiza con grupos de pacientes similares, lo que permite establecer sinergias que contribuyan al logro de los objetivos; incor-

pora un soporte turístico como elemento gratificante, marco ideal para desarrollar la convivencia grupal y las actividades formativas; incluye la participación de convivientes, lo que puede ayudar a paliar los elementos negativos de la enfermedad cardiaca en el ambiente sociofamiliar y colaborar en el logro de prácticas cardiosaludables, e intenta dar un mensaje al paciente y a la población de normalización vital que contribuye a desmitificar las limitaciones de esta enfermedad.

Subvencionado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, FROM (Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación) y Laboratorios Pfizer.

Rafael Rubio y Valeriano Sosa

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento del Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología. Rehabilitación cardiaca, análisis coste-beneficio, reinserción laboral. *Rev Esp Cardiol.* 1995;48:643-9.