



Federación Nacional

ALCER

OCTUBRE 2018 • 3º TRIMESTRE • Nº 186

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN
DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA POR EL CONSEJO DE MINISTROS DEL 9 DE MAYO DE 1984

PADRE ÁNGEL

“Estoy convencido que la sociedad española es una de las más solidarias que hay, nos gusta compartir y no tenemos tanto miedo absurdo a quedarnos sin algo nuestro”

EN ESTE NÚMERO

- 05 PERDIDA DE VISIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL
- 10 CUIDADOS DE LA HERIDA TRAS UN TRASPLANTE
- 14 APLICACIONES PARA LA SALUD UTILIDADES Y SEGURIDAD
- 23 AYUDAS AL ESTUDIO
- 28 JOSÉ ANTONIO LÁZARO MELERO

PAG
32

ALCER ORGANIZA EN MADRID UNA REUNIÓN INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL RIÑÓN





Gracias a pacientes como tú

Diaverum holidays
es líder en diálisis
vacacional

 23 Destinos  33 clínicas
a tu disposición todo el año
Más información: vacaciones@diaverum.com





Vivimos en un mundo que cada vez va más rápido y que está en constante movimiento. Prueba de ello, es que durante este año 2018 hemos tenido en España tres ministras de sanidad diferentes. Ello ha supuesto cambiar los máximos cargos de las consejerías y direcciones generales, con sus cambios políticos y de estrategias, programas y acuerdos que afectan directamente a las personas con enfermedad renal. Estos cambios, entre otros, han supuesto pasar de un modelo de aseguramiento a un modelo de asistencia universal.

Una vez acabado el verano, estos meses en la FNA ALCER se caracterizan por una agenda repleta de reuniones de trabajo, jornadas y encuentros socioeducativos de personas con enfermedad renal crónica nacionales e internacionales.

Mientras lees estas líneas, estaremos celebrando los días 03 y 04 de Noviembre, una nueva edición de nuestras jornadas nacionales para personas con enfermedad renal crónica, la trigésimo primera edición, en el edificio CaixaForum de Madrid. Estas jornadas nos sirven de encuentro a todas las personas con enfermedad renal y sus familiares, para que podamos aprender y compartir experiencias durante todo un fin de semana, en el que mostramos temas de interés e iniciativas de especial relevancia a nivel nacional en el ámbito renal.

También hemos promovido recientemente una reunión internacional de organizaciones de asociaciones de pacientes, con gran éxito de participación y repercusión, durante los días 28 y 29 de septiembre reuniéndonos en Madrid, 40 delegados de 22 entidades de personas con enfermedades renales, para un total de 18 países europeos representados.

Previamente a la reunión los participantes habían determinado 4 temas principales de acción, que son:

- Prevención y detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica.
- Elección del tratamiento y toma de decisiones compartida.
- Incremento del acceso al trasplante renal.
- Autocuidados y empoderamiento de la persona con enfermedad renal.

A estos temas y a sugerencia de la FNA ALCER se incluyó un quinto punto:

- Necesidades Sociales y Riesgo de Exclusión.

Con las conclusiones de esta reunión, el plan de acción resultante servirá para reivindicar conjuntamente ante las autoridades europeas nuestras necesidades, y así recomendar legislar y desarrollar programas transversales que nos protejan a todos médica, social, laboral y emocionalmente.

Además, hemos celebrado durante el mes de Octubre, la undécima edición de nuestro tradicional encuentro para jóvenes con enfermedad renal crónica, que tuvo lugar en la ciudad madrileña de "El Escorial", y que reunió a jóvenes con enfermedad renal de toda España menores de 40 años, en una convivencia socioeducativa de un fin de semana, donde descubrimos las últimas novedades y avances en la enfermedad, así como las nuevas tecnologías aplicadas a la salud y los tratamientos.

Por último, mandar un emotivo adiós, a nuestro querido amigo y compañero Carmelo Martín, Presidente de Alcer Salamanca y miembro en varias ocasiones de la junta de la FNA ALCER. Buen viaje Carmelo, gracias por todo lo que aportaste a Salamanca y al movimiento asociativo ALCER.

DANIEL GALLEGO

PRESIDENTE FEDERACIÓN NACIONAL ALCER



SUMARIO

03

EDITORIAL

05

OFTALMOLOGÍA

PERDIDA DE VISIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL

10

ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LA HERIDA TRAS UN TRASPLANTE

14

TECNOLOGÍA

APLICACIONES PARA LA SALUD UTILIDADES Y SEGURIDAD

16

LITIASIS RENAL

PATOLOGÍA LITIÁSICA RENAL

20

ENTREVISTA

PADRE ÁNGEL

23

AYUDAS AL ESTUDIO

24

CIENTIFICO

EL PEPTIDO NATRIÚRETICO EN LA ERC

28

EL LADO HUMANO

JOSÉ ANTONIO LÁZARO MELERO

32

INTERNACIONAL

ALCER ORGANIZA UNA REUNIÓN DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES RENALES

34

CAMINO

37

EMPLEO

IVAN ALEKSANDAR

39

BREVES

40

DIRECTORIO

42

AVANCE

PROXIMO NÚMERO



ALCER

FEDERACIÓN NACIONAL ALCER
(Asociación para la lucha Contra las Enfermedades Renales)

CONSEJO EDITORIAL ALCER

Equipo de Dirección:

Daniel Gallego Zurro
Manuel Arellano Armisen

Equipo de Redacción:

Roberto Ortíz Lora
Juan Carlos Julián Mauro
Antonio Vaquero Fernández
Sara Muñoz Carrasquilla
Ana Belén Martín Arcicollar
Julio Bogeat Acat
María José González López

Consejo de Redacción:

Dr. Rafael Matesanz Acedos
Dr. Carlos Romeo Casabona
Dr. Rafael Selgas Gutiérrez
Dra. Paloma Sanz Martínez
D. Antonio Ochando García
D. Juan Carlos Sánchez González

REDACCIÓN ADMINISTRATIVA
PUBLICIDAD FEDERACIÓN NACIONAL ALCER
C/ Constanca, 35. 28002 Madrid
Tel. 91 561 08 37 • Fax 91 564 34 99
federacion@alcer.org
www.alcer.org

Producción

E dipag
Avenida de Fuentemar, 16. 28820 Coslada (Madrid)
Tel. 91 671 72 75

Maquetación / Expansión Creativa • www.expansioncreativa.es

Impresión / E dipag
Fotografía / Archivo ALCER • Expansión Creativa
Depósito Legal / M-4180-1978
ISSN / 1885-9313

ALCER no comparte necesariamente el criterio de sus colaboradores en los trabajos publicados en estas paginas. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso del editor.

COLABORA:



PERDIDA DE VISIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL

La causa más frecuente por la cual un paciente con insuficiencia renal puede perder la visión de forma lenta y progresiva es la retinopatía diabética, debido a que la diabetes es una de las principales causas de insuficiencia renal en la población general

Vanessa Lopes Martín
Nefróloga del hospital Ramón y Cajal



Del mismo modo la retinopatía hipertensiva también puede producir daño crónico en la retina, principalmente en los pacientes hipertensos mal controlados. La hipertensión maligna es un cuadro grave en el que un paciente previamente normotenso o hipertenso pero bien controlado, presenta una subida aguda de tensión arterial que produce daño en órganos nobles como cerebro, ojos, riñón o corazón. En este caso podría existir pérdida aguda de visión por hemorragias en la retina y edema de la cabeza del nervio óptico desencadenadas por la hipertensión aguda. Este artículo se centra en otras entidades menos frecuentes que producen pérdida de visión o ceguera de forma más o menos súbita en el contexto de una pa-

tología renal que se considera responsable en algún grado del daño ocular. En estos cuadros casi siempre existe daño directo sobre el nervio óptico, lo cual está favorecido por la retención de toxinas urémicas que genera el fracaso renal agudo y los factores de riesgo cardiovascular que pueda padecer el paciente que lo sufre. La mayoría de estas patologías necesitan tratamiento urgente por su posible dramática evolución a ceguera total. Aunque todos estos procesos son emer-

gencias clínicas que obligan a una implicación por parte de nefrólogos, oftalmólogos y neurólogos, las bases de su tratamiento no están respaldadas por una evidencia científica fuerte. Aunque los síntomas pueden ser idénticos al inicio, el pronóstico es claramente distinto según la patología. En las formas isquémicas rara vez se recupera el déficit visual de forma completa, mientras que en las formas urémicas el tratamiento con hemodiálisis y corticoides puede conseguir una franca me-

”

Este artículo se centra en otras entidades menos frecuentes que producen pérdida de visión o ceguera de forma más o menos súbita en el contexto de una patología renal



CUADROS CLÍNICOS

oría en el plazo de unas pocas semanas o meses. En las formas secundarias a infecciones o fármacos, la evolución dependerá de un apropiado tratamiento antimicrobiano o de la retirada del medicamento respectivamente.

La primera referencia en la literatura de ceguera súbita (también llamada amaurosis) y enfermedad renal data del año 1881, cuando se describe un caso de ceguera total en una niña de diez años con glomerulonefritis postestreptocócica, que es un tipo de enfermedad renal inmunológica que se puede desarrollar tras haber padecido un cuadro infeccioso por estreptococos (generalmente faringoamigdalitis, aunque muchos otros tipos de infecciones la pueden desencadenar), y que por lo general se recupera a las pocas semanas. La niña recuperó la visión cuando se restableció su función renal. Este tipo de glomerulonefritis era más frecuente en siglos pasados, pero hoy en día es excepcional con el uso de los antibióticos, si bien se está empezando a ver un repunte de casos en pacientes de edad avanzada con infecciones por gérmenes resistentes y factores de riesgo predisponentes.



Neuritis óptica isquémica.

Probablemente se trata de una de las causas más frecuentes entre los nuevos casos de ceguera súbita asociada a enfermedad renal, dada la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población actual. La neuritis óptica isquémica representa un evento isquémico (por ejemplo la formación de un trombo o una placa de ateroma que disminuye u obstruye el calibre del vaso) a nivel de los pequeños capilares oculares causando una falta de riego o incluso un infarto del nervio óptico, que es especialmente sensible a la isquemia. Esta susceptibilidad además está incrementada en el paciente con insuficiencia renal, quizás en relación con cambios en la viscosidad sanguínea y la agregación plaquetar.

La causa de esta patología parece ser multifactorial, siendo los factores clásicos de riesgo cardiovascular determinantes para su aparición: hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia, hipertensión crónica y arteriosclerosis avanzada. En los pacientes con enfermedad renal crónica, a parte de dichos factores que con frecuencia están presentes simultáneamente, habría que tener en consideración el mayor riesgo vascular por el hiperparatiroidismo secundario y la hiperfosforemia. Así mismo, las hipotensiones intradiálisis y los cambios bruscos en las cifras de hemoglobina podrían tener un efecto gatillo y desencadenarla en los pacientes sometidos a hemodiálisis.

Existe un grupo especial de neuritis ópticas que se producen en el contexto de enfermedades sistémicas reumatológicas denominadas vasculitis, siendo un ejemplo la arteritis de células gigantes. La pérdida de visión suele comenzar en un solo ojo, pero precisan tratamiento urgente porque con frecuencia se hacen bilaterales. Su diagnóstico viene determinado por el contexto clínico en el que

se presentan (cefalea, síntomas de enfermedad sistémica, velocidad elevada y marcadores de inflamación en sangre elevados).

Neuropatía óptica asociada a fármacos.

La rica vascularización ocular hace que éste órgano sea especialmente sensible al efecto tóxico de diversos fármacos. En muchas ocasiones estos efectos son leves y transitorios tras la retirada del medicamento, pero en otras ocasiones pueden ser graves. Debido a la difusión sistémica del fármaco, la afectación siempre es bilateral. La evolución del cuadro suele ser lenta a lo largo de años, aunque algunos tóxicos pueden actuar rápidamente, como sucede en las intoxicaciones por metanol. Un importante factor potenciador de la toxicidad es la enfermedad renal, especialmente en casos inadvertidos donde no hay un ajuste de dosis del fármaco en cuestión. Existe una amplia lista de fármacos con toxicidad a nivel del nervio óptico que incluye linezolid, etambutol, isoniazida, amiodarona, metotrexate, infliximab, vincristina, cisplatino, carboplatino, paclitaxel, cloroquina e hidroxiclороquina.

Los inmunosupresores empleados en trasplantados renales excepcionalmente producen afectación ocular, aunque hay descritos casos aislados de neuropatía óptica en pacientes que recibían estos fármacos. Los inhibidores de la calcineurina (Tacrolimus, Ciclosporina) además pueden dar lugar a una encefalopatía toxico-metabólica (ver Leucoencefalopatía Posterior Reversible) con repercusión visual por afectación de la corteza cerebral en el área visual. Estas alteraciones en general son dependientes de los niveles plasmáticos del fármaco. Dado que de forma sistémica los niveles de estos fármacos son monitorizados de forma rutinaria, estos cuadros son extremadamente raros.

Neuropatía óptica por infecciones.

Los pacientes con insuficiencia renal avanzada y especialmente los trasplantados renales presentan una situación de inmunosupresión que los hace susceptibles a todo tipo de infecciones, entre ellas algunas que pueden cursar con afectación ocular grave. Las más frecuentes en estos enfermos son coriorretinitis por citomegalovirus, herpes, y toxoplasma. También existen casos descritos de coriorretinitis en la tuberculosis, la sífilis y la enfermedad de Lyme, así como secundarias a ciertos parásitos en casos mucho más anecdóticos y en contextos epidemiológicos muy concretos. Las meningitis criptocócicas también pueden causar ceguera cortical.

Leucoencefalopatía posterior reversible.

Este término de difícil pronunciación fue descrito por primera vez en 1996 por Hinchey. Su nomenclatura, que es meramente descriptiva, hace referencia a una afectación predominante de la sustancia blanca encefálica, sobre todo a nivel cerebral posterior (occipital) donde se localiza la corteza visual, y caracterizada por la reversibilidad de los síntomas y los hallazgos de neuroimagen una vez corregido el proceso primario que la desencadena. No es una enfermedad en sí misma, sino que trata de una lesión cerebral tóxico-metabólica que aparece como complicación de diversas enfermedades médicas, muchas de las cuales cursan con hipertensión y fracaso renal agudo. Es de presentación aguda o subaguda, y los síntomas más frecuentes son cefalea, confusión, náuseas, vómitos y crisis convulsivas. Muchos casos cursan con síntomas visuales que van desde visión borrosa hasta ceguera cortical completa. El principal desencadenante es la hipertensión severa de rápido desarrollo, como forma de encefalopatía hipertensiva. Algunos pacientes pueden desarrollarlo con elevaciones moderadas de

la presión arterial, especialmente si asocian fracaso renal agudo y trastornos hidroelectrolíticos.

La mayor parte de casos descritos se asocian con la encefalopatía hipertensiva, la eclampsia (una forma grave de hipertensión en el embarazo) y con una gran variedad de enfermedades que cursan con insuficiencia renal aguda o subaguda: glomerulonefritis agudas, vasculitis, crisis esclerodérmicas, nefritis lúpica, síndrome hemolítico urémico, púrpura trombocitopénica trombótica. La frecuente aparición de esta entidad clínico-radiológica en enfermedades renales podría explicarse sólo por la hipertensión secundaria que habitualmente desarrollan los pacientes, si bien las toxinas urémicas y la sobrecarga crónica de volumen podrían tener un papel alterando la integridad de la pared de los vasos sanguíneos favoreciendo estos cambios vasculares sin elevaciones exageradas de la presión arterial.

Neuritis óptica urémica

El término de neuritis óptica urémica, inicialmente propuesto por Knox y cols, ha surgido para tratar de definir un daño óptico en el seno de un fallo renal agudo y severo. El mecanismo propuesto para explicar el daño del nervio óptico es un efecto neurotóxico de las toxinas urémicas acumuladas, entre ellas el fósforo. Un segundo mecanismo podría ser el efecto osmótico brusco gene-

rado por estas sustancias, que favorecería el edema. Aun así, en estos casos no queda claro cual es el motivo por el cual se produce la afectación exclusiva de los nervios ópticos. La rica vascularización ocular ofrecería un mayor aporte de estas toxinas mediante el flujo sanguíneo, pero es muy probable que existan otros factores predisponentes sobreañadidos.

El diagnóstico específico de neuritis óptica urémica es de exclusión tras descartar las patologías previas, y no suele ser oftalmológico de inicio, puesto que el abordaje médico está determinado por el fracaso renal agudo y la necesidad de hemodiálisis urgente. En este contexto, puede sospecharse cuando el paciente presenta afectación visual bilateral y en el fondo de ojo se demuestra papiledema. Las pruebas de neuroimagen no muestran alteraciones. Sólo la evolución clínica del paciente orientará hacia un trastorno isquémico irreversible, o un trastorno metabólico que mejora tras la corrección de la uremia aguda.

Los pocos casos disponibles en la literatura en los que se establece diagnóstico de neuritis óptica urémica fueron aquellos que mejoraron tras iniciar tratamiento empírico con corticosteroides sistémicos y hemodiálisis aguda. No hay evidencia clara de que ninguno de estos tratamientos sea el responsable de la mejoría a nivel ocular.





DIAGNÓSTICO

Todo paciente con una enfermedad renal de cierta gravedad que refiere pérdida aguda de visión mono o binocular, obliga a estar alerta ante la posibilidad de una evolución grave e irreversible del déficit visual, para realizar una adecuada valoración oftalmológica e iniciar el tratamiento de forma precoz. Es mandatorio comprobar las cifras de presión arterial y realizar un screening de función renal para descartar un fracaso renal agudo o sobreañadido a un deterioro renal previo silente. La importancia de un abordaje precoz y multidisciplinar reside en el solapamiento clínico de estos cuadros, y la potencial reversibilidad de algunos de ellos.

Las manifestaciones clínicas en general son las mismas: pérdida de agudeza visual, que puede ser súbita o progresiva a lo largo de horas o días.

En la neuritis óptica isquémica anterior el examen oftalmológico revela, en caso de que se trate de una afectación unilateral, un defecto pupilar aferente o eferente (fallo de los reflejos fotomotores, con disminución de la respuesta pupilar directa o consensuada a la

luz) siendo excepcional encontrar este dato en las formas bilaterales. La inspección de la cámara anterior no suele mostrar alteraciones. En el fondo de ojo se observa un disco óptico hiperémico, edematoso, pudiéndose encontrar además infarto de la capa de fibras nerviosas, con exudados superficiales y hemorragias en astilla. Pueden encontrarse signos sobreañadidos de retinopatía diabética o esclerohipertensiva. Todos estos hallazgos pueden estar presentes también en las neuritis urémicas. El oftalmólogo suele complementar el diagnóstico con una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), una técnica de imagen que funciona de forma similar a la ecografía y permite obtener imágenes de tejidos biológicos a gran resolución, en este caso la capa de fibras nerviosas de la retina y el nervio óptico. La angiografía fluoresceínica se utiliza con mucha menor frecuencia; en ella se observará un vacío de llenado de fluoresceína en el sector correspondiente al territorio de una arteria afectada, con escape de la fluoresceína en las zonas dañadas y edematosas. El diagnóstico de las neuritis ópticas asociadas a vasculitis no viene determinado por ninguna prueba de imagen, sino por el cuadro clínico acompañante y hallazgos analíticos



característicos. Cuando el paciente presenta síntomas visuales y se sospecha encefalopatía (deterioro cognitivo, crisis convulsivas, estupor, coma) es fundamental la realización de una prueba de imagen cerebral, TC o RMN para descartar una leucoencefalopatía posterior reversible. Aunque en el TC se pueden ver imágenes en los sectores afectados por el edema y serviría para el diagnóstico, la RMN es la técnica de elección. Si el paciente presenta estos síntomas en un contexto infeccioso, deberá realizarse una punción lumbar con estudio bioquímico y microbiológico del líquido cefalorraquídeo.



TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

En la actualidad no existe ningún tratamiento eficaz capaz de revertir el deterioro visual ocasionado por la isquemia del nervio óptico, si bien se puede actuar sobre los factores de riesgo que pueden precipitarla, asegurando un buen control de las cifras de presión arterial, de colesterol y triglicéridos, y del hiperparatiroidismo secundario. Una vez instaurado el cuadro clínico, generalmente es irreversible y el paciente queda con ceguera total. Como ya se ha mencionado previamente, la neuritis óptica urémica secundaria a un fracaso renal agudo severo normalmente desaparece cuando el paciente es sometido a hemodiálisis aguda, aunque se desconoce

si un inicio más temprano de la depuración renal se asocia a una evolución más favorable. El tratamiento con corticoides podría tener teóricos beneficios por su efecto antiinflamatorio sobre el tejido neural para disminuir el edema del nervio óptico. Sin embargo, la dosis a administrar y el intervalo de tiempo tampoco está establecida.

La leucoencefalopatía posterior reversible, como su nombre indica, evoluciona hacia la resolución completa de las lesiones tras la corrección de la hipertensión y de los factores metabólicos predisponentes. En el caso de los pacientes con fallo renal, el cuadro suele revertir tras el inicio de diálisis.



Tenemos algo
muy especial en común

Leire e Itziar,
hermanas.
Itziar es donante
vivo de riñón



Si tienes un familiar o persona próxima
con insuficiencia renal que deba someterse
a un trasplante, y quieres ayudarla,

tú también puedes ser donante vivo de riñón

Decisiones con VIDA

Infórmate en tu servicio de nefrología o llamando al 902 99 96 11

- También puedes consultar:
- Organización Nacional de Trasplantes: www.ont.es
- Sociedad Nacional ALCER: www.alcer.org
- Sociedad Española de Nefrología: www.senefro.org
- Sociedad Española de Trasplante: www.setrasplante.org

En colaboración con:





OBJETIVOS

Desde el punto de vista de enfermería, los objetivos principales son:

- Evitar en los pacientes trasplantados la infección de la herida quirúrgica y favorecer la correcta cicatrización de ésta durante el periodo de ingreso.
- Educar al paciente en los cuidados que debe tener durante el ingreso y al alta relacionados con la herida quirúrgica.

▶ Ana Belén Castillo Sánchez. Estudiante de grado de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres. Andrés Peláez Flores. GRUE. Hospital de Mérida. Unidad de Cirugía

CUIDADOS DE LA HERIDA TRAS UN TRASPLANTE

En este artículo pretendemos explicar los cuidados básicos que requiere una herida quirúrgica tras un trasplante renal

En los años 40 Medawar sentó las leyes básicas de la inmunología del trasplante. Fue Voronoy quién, en 1933, llevó a cabo el primer trasplante renal en humanos. Murray y Merrill, sin embargo, son los que consiguieron el primer éxito definitivo en un trasplante renal entre hermanos gemelos monocigóticos.

En España, Martínez Piñeiro, Gil Vernet y Alférez fueron los pioneros del trasplante renal en la década de los 60.

Para realizar un trasplante, lo primero que se debe hacer es evaluar el potencial receptor, es decir, valorar las características físicas y psicológicas del paciente para considerarlo apto para el trasplante y asegurar una alta

probabilidad de éxito. Serán tenidos en cuenta la edad, los antecedentes personales y familiares, las patologías actuales existentes y la situación psicosocial del mismo.

Se considerarán contraindicaciones absolutas para llevar a cabo la intervención, ser VIH+, poseer una enfermedad tumoral maligna con corta expectativa de vida, enfermedad crónica con expectativa de vida inferior a 1 año, enfermedad psiquiátrica no controlada o abuso de sustancias tóxicas.

Un trasplante renal es el procedimiento consistente en la implantación de un riñón sano a una persona con insuficiencia renal crónica. El órgano, en este caso el riñón, puede ser de un donante vivo o de un cadáver. Como con-

secuencia de este procedimiento derivará en una herida quirúrgica que precisará de estrechos cuidados de enfermería y de educación sanitaria dedicada al paciente para su correcto manejo de la misma.

Desde el punto de vista de enfermería, los objetivos principales son:

- Evitar en los pacientes trasplantados la infección de la herida quirúrgica y favorecer la correcta cicatrización de ésta durante el periodo de ingreso.
- Educar al paciente en los cuidados que debe tener durante el ingreso y al alta relacionados con la herida quirúrgica.



Para conseguir los objetivos planteados anteriormente, el personal de enfermería debe llevar a cabo una serie de cuidados que van desde la acogida del paciente hasta la educación sanitaria que se le facilitara a su alta.

Uno de nuestros objetivos es evitar la infección y favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica, por lo que es necesario que llevemos a cabo una serie de precauciones:

El correcto lavado de manos de todo el personal que vaya a manipular la herida, desde el momento de la entrada al quirófano hasta la cicatrización completa de la herida quirúrgica.

Se debe mantener un alto grado de esterilidad a la hora de realizar las curas. También es imprescindible mantener este requisito en los quirófanos dónde el paciente estará cubierto totalmente con un paño estéril dejando al descubierto únicamente, el lugar donde se va a realizar la incisión. Por supuesto el personal del quirófano también debe ir correctamente equipado con el pijama de quirófano, batas, mascarillas, gorros, funda de zapatos y guantes estériles.

El ambiente del quirófano y de la habitación dónde se encuentre el paciente tras su intervención debe estar limpia y correctamente ventilada para evitar, en el grado de lo posible, cualquier microorganismo

patógeno que pueda ocasionar una infección. En estas circunstancias el paciente tiene el sistema inmune debilitado y es más probable que cualquier microorganismo pueda causar algún tipo de infección en él.

Los pacientes que se van a someter a una cirugía también deben recibir antibioterapia desde una hora antes de la intervención hasta 24 horas después de ésta. Por ello, el personal de enfermería debe asegurarse que se cumpla el tratamiento pautado administrando los fármacos pertinentes a las horas estipuladas. Esto ayudará a que los microbios no puedan causar ningún daño. No se debe mantener el tratamiento antibiótico un tiempo prolongado, ya que el organismo puede desarrollar resistencia y, de esta manera, perder la efectividad.

Es muy importante controlar los niveles de glucemia en sangre. Los niveles podrían aumentar debido al estrés que sufren los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica y, unos niveles excesivamente altos podrían retrasar la cicatrización y aumentar el riesgo de infección.

Por otro lado, el control de la temperatura corporal, ya que una baja temperatura puede impedir que el oxígeno llegue a la herida y que la infección, por tanto, sea más difícil de combatir.

También la utilización de drenajes para evitar la acumulación de líquidos y de restos originados por la intervención quirúrgica.

- Controlar la diuresis, cuidando que la sonda vesical no se mantenga más tiempo del estrictamente necesario para evitar una infección.

Realizar las curas necesarias en todas las incisiones que posea el paciente, normalmente se limpia con suero y se desinfecta con clorhexidina. Valorar y retirar los apósitos en un tiempo prudencial para dejar secar la herida al aire y evitar que la herida esté continuamente húmeda, ya que esto favorece la aparición de bacterias.

”

Uno de nuestros objetivos es evitar la infección y favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica

CUIDADOS QUE REQUIERE LA HERIDA



Nuestro segundo objetivo es la educación sanitaria, es decir, proporcionarle al paciente una guía con los cuidados que requiere la herida quirúrgica y con las posibles complicaciones que podrían aparecer.

Antes de ser intervenido

El paciente debe permanecer en ayunas desde su ingreso en la Unidad de Cirugía.

El paciente debe bañarse y rasurarse la zona de la intervención antes de la operación. En caso de que no esté capacitado para ello, lo ayudará la auxiliar de enfermería.

Debe seguir el tratamiento pautado por el médico, siendo el personal de enfermería el encargado de administrarlo.

Debe hacerse el enjuague bucal con el antiséptico que se le facilita.

También será necesario retirar todos los objetos metálicos o prótesis que lleve.

Practicar hemodiálisis, cursar bioquímica y hemograma, pruebas de coagulación y gasometría.

Realizar el consentimiento informado.

Enema de limpieza.

Quitar esmalte de uñas si lo tuviera. Identificar al paciente con la pulsera.

Tras el alta

Seguir una dieta adecuada a sus características personales.

Recuperar la actividad habitual sin realizar muchos esfuerzos físicos los primeros días tras la intervención.

Asistir a las revisiones que se le hayan pautado.

Lavar las heridas quirúrgicas con agua y jabón, secar bien, desinfectar con algún desinfectante y dejar al aire.

Facilitar al médico de cabecera el informe de alta para las revisiones posteriores.

En caso de dolor, tomar los analgésicos prescritos por su médico.

Reducir el consumo de alcohol y evitar el consumo de tabaco.

Evitar la exposición directa al sol o utilizar cremas de protección alta.

Acudir al hospital si se percata del algún signo de alarma como puede ser disminución de orina, edema, aumento de peso repentino, molestia al orinar, vómitos o náuseas.

Por último, identificar signos de infección: aumento del calor en la herida, dolor en la zona de intervención, dureza en la zona, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ o secreción purulenta.

31^a EDICIÓN

JORNADAS NACIONALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL

3 y 4 de Noviembre de 2018

PROGRAMA

Sábado 3 de Noviembre

9:30 horas: Entrega de Documentación

10:00 horas: Apertura-Inauguración

10:30 horas: Cuidados paliativos en la ERC

Dr. D. Juan Pablo Leiva
Nefrólogo
Hospital de Manacor

11:15 horas: Lo que nos preocupa, lo que nos afecta...

• **Litiasis renal y enfermedad renal**

Dr. D. Juan Manuel López
Médico Adjunto Servicio de Urología
Hospital Clinic de Barcelona

• **Avances tecnológicos en nefrología**

Dr. D. Ángel Luis Martín
Grupo de Nefro-oncología
Sociedad Española de Nefrología

12:15 horas: Descanso

12:45 horas: Itinerarios integrados y calidad de vida en ERC

• **¿Importa el orden de las terapias? ¿Confluyen los intereses de los pacientes y la administración sanitaria?**

Dña. Araceli Caro
Técnica de Proyectos
Escuela Andaluza de Salud Pública

• **A debate: La importancia de un buen comienzo...**

Dr. D. Mario Prieto
Jefe de Nefrología
Hospital de León

Dña. Ana Plaza

Enfermera

Hospital Universitario de la Paz. Madrid

D. Manuel Melero

Dña. Ariadna González

Pacientes mentor

13:45 horas: Entrega XIII Premios FRAE y otros reconocimientos

Domingo 4 de Noviembre

10.00 horas: Lo importante mejor si lo sabemos apreciar...

Mindfulness en la enfermedad renal crónica

Dña. Bárbara López

Enfermera

Colegio de Enfermería de Valencia

10:45 horas: Mejorando nuestra salud... ¡Muévete en diálisis!

Dr. D. Vicenç Esteve

Dña. Anna Junque

Consorci Sanitari de Terrassa

11.15 horas: Compra diaria... y organizada

Dña. Bárbara Romano

Nutricionista

Hospital Clinic de Barcelona

11.45 horas: Descanso

12.15 horas: Enfermedad renal crónica, discapacidad y derechos humanos

Profesor D. Rafael de Asís

Universidad de Alcalá de Henares

12.45 horas: Atención socio-sanitaria en hemodiálisis domiciliaria

Dr. D. Ramón Pons

Servicio de Nefrología

Hospital General Universitario de Castellón

Dña. Soraya Catalán

Enfermera ALCER Castalia

13.15 horas: Clausura

APLICACIONES PARA LA SALUD

UTILIDAD Y SEGURIDAD

Hace aproximadamente 20 años internet aparecía en el escenario sanitario, produciéndose lo que se ha llamado “la democratización del conocimiento biomédico”, es decir, tanto pacientes como familiares tienen acceso a detalles de su proceso, que antes ignoraban.

El desarrollo tecnológico está favoreciendo que haya una participación más activa por parte de los usuarios del sistema sanitario, considerando este hecho como el embrión de lo que a fecha de hoy conocemos como “paciente experto”. Sería imposible hablar de desarrollo tecnológico y salud, sin tener en cuenta las llamadas Apps en salud o aplicaciones para la salud, conocidas técnicamente con el término mHealth o “Salud móvil”. Con esta expresión nos referimos a la práctica de la medicina y la salud pública, con el apoyo de los dispositivos móviles (teléfonos móviles y las tabletas).



Estas herramientas pueden estar orientadas para profesionales sanitarios, ir destinadas a pacientes/familiares/acompañantes, o incluso ser herramientas compartidas por todos ellos. Y pueden utilizar el formato texto, el uso de imágenes, de sonidos o de videos, para producir el fin para el que han sido diseñadas, siendo muy versátiles y adaptándose a diferentes tipos de usuarios.

En términos generales, algunas de las utilidades de la mHealth son:

- Suministrar información sobre salud: proporcionan información sobre algunas patologías o áreas específicas de conocimiento.
- Educación y sensibilización.
- Recopilación de datos de salud
- Registro y monitorización
- Seguimiento (recordatorios medicación, citas en consultas, otros).
- Herramientas de ayuda al diagnóstico.

- Prestación de atención sanitaria (telemedicina).
- Gestión y utilidades.

Parece lógico pensar que el mHealth o salud móvil tiene una repercusión importante en los países desarrollados, pero aunque nos parezca increíble, su impacto es aún mayor en los llamados países del Tercer Mundo. Vemos como en los países en desarrollo, el número de teléfonos móviles supera a los puntos de acceso al agua, e incluso al número de cepillos de dientes. En palabras de Terry Kramer, experto en éste ámbito, “Cuando existen 2.200 millones de teléfo-

nos móviles en países en vías de desarrollo, 305 millones de ordenadores y sólo 11 millones de camas de hospital, se puede ver rápidamente cómo los móviles pueden proporcionarnos soluciones de cuidado sanitario”.

Aunque es obvio, que para poder desarrollar el mHealth en estos países, hace falta una adecuada infraestructura tecnológica, aspecto este que se está trabajando desde diferentes organizaciones y empresas, así por ejemplo existe la llamada iniciativa Mobile Health Alliance.

”

Estas herramientas pueden estar orientadas para profesionales sanitarios, ir destinadas a pacientes/familiares/acompañantes, o incluso ser herramientas compartidas por todos ellos



MHEALTH UN MOTOR PARA INNOVACIÓN

Según el informe “The Mobile Health Global Market Report 2013-2017: The Commercialization of mHealth Apps”, el 70% de las aplicaciones están destinadas a pacientes y el 30% son para uso profesional. Según el estudio “App Developer Economics 2016”

El número de aplicaciones sobre salud disponibles en las tiendas de aplicaciones era de 259.000, lo que nos hace ver la magnitud que se está alcanzando, y más aún si tenemos en cuenta el corto periodo de tiempo desde que comenzaron a desarrollarse.

Estos datos nos deben hacer reflexionar sobre la importancia de regular el desarrollo de estas aplicaciones y sobre la necesidad de que, de alguna forma, se evalúe la seguridad de las mismas. Existen informes que estiman que aproximadamente el 83% de las aplicaciones instaladas tienen acceso a lo que se llama datos sensibles de los usuarios. El informe Kaspersky identifica que en España sólo un 25% de los usuarios rechaza la instalación de una app cuando esta pide permiso para acceder al almacenamiento, a la cámara o al micrófono y un 50% de las personas que se descargan una aplicación no se preocupa en limitar las condiciones de acceso. Se debe

tener en cuenta que el conceder permisos a una determinada app sobre: contactos, cámaras, memoria, micrófono, almacenamiento, o la ubicación, entre otros, pueden suponer un peligro para la seguridad del usuario.

Es fácil coger un terminal móvil, ir a la tienda de aplicaciones escribir una palabra clave, por ejemplo diálisis o enfermedad renal, y buscar las aplicaciones que aparecen, pero nos será difícil discernir cuales nos serán más o menos útiles o cuales han superado determinados estándares de calidad.

Existen normativas, recomendaciones y diferentes directorios, de ámbito internacional, europeo así como nacional, acerca de estas aplicaciones, aunque aún queda un amplio camino por recorrer. En Europa, el libro verde sobre la salud móvil, o el European Directory of Health Apps, son algunos ejemplos, aunque debemos tener en cuenta que el idioma en

muchas de estas aplicaciones puede suponer aún una dificultad importante para determinadas personas. En España, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía otorga el Distintivo AppSaludable, que se trata de un sello gratuito, abierto a aplicaciones tanto públicas como privadas.

Este distintivo reconoce las aplicaciones que cumplen recomendaciones de calidad y seguridad. En la web www.calidadappsalud.com se puede encontrar toda la información relativa a este distintivo, las guías de recomendaciones, así como el catálogo de aplicaciones que lo tienen otorgado. Aun así, existe un amplio desconocimiento sobre estos aspectos, y son pocas las aplicaciones evaluadas.

Nos gustaría finalizar este artículo agradeciendo a todas aquellas entidades o asociaciones que están haciendo una selección temática de aquellas aplicaciones en salud que son más útiles para los intereses de su colectivo, y aquellas otras que aún no lo hayan hecho, les animamos a que desarrollen esta tarea. Es necesario ayudar a clasificar y orientar sobre todas las herramientas existentes.



Seguridad y privacidad son dos retos importantes cuando hablamos de la mHealth.



Miguel Angel Moreno García (Enfermero. Hospital Infanta Cristina). Antonio Ochando García. Enfermero. Hospital Universitario Fundación Alcorcón



► Dr. Juan Manuel López (Médico Adjunto del Servicio de Urología. Hospital Clínic de Barcelona).

PATOLOGÍA LITIÁSICA RENAL

Cosiste la formación de cálculos como consecuencia de la precipitación y agregación de minerales habitualmente presentes en la orina

La mayoría de los cálculos contienen calcio en su composición, siendo los de oxalato cálcico los más comunes. También con alta prevalencia pero en menor medida que los de oxalato cálcico se sitúan los de fosfato cálcico. Otras composiciones que no contienen calcio son las de ácido úrico, frecuentemente asociados a obesidad, diabetes mellitus o trastornos del metabolismo del ácido úrico. Algo menos frecuentes que las anteriores son las litiasis de causa infecciosa cuya formación es secundaria a las modificaciones del pH urinaria como consecuencia de un enzima que poseen determinadas bacterias. Entre los cálculos originados por defectos metabólicos des-

tacan las litiasis de cistina aunque su prevalencia será menor al 1%. Los cálculos renales habitualmente no generan síntomas cuando están alojados en el riñón aunque pueden producir algún signo clínico como la hematuria (sangre presente en la orina) micro o macroscópica. En algunas ocasiones pueden ser la causa de dolor recurrente en el flanco aunque de menor intensidad que en el cólico nefrítico clásico. Cuando uno de estos cálculos se moviliza y comienza su descenso siguiendo el curso natural de la orina desde el riñón hacia la vejiga por el uréter, la obstrucción y el aumento de presión que genera en la vía urinaria es la causante del dolor típico del cólico nefrítico. Dicho dolor será localizado en la fosa lumbar, de

inicio brusco y de gran intensidad pudiéndose irradiar hacia la zona inguinal o genital según el nivel al que se encuentre el cálculo.

Por tanto, cuando nos planteamos el tratamiento de un cálculo renal, ya sea mediante cirugía endoscópica retrógrada o percutánea, o con litotricia extracorpórea con ondas de choque; la elección de si tratar o no y la técnica a utilizar será como un traje a medida. El tamaño, composición y localización del cálculo en el contexto individual de cada paciente nos orientarán hacia una técnica u otra, con el objetivo de conseguir la mayor eficiencia eliminando el cálculo con el menor riesgo para el paciente. Puesto que la indicación concreta

de cada técnica dependerá de cada caso concreto como ya se ha mencionado, comentaremos a grandes rasgos las tres opciones terapéuticas que existe cuando queremos eliminar un cálculo renal.

En primer lugar en el caso exclusivo de las litiasis de ácido úrico debemos siempre barajar la opción de la quimiolisis. La mayoría de estos cálculos tiene la peculiaridad de formarse ante la presencia constante de orina ácida con un pH menor o igual a 5,5 y de "disolverse" si aumentamos dicho pH. Mediante la ingesta de citrato o bicarbonato, podemos aumentar el pH urinario consiguiendo eliminar totalmente un cálculo de ácido úrico y previniendo la formación de nuevos cálculos evitando la presencia de una orina ácida. El citrato suele considerarse de primera elección si no existe contraindicación ya que el bicarbonato sódico puede aumentar la tensión arterial o favorecer la excreción de sodio o calcio en la orina.

En segundo lugar, la litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC) es un procedimiento no invasivo que permite la fragmentación de cálculos alojados en cualquier tramo del aparato urinario, consiguiendo reducir una litiasis a fragmentos lo suficientemente pequeños para que puedan ser expulsados con la orina. Mediante una onda de choque acústica de alta intensidad se genera un cambio de presión súbito en el entorno del cálculo y unas microburbujas que fragmentan y disgregan

el cálculo. Factores intrínsecos del cálculo como el tamaño o la dureza del mismo pueden limitar la tasa de éxito de esta técnica. Cuanto mayor volumen y dureza presente un cálculo, mayor número de ondas de choque serán necesarias, hasta el punto de hacer ineficaz esta técnica. La localización del cálculo también puede ser un factor limitante para la indicación de la LEOC ya que como se ha comentado el éxito de la misma reside en la fragmentación y expulsión de dichos fragmentos. Por lo que cálculos alojados en áreas del riñón con una comunicación angosta con el resto de la vía urinaria o variantes anatómicas como divertículos caliciales renales harán difícil el segundo paso indispensable para el éxito de esta técnica, la expulsión de los fragmentos. Por último situaciones concretas del paciente como un índice de masa corporal muy alto que impide que llegue la onda de choque con suficiente energía para fragmentar el cálculo o situaciones que alteren la coagulación del paciente (intrínsecas o farmacológicas) pueden suponer una contraindicación para este tipo de tratamiento. Por tanto, podemos resumir como factores limitantes de la LEOC aquellos cálculos de tamaño mayor de 1 ó 2 centímetros según la localización, de una gran dureza (cistina, brushita y en algunos protocolos oxalato cálcico monohidratado), variantes anatómicas de la vía urinaria o situaciones que comprometan la eficacia o seguridad de la técnica (obesidad o alteraciones de la coagulación).

En tercer lugar para eliminar un cálculo renal puede ser necesario recurrir a la cirugía. Intentando resumir las opciones quirúrgicas, estas pueden ser clasificadas en cirugía abierta o laparoscópica, percutánea o endoscópica retrógrada. La cirugía abierta ha sido desplazada casi totalmente por la cirugía laparoscópica debido a su menor tiempo de recuperación, dolor postoperatorio o riesgo de sangrado; en definitiva una menor agresividad. No obstante la indicación de ambas es anecdótica respecto a la cirugía percutánea o la endoscópica retrógrada. En un segundo escalón en grado de agresividad se sitúa la cirugía percutánea renal. Dicha técnica consiste en el acceso desde el flanco a las cavidades renales permitiendo el uso de diferentes fuentes de energía (ultrasónica, neumática o láser) para la fragmentación y extracción del cálculo. Gracias a la reducción progresiva en el calibre necesario para la realización de esta cirugía y el perfeccionamiento de la técnica se ha conseguido disminuir significativamente los potenciales riesgos y complicaciones de la misma como son el sangrado o pérdida de funcionalidad renal. Debido a su gran eficacia a la hora de la extracción de los cálculos renales de gran volumen o dureza, esta técnica suele ser de elección en aquellas litiasis mayores de 1 ó 2 centímetros según la dureza de la misma. En cálculos menores de este tamaño la cirugía endoscópica ha ganado protagonismo en los últimos años gracias a la miniaturización de los instrumentos y el uso de energía láser para la fragmentación de los cálculos. La vía de acceso endoscópica retrógrada consiste en el acceso a la vía urinaria (vejiga, uréter y vía urinaria intrarrenal) por un orificio natural como es la uretra, sin necesidad de realizar ningún tipo de incisión. Hasta hace pocos años dicho acceso nos permitía tan solo tratar cálculos alojados en la vejiga o en el tramo más próximo a la vejiga del uréter. Gracias a los avances tecnológicos hoy en día disponemos de ureterorenoscopios de menor calibre y flexibles que nos permiten acceder a las



diferentes cavidades de la vía urinaria intrarrenal y fragmentar los cálculos mediante fibras de láser de alta energía, consiguiendo que la ureterorenoscopia flexible se posicione como una técnica casi imprescindible cuando hablamos del tratamiento quirúrgico de la litiasis renal. A pesar de ser una técnica menos agresiva que las cirugías anteriormente descritas y que gracias a los avances tecnológicos es mucho más eficiente que en sus orígenes, actualmente su indicación suele estar limitada a cálculos menores de 1-2 centímetros. Hasta este punto, para la descripción de las diferentes técnicas quirúrgicas hemos tomando como referencia un cálculo renal. En caso de que el cálculo esté alojado en el uréter a grandes rasgos solemos optar por la litotricia extracorpórea con ondas de choque si se sitúa en la mitad proximal del mismo (cercano al riñón) o la ureteroscopia si se sitúa en la mitad distal (próximo a la vejiga). No debemos cerrar este apartado del tratamiento quirúrgico de la litiasis renal sin dejar de mencionar que España puede considerarse uno de los países pioneros en este tipo de cirugía ya que es reconocido a nivel mundial que el comienzo del desarrollo de la cirugía endoscópica ureteral se inició en el Hospital de La Paz a manos del Dr Pérez-Castro y que diferentes modificaciones en la técnica de la cirugía percutánea renal también tienen su origen en nuestro país

a manos del Dr Valdivia y Dr Ibarlucea. Como ya se ha mencionado durante el artículo la indicación de una técnica u otra para la eliminación de un cálculo (quimiólisis, litotricia extracorpórea con ondas de choque o cirugía) será un traje a medida en función de las características del cálculo y del paciente, así como de los medios disponibles en cada centro. Igualmente la propia decisión de si tratar o no un cálculo puede ser controvertida.

Por un lado, la mayoría de los cálculos ureterales se expulsan espontáneamente si su tamaño no supera los 5-7 mm. Factores como la forma y dureza de la litiasis y el antecedente de expulsión de cálculos previamente entre otros, pueden modificar la probabilidad de expulsión.

Por ello podemos encontrarnos pacientes que no consigan la expulsión de un cálculo de 3-4 mm o que expulsan fácilmente litiasis voluminosas. Así que en muchos casos si se consigue un buen control del dolor y no existe ninguna situación de oblique a la derivación urinaria o extracción el cálculo urgente (infección o deterioro severo de la función renal), la actitud conservadora en cálculos de menos de 5-7 mm ureterales suele ser la elegida.

En los cálculos renales es aun más complejo determinar que cálculos deben ser tratados y cuales

no. Aquellos cálculos que sean de etiología de infecciosa, causen sintomatología (dolo o hematuria) o aumenten de tamaño en su seguimiento deberán ser tratados; mientras que se puede contemplar el seguimiento de litiasis que se encuentren asintomáticas y estables en el tiempo dentro de las cavidades renales.

Tanto en la litotricia extracorpórea con ondas de choque como en la cirugía se pueden generar fragmentos que queden alojados dentro del riñón y no sean expulsados, actuando como factor favorecedor de la formación de nuevos cálculos sobre los "restos" del tratado previamente.

De ahí que sea de vital importancia seguir las pautas dietéticas y/o medicación indicada según el caso y a la luz de recientes estudios que confirman la disminución en la capacidad de agregación de dichos fragmentos y formación de nuevos cálculos, el consumo de fórmulas que previenen la agregación de cristales como Herniaria glabra, Agropyron repens, Equisetum arvense y Sambucus nigra (Herbesurina®).

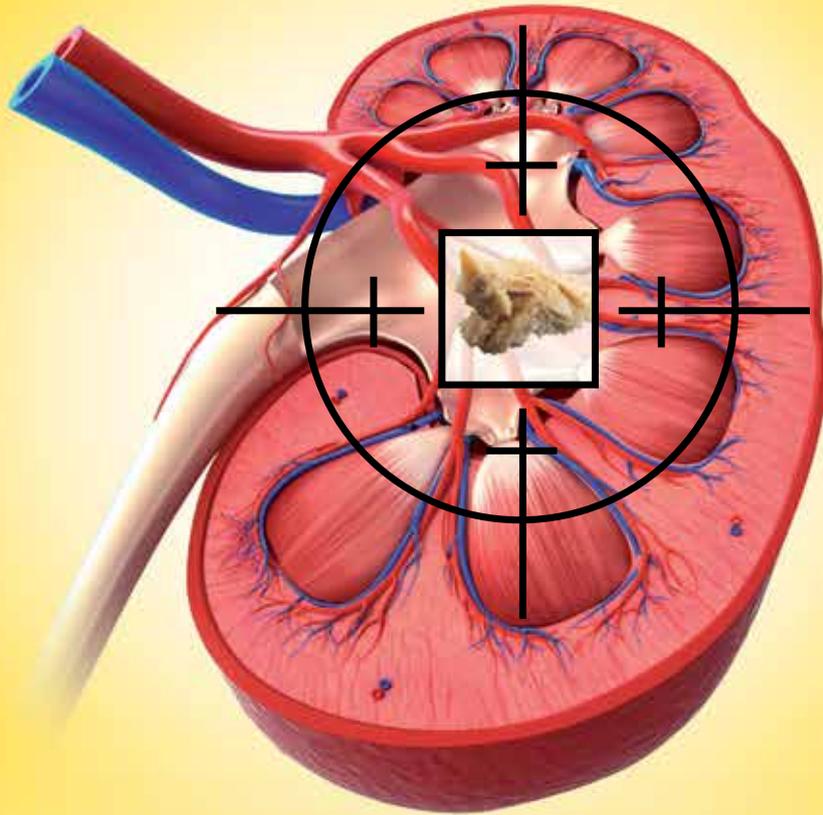


”

No debemos olvidar que la patología *litiásica* renal en la mayoría de casos es una enfermedad crónica y recidivante. Por tanto, un estudio metabólico que incluya al menos una analítica de sangre, sedimento de orina y estudio de la orina de 24 horas, debe llevarse a cabo ante un segundo episodio de cólico nefrítico, un primer episodio en edad infantil o adolescente, o una importante carga litiásica renal.

HERBENSURINA®

Objetivo: Riñones limpios



La fórmula con “rompe-piedras”

Herbensurina es una formulación a base de Herniaria, planta conocida como “rompe-piedras” complementada con otras plantas con acción diurética y remineralizante. Puede tomarse en infusión, en líquido para diluir en agua o en comprimidos.

Más de 60 años de experiencia avalan los buenos resultados de Herbensurina.



DEITERS

www.labdeiters.com

Infusión 20 filtros
CN 157078.9

Infusión 40 filtros
CN 157079.6

**Concentrado
para diluir 250 ml**
CN 175329.8

30 comprimidos
CN 166911.7



entrevista

PADRE ÁNGEL

“Estoy convencido de que la sociedad española es una de las más solidarias que hay, somos abiertos, generosos y nos gusta compartir, no tenemos miedo absurdo a quedarnos sin algo nuestro”.

▶ Ana Martín

Ángel García Rodríguez (Mieres, Asturias; 11 de marzo de 1937), más conocido como padre Ángel, es un sacerdote católico español. Es el fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz, galardonada con el premio Príncipe de Asturias de la Concordia en 1994. Su labor filantrópica se inició en 1962, tras una visita al Orfanato de Oviedo. Asentado en Madrid, desde su parroquia, San Antón, ha emprendido diversas iniciativas solidarias. La iglesia permanece abierta las veinticuatro horas del día, para alojar a personas sin techo y ofreciéndoles desayuno. En 2016 abrió el restaurante Robin Hood, que tiene la particularidad de ser un establecimiento normal durante el día pero que, a partir de las siete de la tarde, ofrece cena gratuita a personas desfavorecidas.

1. ¿Cuándo decidió dedicar su vida a ayudar sin ningún tipo de interés político, social, ni económico?

En mi infancia, el que yo veía que en el pueblo ayudaba a todos los vecinos, era el cura. Así se me despertó la vocación de sacerdote, que para mí era lo mismo que la vocación de acoger a todo el que viniera a mí necesitado de subsistencia o de cariño y escucha. Al salir del seminario, junto a un amigo, decidimos fundar una organización social. Teníamos 24 años.

2. ¿Cómo fueron los inicios de “Mensajeros por la Paz”, qué le ha aportado a los largo de estos años?

Empezamos en Oviedo pero, como había tantas necesidades y nosotros teníamos tanto entusiasmo, empezamos a crecer en otras comunidades. Al final, lo organizamos de manera que cada provincia tiene su propia gestión. Queríamos ser eficaces. Lo mismo nos pasó con los problemas sociales: empezamos centrados en la infancia, haciendo hogares para menores huérfanos, pero no tardamos en extender nuestra labor a otras perso-

nas vulnerables: mujeres víctimas de violencia machista, personas con diferentes discapacidades, migrantes y familias sin recursos.

Además de lo que he visto dentro de España, lo que me ha aportado este trabajo han sido los viajes a otros continentes: conocer otras culturas es imprescindible para creer en el diálogo y conseguir una cultura de paz y tolerancia. La cooperación me ha enseñado que todos somos iguales y que los que estamos en países ricos tenemos que arremangarnos para que los demás tengan nuestros mismos derechos.

3. Su organización ayuda a la población en general (marginados, ancianos, inmigrantes...); pero sobre todo es conocida su labor con los niños y niñas, ¿por qué?, ¿Qué ha aprendido de los niños y niñas?

Las niñas y niños son un tesoro porque, desde su inocencia, están continuamente dándonos ejemplo a los adultos. Juegan sin prejuicios, sonríen de verdad y son capaces de convencernos de que el mundo se puede cambiar a base de actos. Descubriendo lo que podemos aportar.

4. ¿Creé que la sociedad mira para otro lado ante los problemas de los más débiles, ¿Qué está fallando?; ¿qué podrán hacer las autoridades para hacer una sociedad más solidaria?

La llegada de refugiados, por ejemplo, debería darnos vergüenza, porque se han rescatado más de 600 pateras este año en España pero no estamos sabiendo garantizar la dignidad a estas personas después de que desembarquen en nuestras costas. Europa debería dar una solución inmediata a la crisis migratoria, y sin embargo, con su discurso, lo único que se están extendiendo son las agresiones racistas y otras locuras. No me reco-

“Los jóvenes de hoy son muchos más solidarios, porque tienen acceso a más información y a compartirla, se movilizan los unos a los otros”.

nozco en una sociedad que pone los intereses económicos o políticos de unos pocos por encima de vidas humanas. Que divide por chorradas. Hay que luchar para que no haya gente que se quede tirada en las calles de nuestras ciudades y para que los que huyen del hambre no mueran en nuestros mares.

5. De todas las personas que ha conocido a lo largo de su vida, ¿A quién destacaría?

A mis padres, por supuesto. A todos mis seres queridos, que son anónimos e incluso son de los que tienen una mano delante y otra detrás... Porque los pobres, al final, son los que me han dado más de lo que han recibido de mí. De nombres que son referentes enormes de la defensa de los derechos humanos, me quedo con Teresa de Calcuta, Vicente Ferrer y Pedro Casaldáliga. Ha sido un honor poder conocer a los tres y llevarme la paz y la fuerza que transmiten.

6. ¿Creé que la sociedad española es solidaria, los jóvenes en particular están implicados con los más necesitados, ancianos/as, niños/as, inmigrantes?

Creo que los jóvenes de hoy son mucho más solidarios que ayer, porque tienen acceso a más información y al compartirla, se movilizan los unos a los otros. Hemos de permanecer como ellos, conectados, disponibles las 24 horas, como hacemos en nuestra iglesia de San Antón en Madrid. Las batallas continúan.

7. Tenemos una población española cada vez más envejecida, ¿Cree que las Autoridades están haciendo lo suficiente para cambiar los problemas que tendremos en un futuro cercano?

Las personas mayores reivindicamos mayor visibilidad y mayor bienestar, y sí creo que vayamos a lograrlo. Con el tema de las pensiones, por ejemplo, cientos de mayores han salido a la calle hasta conseguir una reacción política.

8. Siendo España el número uno en donación de órganos, ¿cuál cree que es el secreto para mantenernos en ese lugar?

La verdad, no lo sé. Estoy convencido de que la sociedad española es una de las más solidarias que hay. Tal vez sea eso, y que somos abiertos, generosos más allá del entorno familiar; nos gusta compartir y no tenemos tanto miedo absurdo a quedarnos sin algo nuestro.





9. ¿Qué opinión tiene de la donación de órganos?

Creo que es una maravilla de la ciencia y un milagro de la conciencia civil que seamos capaces de salvar vidas donando órganos. Mi niño no ha necesitado un trasplante, pero sí conozco perfectamente lo que se siente cuando en un quirófano consiguen salvarle la vida a un hijo. Una gratitud que no se puede explicar con palabras.

10. ¿Qué mensaje enviaría a las personas que están a la espera de un trasplante?

Les diría lo mismo: que nunca he esperado un trasplante, pero sí he pasado por una enfermedad de la que no sabía si iba a poder salir. Y, en esos momentos de miedo, lo que cuenta es la paciencia, el optimismo y pensar cada día en todo lo bueno que tienes. Agradecer el presente y estar convencido de que el futuro llegará con una solución.

11. Y para terminar, ¿cuáles son sus proyectos a corto plazo y a largo...?

Seguir acogiendo a las personas sin techo que llegan cada día a San Antón en busca de algo de cariño. Y en el extranjero, seguir creando proyectos que desarrollen el país de cada uno y no nos fuercen a meternos en una patera... En Benín, por ejemplo, acabamos de terminar un proyecto de agua que ha dado calidad de vida a una aldea entera, y ahora queremos construir un centro educativo para que los niños que trabajan en las canteras vuelvan a estudiar.

Seguir denunciando la mala política europea con la crisis de refugiados; no olvidar lo que veo cada vez que viajo a las carpas de Mensajeros de la Paz en los campos de refugiados griegos. Y, en definitiva, seguir haciendo lo que he hecho toda la vida: estar al lado de los desfavorecidos.

”

“Lo que cuenta es la paciencia, el optimismo y pensar cada día en todo lo bueno que tienes”.

II CONVOCATORIA AYUDAS AL ESTUDIO ALCER - FRIAT

Por segundo año consecutivo, la Federación Nacional de Asociaciones ALCER y la Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo (FRIAT) han firmado el convenio que da continuidad a las ayudas al estudio para personas con enfermedad renal crónica, estén o no en tratamiento renal sustitutivo.

Estas ayudas al estudio están financiadas por la FRIAT con un importe de 6.000€, cantidad que se ha visto incrementada en 2.000€ con respecto a la I Convocatoria y están dirigidas a personas con enfermedad renal crónica, que cursan enseñanzas regladas en dicho curso académico.

Con esta iniciativa la FRIAT y ALCER quieren promover la educación reglada y ayudar a aquellas personas con mayores dificultades debido a las repercusiones de su enfermedad y con bajos recursos económicos.

Para poder presentarse a estas ayudas se deben cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la situación de Enfermedad Renal Crónica avanzada (pre-diálisis, diálisis o trasplantedo) mediante informe médico. Se priorizará a las personas que estén en tratamiento de diálisis.

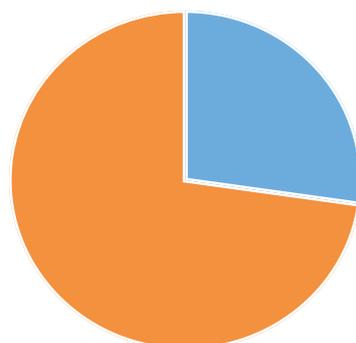
Estar matriculado en alguna de las enseñanzas del sistema educativo español.

No superar los 10.000 euros anuales de renta y patrimonio por cada miembro de la unidad familiar

La ayuda podrá renovarse en las siguientes convocatorias, solicitando su renovación y siempre y cuando se acredite aprovechamiento, aportando certificado con las calificaciones del curso anterior.

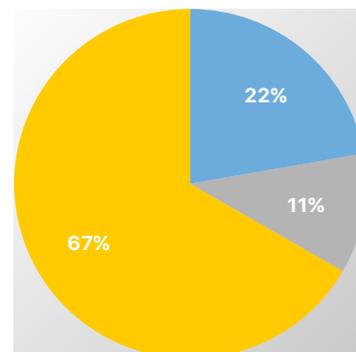
Datos significativos en gráficos de los beneficiarios/as:

Distribución por sexo



- Mujeres
- Hombres
-
-

Distribución por estudios



- ESO
- ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
- FP

Pre-diálisis	0,1111
Diálisis	0,4444
Trasplantado	0,4444

El 16 de septiembre de 2018, finalizó el plazo de la II Convocatoria de Ayudas al Estudio ALCER-FRIAT, en la que se recibieron 22 solicitudes. De Estas 22; 4 son solicitudes de renovación (ayudas concedidas el año pasado que se han renovado durante este curso académico).

A esta II Convocatoria de ayudas al estudio, se han presentado 11 mujeres y 11 hombres, existiendo una paridad en cuanto a sexo. Por otro lado las edades de los inscritos van desde los 8 años hasta los 61 años. Cursando estudios reglados que van desde la educación primaria hasta la formación universitaria.

Finalmente, han sido 9 los/las beneficiarios/as de las ayudas al Estudio ALCER-FRIAT para el curso académico 2018, 4 personas más que el año anterior. Los/as selec-

cionados/as han sido becados con ayudas comprendidas entre los 500€ y 1000 €. De entre ellos, hay 3 mujeres y 6 hombres. En cuanto a los estudios que cursan, 2 de ellos/as están realizando la educación secundaria obligatoria (ESO), 1 está formándose en FP y 6 están en estudios universitarios.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica de 4 son trasplantados/as, 4 están en diálisis y 1 en pre-diálisis.

Por último comentar que estas ayudas han estado repartidas por una gran parte del territorio español (Vigo, Badajoz, Málaga, Madrid, Valencia, Salamanca, Santander...).

Esta segunda convocatoria ha sido todo un éxito que esperamos repetir en años sucesivos



EL PEPTIDO NATRIÚRETICO EN LA ERC

▲ Dra. A. Huelmos. Servicio de Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón.

Alrededor de 500.000 millones de personas en el mundo, y 40.000 en España, padecen alguna dolencia renal.

Aquellas que sufren una enfermedad del riñón muy severa multiplican por 10 el riesgo de padecer episodios cardiovasculares, y a su vez, estas afecciones del corazón ocasionan más de la mitad de las muertes en enfermos renales crónicos, por encima de las patologías infecciosas.

Por tanto, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). De ahí la insistencia de tener a raya los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal. La prevalencia de enfermedad cardiovascular en pacientes con IRC es elevada, siendo la hipertrofia (o engrosamiento) de ventrículo iz-

quierdo, una de las cámaras cardíacas, la alteración más frecuente. Incluso la disfunción renal leve ha sido considerada un factor de riesgo de eventos cardiovasculares. Una molécula que se ha mostrado como un buen predictor de cardiopatía en enfermos renales es el péptido natriurético tipo B.

Péptido natriurético tipo B (BNP)

Descrito en 1989 como un péptido liberado desde el corazón, el BNP forma parte de un grupo de hormonas que constituyen una parte importante del sistema vasodilatador en la fisiología humana, con diversos efectos en el corazón, riñones, sistema vascular y nervioso central. En condiciones normales, la transcripción del gen de BNP y la pro-

ducción de la pro-hormona ocurren predominantemente en las aurículas. Bajo condiciones patológicas (sobrecarga de volumen o presión del ventrículo izquierdo), la transcripción y traducción de BNP son sobrerreguladas en los miocitos ventriculares, convirtiéndose así los ventrículos en la fuente predominante de producción de BNP.

El producto inicial del gen, el preproBNP pasa a proBNP. Este es fragmentado por proteasas, formando el NT-ProBNP y el BNP, que es la hormona biológicamente activa. Ambos son liberados a la circulación y tienen igual valor diagnóstico. Normalmente se mide en sangre el NT-ProBNP porque tiene una vida media más larga y está más tiempo en circulación.

Fisiología del BNP

Dentro de los efectos fisiológicos más relevantes de BNP, natriuresis (excreción renal de sodio), diuresis y vasodilatación. Los efectos renales de BNP son ejercidos por dilatación de la arteriola aferente y constricción de la arteriola eferente con el consiguiente incremento de la filtración glomerular renal y de la fracción de sodio filtrado.

La elevación de los niveles circulantes de BNP se observa en la insuficiencia cardíaca y son generalmente interpretadas como una expresión de la activación del sistema natriurético, como mecanismo de compensación, pero sus efectos natriuréticos están disminuidos debido a la disminución de la presión de perfusión renal y "up-regulation" de una variedad de factores anti-natriuréticos y vasoconstrictores.

Uno de los mecanismos de la eliminación del BNP es la excreción de BNP y de NT-proBNP intacto en la orina. La vida media del BNP es 20 minutos mientras que la del NT-proBNP es 120 minutos, por lo que el nivel circulante del NT-proBNP es 6 veces mayor que el de BNP.

UTILIDAD DIAGNOSTICA Y PRONÓSTICA DEL BNP

Existe una relación inversa entre las concentraciones de BNP y la velocidad de filtración glomerular

Utilidad del BNP

La utilidad diagnóstica y pronóstica del BNP está bien establecida para la población de pacientes con insuficiencia cardíaca, pero la presencia de disfunción renal agrega un nivel de complejidad a su uso como marcador en estos pacientes. Existe una relación inversa entre las concentraciones de BNP y la velocidad de filtración glomerular (VFG), tanto en pacientes con insuficiencia cardíaca como en los que no la tienen. Además, los niveles de BNP no deben ser interpretados como un valor aislado, sino en el contexto de la situación clínica general.

Niveles plasmáticos de péptidos natriureticos y función renal

La función renal afecta los niveles plasmáticos de BNP y de NT-proBNP. Los factores responsables para esta elevación en la enfer-

medad crónica renal no están totalmente claros, pero la reducción del aclaramiento renal puede no ser el principal mecanismo.

Explicaciones alternativas incluyen la posibilidad de una respuesta renal disminuida atribuida a la reducción de la masa renal así como otros.

En pacientes sin enfermedad renal crónica valores < 100 pg/mL de BNP y <300 pg/mL de NT-proBNP indican casi con seguridad que no hay insuficiencia cardíaca.

El efecto de la insuficiencia renal sobre los niveles circulantes de BNP/NT-proBNP ha sido objeto de investigación en pacientes con IRC. En pacientes prediálisis con hipertrofia ventricular izquierda y velocidad del filtrado glomerular disminuida, los niveles del BNP y NT-ProBNP son más altos, especialmente el de NT-ProBNP.

”

Una reducción de la VFG de 10 mL/min se asocia con un incremento de BNP de un 20% y un NT-proBNP de 38%.





Una reducción de la VFG de 10 mL/min se asocia con un incremento de BNP de un 20% y un NT-proBNP de 38%. En el contexto de pacientes con fatiga de inicio agudo que consultan en el servicio de urgencia se ha observado que el nivel de BNP es un marcador altamente sensible y específico de insuficiencia cardíaca en pacientes con IRC y aclaramiento de creatinina > 15 mL/min.

Los valores de corte utilizados no se conocen en los pacientes con insuficiencia renal, pero son superiores a los valores considerados tradicionalmente normales. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se puede hacer con una alta sensibilidad y especificidad en pacientes con VFG < 60 mL/min cuando el NT-proBNP está por encima de 1200 pg/mL. A medida que avanza el estadio de enfermedad renal el punto de corte es más alto.

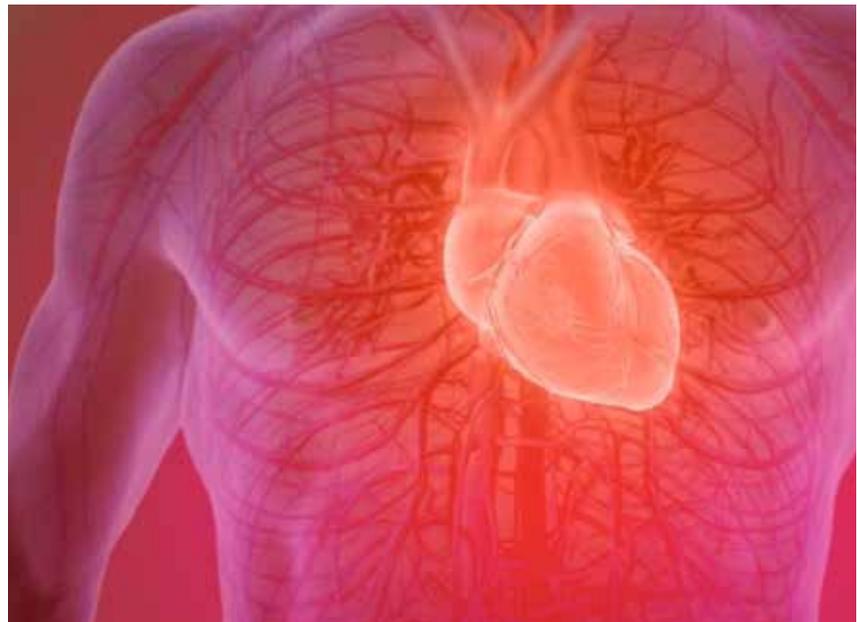
Los pacientes en diálisis que no presentan disfunción ventricular presentan niveles de NT-proBNP que pueden llegar a 5.000 pg/ml, por lo que menos de 5.000 pg/ml en un paciente en diálisis, podría considerarse normal. Si el paciente presenta insuficiencia cardíaca en diálisis puede tener valores de 40.000 o mayores.

Utilidad Diagnóstica de BNP en pacientes con disfunción renal concomitante

Recientemente un estudio ha mostrado el valor de estos péptidos en predecir a corto y largo plazo la diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica en estadios 4 y 5, comparados con la creatinina plasmática sugiriendo el empleo de los mismos como una guía terapéutica.

Niveles de BNP/NT-proBNP en enfermedad renal crónica terminal en diálisis

El efecto de la hemodiálisis en estos péptidos no está aclarado totalmente. Varios estudios han documentado niveles elevados antes de la diálisis y una significativa caída del 20-40% en el nivel



del BNP tras la sesión de hemodiálisis.

En pacientes en diálisis (hemo o peritoneodiálisis) el BNP no es removido por ésta, y por tanto, mantiene el potencial de ser un indicador de disfunción ventricular izquierda. En esta población, niveles aumentados de BNP/NT-proBNP se correlacionan en forma inversa de manera fuerte e independiente con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (o fuerza de expulsión del corazón) y se correlacionan en forma positiva con el índice de masa ventricular izquierda. Además, en estos pacientes niveles aumentados de BNP/NT-proBNP son predictores de eventos cardiovasculares adversos y de mortalidad general y cardiovascular.

Por otra parte, se ha demostrado que la creación de un shunt arterio-venoso incrementa independientemente los valores de BNP, posiblemente debido a alteración de la función diastólica del ventrículo izquierdo.

Influencia de la modalidad de diálisis crónica en los niveles circulantes de BNP

El trasplante renal exitoso normaliza los niveles circulantes de BNP, mientras que en los pacientes en diálisis crónica estos niveles permanecen elevados independientemente de la modalidad de diálisis. Sin embargo, en pacientes en peritoneodiálisis crónica (PD) los niveles circulantes de BNP son usualmente más bajos que en pacientes

en hemodiálisis crónica (HD).

El BNP es extraído desde el suero especialmente por membranas de HD de alto-flujo. Por otra parte, el uso de fluidos de PD no parece influenciar los niveles de BNP.

Esto sugiere que la sobrecarga cardíaca en pacientes en PD es más baja que en pacientes en HD. Por otro lado, los niveles de BNP parecen mostrar una buena capacidad para identificar pacientes en diálisis sobrevolemizados y podría dar información adicional para determinar clínicamente el status de volumen, a pesar de que como método aislado de los parámetros clínicos es insatisfactorio para este propósito.

Los conceptos más importantes sobre el BNP en pacientes en diálisis son los siguientes

a) El valor promedio de BNP de pacientes en diálisis es de 800 pg/mL al comienzo de la primera semana de diálisis, y cae aproximadamente 15% con cada sesión de diálisis.

b) En la población de IRC terminal, el cuartil mayor de BNP tiene el peor pronóstico para mortalidad general.

c) En estos pacientes, el BNP no parece ser una herramienta de manejo atractiva, ya que no se correlaciona con el volumen de fluido removido, con la duración de la diálisis, ni con otros parámetros técnicos.

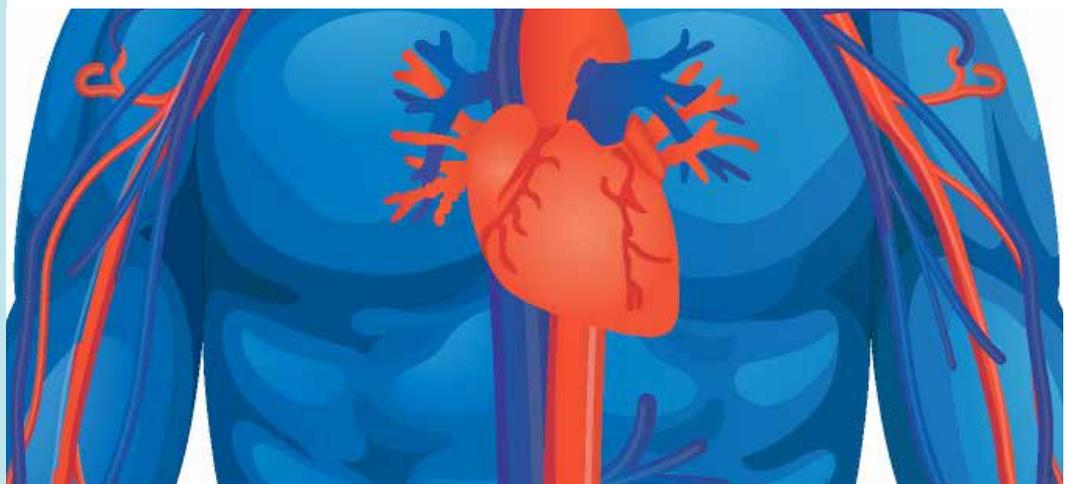
Pronóstico

En un estudio se ha mostrado que en pacientes con IRC, el pronóstico fue significativamente peor en sujetos con NT-proBNP > 1474 pg/mL en comparación con aquellos con NT-proBNP < 1474 pg/mL. El NT-proBNP predijo de forma independiente las rehospitalizaciones causadas por insuficiencia cardíaca.

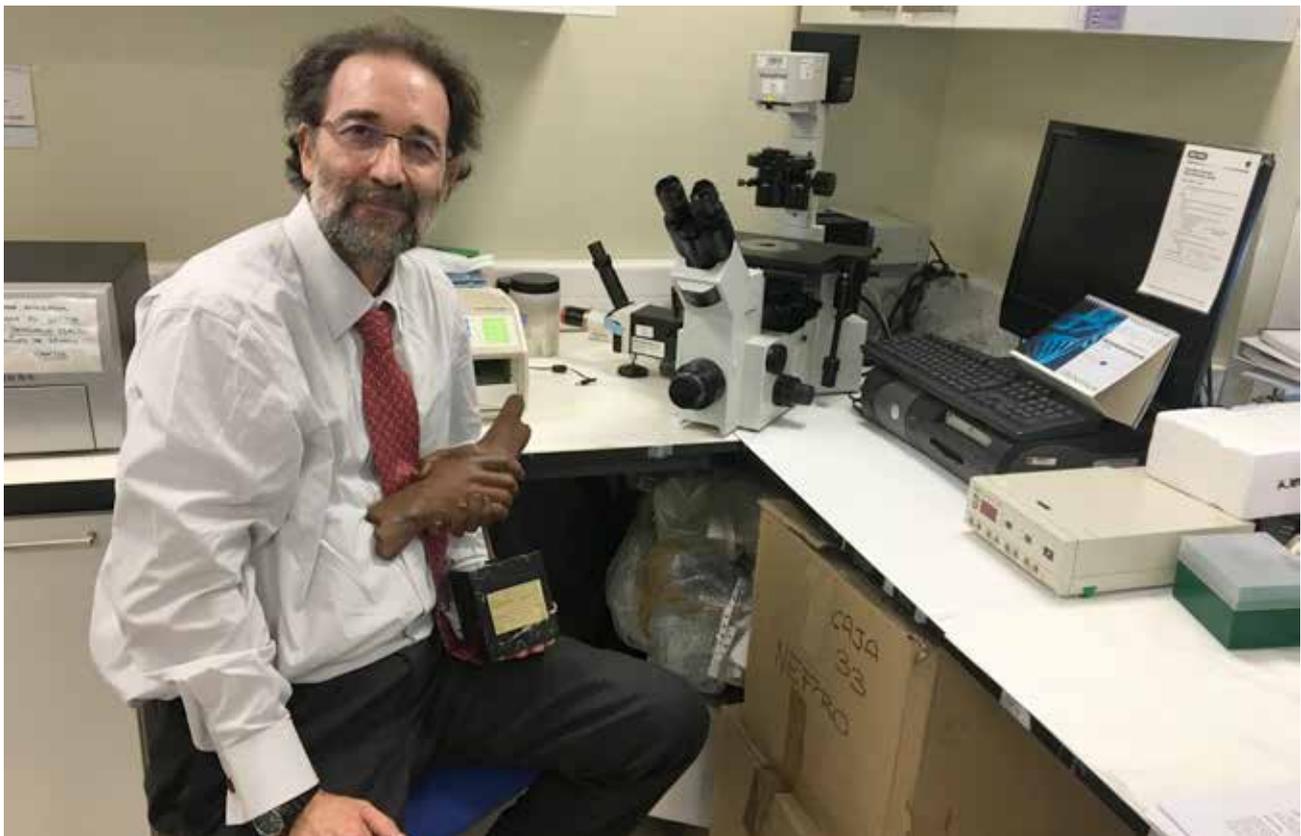
En pacientes críticos con IRC con o sin insuficiencia cardíaca descompensada, el BNP no se asoció con mortalidad, pero fue un predictor independiente de nuevos eventos cardíacos durante el seguimiento. El pro-BNP ha mostrado utilidad también como marcador pronóstico de morbimortalidad en pacientes posterior al trasplante renal.

Conclusiones:

- BNP y NT-proBNP son producidos por el corazón y reflejan la tensión de la pared ventricular. Son biomarcadores de morbilidad y mortalidad cardiovascular en pacientes con función renal normal y tienen valor diagnóstico, terapéutico y pronóstico en pacientes con fallo cardíaco.
- Debido a que estos péptidos tienen algún grado de eliminación renal, se esperan elevaciones moderadas de BNP y NT-proBNP cuando la VFG cae a < 60 mL/min. Virtualmente todos los pacientes en diálisis tienen elevados los niveles de BNP/ NT-proBNP. Esto puede limitar su utilización como biomarcadores hemodinámicos en fallo renal.
- Aunque se esperan valores elevados de BNP en pacientes en diálisis crónica, se encuentra una asociación fuerte e independiente del BNP y Pro-BNP con mayor morbi-mortalidad cardiovascular y general.
- Aunque los datos respecto a evaluación de estatus de hidratación usando BNP en pacientes en diálisis han sido variables y en muchos casos desalentadores, los niveles de BNP/ NT-proBNP podrían ser útiles en combinación con otros parámetros clínicos para distinguir pacientes sobrevolemizados de aquellos pacientes sub-hidratados.
- Los niveles de BNP/ NT-proBNP son más bajos en peritoneodiálisis que en hemodiálisis, posiblemente reflejando menor sobrecarga cardíaca con la peritoneodiálisis.
- Los péptidos natriuréticos tienen un valor significativo en predecir la necesidad de diálisis en enfermos renales crónicos en estadios 4 y 5.
- A pesar de todo, en pacientes en diálisis los péptidos natriuréticos son predictores de muerte independientemente de la modalidad de diálisis y del control del grado de volumen y pueden ser de valor en la temprana identificación de un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de mortalidad.



JOSÉ ANTONIO LÁZARO MELERO



José Antonio Lázaro Manero. Nació el 3 de noviembre de 1959 en Baracaldo, a los 4 años su familia se traslada a Madrid. Realizó sus estudios en la Universidad Autónoma de Madrid Ciencias Biológicas en la especialidad de Bioquímica y Biología Molecular en el CBM, terminando en el año 1984. Comenzó tratamiento de diálisis en 1986, en la Fundación Jiménez Díaz y fue trasplantado dos años después, en el año 1992 aprueba la oposición de profesor de secundaria en la Comunidad de Madrid. Trabajó en su Tesis Doctoral en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de la mano del doctor Alberto Tejedor, dirigiéndole la Tesis "Implicación de la Na,K-ATPasa del túbulo renal en la nefrotoxicidad por Ciclos-

porina" defendiéndola el 21 de marzo de 2002 y obtuve un sobresaliente Cum Laude siendo premio extraordinario de Doctorado. El laboratorio ha obtenido diversos premios por los trabajos de investigación, y una patente por la acción nefroprotectora de la Cilastatina. Actualmente sigo colaborando con el equipo de investigación.

1.- ¿Por qué razón se dedicó a la investigación?, de no haber sido investigador, ¿a qué le hubiera gustado dedicarse?

Recuerdo hacer pruebas y experimentos desde pequeño, pasear por Salgüero de Juarros en Burgos, que es el pueblo donde se crio mi madre y pasear por el monte, disfrutar de la naturaleza. Siempre me gustó la Biología: la

ecología y la bioquímica, en los inicios de mi etapa de la universidad me decidí por la bioquímica. La razón de trabajar en la función pública y en concreto como profesor era que tenía tiempo para trabajar en investigación y hacer la Tesis, no tengo un recuerdo claro de otra cosa que fuese la biología, quizás profesor. Tengo 58 años, los jóvenes de hoy tienen muchas más opciones de conocer diferentes opciones laborales en la actualidad.

2.- ¿Cómo recuerda su primer día en el hospital?

Tengo bastantes recuerdos de mi paso por los hospitales, pero el que tengo grabado de manera más intensa es mi primer día en diálisis; me imaginé dependiente de la máquina para toda la vida.

“Tengo bastantes recuerdos de mi paso por los hospitales, pero el que tengo grabado de manera más intensa es mi primer día de diálisis, pero gracias al apoyo de mi familia y personal sanitario los siguientes días fueron muy diferentes”.

Pero gracias al apoyo de la familia, amigos y el personal de la Fundación Jiménez Díaz los días siguientes fueron muy diferentes. Otro momento muy intenso fue la llamada del Dr. Plaza para decirme que fuera al hospital que había un riñón para trasplantarme. Estaba en un pequeño pueblo de Segovia, Siguero y sólo había un teléfono en el pueblo en la cantina, y allí llegó la deseada llamada. Por la noche y con lluvia, que nervios durante el viaje al hospital.

3.- ¿Cuál sería, en su opinión, el descubrimiento más importante para la Humanidad en la Medicina?

Una pregunta difícil, muy difícil, pero yo diría dos: el descubrimiento de los antibióticos, lo que redujo las muertes por infecciones bacterianas de manera drástica; y las vacunas por Jenner. Aunque Pasteur lo inició todo sentando las bases de la microbiología, e identificar a los microbios como los causantes de enfermedades. Las aportaciones de Watson y Crick con la estructura del ADN ha hecho posibles las nuevas terapias génicas. La ciencia se basa en ampliar lo que han hecho los predecesores. Así que la lista es muy larga, y es difícil hacer un listado de mayor a menor importancia. Y para mí esos pueden estar en la parte alta de los descubrimientos más importantes.

4.- Sus trabajos en la investigación de la enfermedad Renal, ¿cree que llegará el día en el que habrá un tratamiento por cada enfermedad?

Respecto a nuestras investigaciones, somos muy optimistas y

creemos que podremos evitar una gran parte del daño renal, no en su totalidad pero sí en un porcentaje bastante alto. Ciertos tratamientos en los que se planteaba la cuestión de hacer un tratamiento, seguir con él o no, realizar una prueba diagnóstica pero saber que produciría un daño renal. Los resultados de nuestra investigación ayudarán a no tener ese dilema (hago el tratamiento, pero provocho un gran daño al riñón) como ocurre con los inmunosupresores y tratamientos citotóxicos como son los del cáncer o del VIH.

5.- ¿Cree que la ciencia en un futuro podrá avanzar para que los pacientes renales no necesiten terapia sustitutiva?

No al 100%, pero soy optimista y si bien es cierto que no en todos los casos será posible. Pero entre la prevención que es fundamental, y los nuevos tratamientos, creo que a medio plazo debería haber una reducción drástica de la enfermedad renal, y de manera especial la diálisis y los trasplantes.

Y si no es así algo habremos hecho mal, en el plano menos optimista, al menos la viabilidad de los trasplantes debe ser mayor, y nuevas terapias inmunosupresoras. Evitar la enfermedad por unos mejores hábitos de salud renal, prevención, detección precoz de la enfermedad y su tratamiento. Y en último caso la mejora de las diálisis y optimización de los trasplantes.





6.- ¿Qué significa para la enfermedad renal el descubrimiento de la molécula cilastatina?

Nuestro equipo es muy optimista, esperamos resultados de los ensayos clínicos en poco tiempo. El efecto más importante es la protección del riñón frente a los fármacos nefrotóxicos. No evitaría el daño renal en su totalidad. Pero si una reducción muy importante del daño. En resumen: la Cilastatina frena la muerte de las células renales que sufren daño durante estos tratamientos. Por lo tanto debería producirse una reducción importante en la cantidad de personas que tendrán una enfermedad renal debido a dichos tratamientos que afectan al riñón

7.- ¿Qué significó para usted y el equipo de investigación del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el premio recibido por la Fundación Renal ALCER, durante las XXX Jornadas Nacionales del pasado año 2017?

En primer lugar agradecimiento y felicidad por la concesión del premio. A nivel del equipo de investigación saber que las investigaciones que estamos realizando tienen aplicación clínica, y que pueden ayudar de manera importante y significativa a mejorar la salud de enfermos o posibles enfermos, produce mucha satisfacción. Y que la sociedad pueda visibilizar estos avances, en este caso por el reconocimiento que nos brindó ALCER.

Y a nivel personal además es un orgullo, fue muy emotivo recibir el premio de mis compañeros pacientes renales. Es uno de esos días que se quedan grabados, en la vida hay momentos que son especiales, no son muchos. Para mí ese, es uno de esos días especiales.

8.- Usted recibió un trasplante renal hace 30 años, ¿Qué recuerdos tiene de aquella época, como era la calidad de vida para los pacientes renales?

Aceptar que los riñones van a dejar de funcionar en un corto espacio de tiempo, en mi caso fueron un par de años, es difícil de aceptar. Una vez que lo aceptas y asumes que tienes que pasar un tiempo en diálisis, lo que supone en mayor o menor grado una dependencia tres veces por semana durante cuatro horas, fue duro pero lo asumes, no queda otra, te organizas la vida entorno a la diálisis. Y no es igual para todo el mundo, tenía compañeros que lo llevaban bastante bien y hacían una vida casi normal. Otros como es mi caso, el día de diálisis podía ser regular o mal dependiendo de varios factores y el día siguiente generalmente bueno, para estar en diálisis. Cuando llega la tan esperada llamada del hospital para decirte que tienes un trasplante, en primer lugar se mezcla la alegría y el miedo a que no vaya a salir bien, tengo un recuerdo de la última diálisis, previa al trasplante, una vez que termina el proceso y sales del hospital, el cambio en los hábitos cotidianos fue muy grande, fue radical. Además tenía otras patologías y desde entonces salvo las revisiones habituales, el control de la medicación y la alimentación que no suponen una gran interferencia, he podido llevar una vida normal. La tecnología de diálisis han mejorado mucho y la ciencia va a nuestro favor cada año que pasa mejora.

9.- ¿Cuál fue su mejor apoyo en aquella etapa de su vida, cree que los pacientes estaban suficientemente informados sobre su enfermedad?

El apoyo siempre viene de los que tienes cerca, la familia, la pareja y amigos, de un lado y las enfermeras que están al lado en la diálisis durante tanto tiempo. Los compañeros de diálisis con los ánimos y sus experiencias son de gran ayuda, y fueron de una gran ayuda y fundamentales en esos años. Respecto a la información sobre la enfermedad, ser Biólogo-Bio-

químico ciertamente ayuda a entender la enfermedad, pero el apoyo humano de los médicos, enfermeras y de manera especial de los compañeros en la misma situación es muy importante. Son las personas que mejor te entienden, comprenden y han pasado por lo mismo que tú. Es como alguien que nos es madre. Quiera ponerse en su lugar, puede haber comprensión, apoyo, empatía.... Pero ser madre es una vivencia y por muchas ganas y buena voluntad que se quiera poner son experiencias vitales que se tienen o no se tienen.

10.- ¿Qué consejo daría a la población general para que cuiden sus riñones?

Controlando la tensión arterial, el azúcar, el colesterol y con una vida sana en alimentación y actividad física, ponemos de nuestra parte todo lo que podemos. Pero si viene un accidente, una infección que pueda afectar a los riñones o alguna enfermedad genética, en ese caso hemos hecho todo lo que hemos podido y no podemos tener la sensación de culpabilidad por no hacer lo correcto. Beber suficiente agua, ¿cuánta?, la suficiente para que la orina sea clara. Esa es la clave.

11.- ¿Qué opinión tiene sobre las Organizaciones Sociales como la nuestra? ¿Que cree que podemos aportar a la sociedad?

Fundamental, por mi experiencia en mi etapa de diálisis conocí a mucha gente en mi situación pero de Jesús Girón tengo un recuerdo imborrable, las ganas de vivir y de luchar, a pesar de los años en diálisis y los trasplantes recibidos, nunca se desanimó y dejó de luchar. Él me introdujo en una asociación de enfermos renales Riñón. Actualmente ya no existe. La existencia de las asociaciones de enfermos en nuestro caso ALCER, que sigue trabajando y expandiendo, es fundamental como apoyo a enfermos y familias, como medio

de reivindicar derechos de los enfermos, dar voz a nuestros problemas y luchar porque los diferentes gobiernos se impliquen lo más posible en mejorar la calidad de vida de los enfermos, y que la enfermedad tienda a disminuir o erradicar si es posible. Estas organizaciones son la voz de todos nosotros, de manera individual podemos hacer algo, pero como grupo tenemos mucha más capacidad para hacernos oír e influir en los estamentos que tienen capacidad de decisión en las políticas sanitarias

12. ¿Qué mensaje de ánimo enviaría a todas aquellas personas que están a la espera de un trasplante?

Que no se desanimen y que se cuiden, porque cuanto mejor estemos mas probabilidades de que el trasplante vaya bien. Somos el país que más trasplantes hace, y que mejores políticas sanitarias tiene al respecto, así que estamos en el

mejor sitio y con los mejores profesionales para que todo vaya rápido y bien. Luchar, seguir esperando y confiar en que llegará. El optimismo es fundamental en cualquier aspecto de la vida, y en situaciones adversas es aun más importante.

13. Y para terminar ¿Cuáles son sus proyectos de futuro?

Este año han comenzado los ensayos clínicos de la Cilastatina, la molécula por la que hemos recibido el premio. Este año está en fase I, en el 2019 empezará la fase II, y para 2020/2021 si todo sale como esperamos se podría empezar a comercializar y utilizar como tratamiento.

Respecto a medio plazo, el laboratorio tiene estudios avanzados en la prevención del fracaso renal agudo por sepsis. En general seguir a la búsqueda de otras moléculas nefroprotectoras y otras dianas terapéuticas.



“Las organizaciones de pacientes son fundamentales por mi experiencia en mi etapa en diálisis, conocí a muchas personas en mi misma situación”.



- Sesiones programadas de forma personalizada, respetando las pautas de sus centros de procedencia.
- Unidad está ubicada en un centro hospitalario privado con más de 30 años de experiencia y respaldada por más de 40 especialidades médicas, hospitalización, urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos.
- En colaboración con las agencias de viajes más importantes de Benidorm, se ofrece ayuda en la gestión de la estancia del paciente, sus acompañantes y la organización de actividades de ocio y entretenimiento.



Información, reservas y planificación de sesiones de pacientes ALCER:
dialisis@clinicabenidorm.com
 96 585 38 50
 (Pregunte por María de 9.30 a 15.30 h)



ALCER ORGANIZA EN MADRID UNA REUNIÓN INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL RIÑÓN



Los días 28 y 29 de septiembre de 2018 se reunieron en Madrid, en el hotel Ilunion Madrid Suites, 36 delegados de 22 entidades de personas con enfermedades renales, para un total de 18 países europeos representados.

Con la organización de la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER) y con el apoyo de la Federación Europea de Pacientes Renales (European Kidney Patient Federation, EKPF) se desarrolló la reunión madrileña con el objetivo de elaborar un Plan de Acción de mejora de las condiciones de estas personas a nivel europeo. Previamente a la reunión los participantes habían determinado 4 temas principales de acción, que son:

- Prevención y detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica
- Elección del tratamiento y toma

- de decisiones compartida
- Incremento del acceso al trasplante renal
- Autocuidados y empoderamiento de la persona con enfermedad renal

A estos temas y a sugerencia de ALCER se incluyó un quinto punto: Necesidades Sociales y Riesgo de Exclusión. Se acordó que cada área de prioridad debe dividirse en objetivos procesables e impactantes. Hay objetivos por área de prioridad según el tema. Para el diseño del Plan de Acción se determinó considerar:

- ¿Qué es importante para los pacientes renales en esta área prioritaria?

- ¿Qué se quiere específicamente lograr?
- ¿Dónde debemos enfocar nuestros esfuerzos (qué países, para qué temas, pacientes/gobiernos/profesionales médicos)?
- ¿Qué necesitamos para lograr este objetivo?

La reunión española de Madrid se centró en la educación socio-sanitaria a la persona con enfermedad renal y su familia, la toma de decisiones compartida con sus profesionales sanitarios, la autogestión y empoderamiento del paciente y la medida del punto de vista del afectado en todo lo que tiene que ver con la gestión de su salud. El acto contó con la puesta en común

de iniciativas de diferentes entidades europeas y el diálogo para emprender un plan común. Los resultados y conclusiones de la reunión fueron:

Necesidad de mejorar el apoyo psicosocial y sociolaboral de las personas con enfermedad renal y su entorno social y familiar. Se constató la carencia de profesionales psicosociales en la atención de las personas con enfermedades renales a pesar de la alta tasa de desórdenes emocionales y trastornos psicológicos (ansiedad, estrés y depresión) sobre todo en pacientes en tratamiento de diálisis. Para ello se determinó importante la promoción de equipos de atención psicosocial a través de las entidades participantes.

Importancia de la información adecuada y sobre todas las opciones de tratamiento para una adecuada toma de decisiones compartida. Uno de los problemas definidos es la queja de los afectados sobre cómo fue su proceso de información y toma de decisiones acerca del tratamiento renal sustitutivo que tenían que elegir.

Profesionalización de las entidades, para poder afrontar los puntos anteriores y con gran variación entre entidades participantes. En este punto destacamos que la Federación española (ALCER) cuenta en la actualidad con equipos psicosociales en muchas de sus entidades miembro, que son costosos de mantener por las dificultades de financiación y que sigue trabajando porque toda persona con enfermedad renal tenga acceso a estos profesionales.

Importancia de medir el punto de vista de los afectados, con medidas estandarizadas (Patient Reported Outcomes Measures, PROM y Patient Reported Experience Measures, PREM) y que éstas se recojan en las investigaciones y acciones que se realicen para la atención también a personas con enfermedades renales. Del mismo modo este tipo de medidas permiten cálculos dónde se tiene en cuenta cómo afectan los tratamientos a aquellos que lo reciben y pueden ayudar a la toma de decisiones administrativas (QALY, Quality Adjusted Life-Years y DALY, Disability Adjusted Life Years).

ALCER presentó a los participantes un borrador de Plan de Acción que los asistentes se comprometieron a revisar y aportar sus opiniones, recomendaciones y propuestas antes del 31 de octubre de 2018. Posteriormente a esa fecha ALCER elaborará el proyecto final para su aprobación y definición de medidas para su presentación a las autoridades europeas.



TRES ALICANTINOS PROMOCIONAN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL CAMINO DE SANTIAGO



Este año desde ALCER Alicante y dentro del programa de Sensibilización sobre la donación de órganos subvencionado por la Diputación Provincial de Alicante, tres participantes realizaron el Camino de Santiago, Toni Arques, Miguel Angel Marcos y Vicente Marcos.

Comenzaron el 01 de junio pero tras 7 etapas tuvieron que hacer un parón por motivos de la climatología, ya que durante varios días hubo lluvias torrenciales y eran de gran riesgo.

Tras el parón volvieron a retomar el Camino el 15 de julio con la octava etapa hasta su finalización. Los tres son personas co-

laboradoras de ALCER Alicante, muy concienciadas con nuestro colectivo y sobre todo con la sensibilización sobre la donación de órganos, realizando este gran esfuerzo de manera totalmente altruista y con sus propios medios materiales y personales a excepción del equipaje de bici (unas camisetas y unos polos que fueron financiados por la Diputación de Alicante). Es el segundo año que realizan el Camino de Santiago en bicicleta desde Alicante. Más de 1100 Km realizados en 14 Etapas. Durante su trayecto contaron con la colaboración y apoyo de los compañeros de ALCER Cuenca y ALCER León, así que, les damos las gracias por cuidar y albergar a nuestros compañeros con tanto cariño.

Este año desde ALCER Alicante y dentro del programa de Sensibilización sobre la donación de órganos subvencionado por la Diputación Provincial de Alicante, tres participantes realizaron el Camino de Santiago

UN TAFALLÉS HACE EL CAMINO EN TANDEM PARA CONCIENCIAR SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS



El tafallés Vicente Pellicer Aznar, con doble trasplante de riñón e hígado y baja visión, recorrió el Camino de Santiago en tándem para concienciar sobre la donación de órganos. Arrancó en Roncesvalles con una primera etapa que concluye en Estella, donde realizó su particular homenaje a las personas donantes frente al Monumento al Donante.

Con 31 años, recorrió España en bici "como agradecimiento" por su trasplante de riñón y casi tres décadas después, emprende el Camino del Santiago tras recibir dos órganos. Vicente Pellicer Aznar, tafallés de 58 años, celebra su cumpleaños tres veces: el día en que nació, el día de su primer trasplante de riñón con 26 años y el día que, tres décadas después,

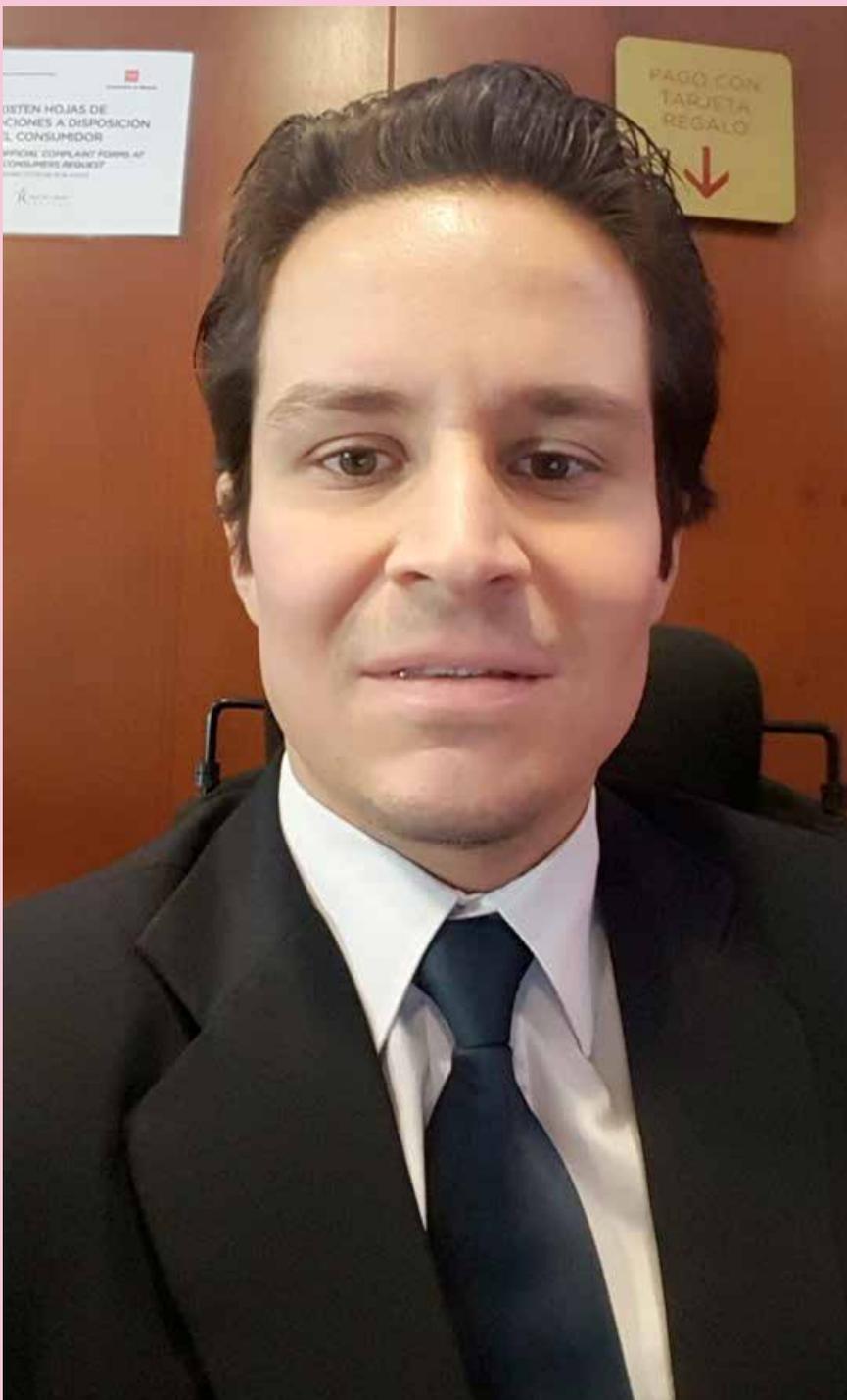
recibió un doble trasplante de hígado y riñón. Y a escasos días de celebrar el primero de ellos, emprende el Camino de Santiago en tándem con el objetivo de "concienciar a la sociedad sobre la importancia de la donación de órganos" y mostrar el agradecimiento a las personas que le han permitido "volver a nacer" Y tras cada etapa, quiso compartir su agradecimiento en cada localidad mostrando de primera mano que la donación salva vidas y animando a hacerse donante. "Una persona que fallece y dona sus órganos puede salvar la vida de muchas otras.

A cualquiera de nosotros o de nuestra familia nos puede tocar la situación de necesitar un órgano y si queremos que haya para todas las personas también tenemos que aportar nuestra granito

de arena y colaborar. Porque sin donación no hay trasplante". Porque para Pellicer, la bici se ha convertido en "una terapia" para hacer frente a "los golpes duros de la vida". "Con solo 26 años me diagnosticaron una enfermedad renal, tuve que dejar el trabajo y acudir a hemodiálisis tres veces a la semana durante 4 horas, lo que me permitía seguir viviendo pero me dejaba hecho polvo. Y después de ser trasplantado, años después vuelvo otra vez a hemodiálisis y a lista de espera, pero de dos órganos.

Son golpes duros pero no te puedes hundir sino que tienes que buscar tu propia terapia. La bici me ha acompañado todo este tiempo y ha sido una terapia que me ha ayudado a desconectar y a seguir adelante"

IVÁN ALEKSANDAR



Iván Aleksandar Lyudmilov Fichev, 28 años, es un joven con nacionalidad búlgara, que llegó a España hace 8 años. A los 10 años fue diagnosticado de Enfermedad Renal Crónica. Un año más tarde recibió un trasplante de donante vivo, su padre. En la Actualidad y debido a un rechazo del órgano trasplantado, está en tratamiento de diálisis peritoneal, tratamiento que compatibiliza con un trabajo. Hoy nos cuenta su experiencia.

Buenos días Iván, ¿cómo estás? Cuéntanos ¿cómo fue tu llegada a España hace 8 años?

Buenos días, la primera vez que vine a España fue en el verano de 2010 pero tuve que volver a mi país para terminar mis estudios en la universidad. Los primeros meses en España fueron bastante difíciles ya que no hablaba el idioma y no tenía amigos con los que poder divertirme.

¿Cómo conociste ALCER?

A través de mi padre, a él le informaron en el hospital.

¿Qué te ha aportado ALCER?

Gracias al Servicio Integral de Empleo (SIE) de la Federación Nacional de Asociaciones ALCER conseguí mi primer trabajo en España, y los posteriores. Me dieron la opción de poder intermediar con empresas que contrataran a personas con discapacidad.

¿Te ha costado mucho encontrar trabajo? ¿De que trabajas?

Si la búsqueda de trabajo ha sido muy difícil para mí y muchas veces llegaba a pensar que nunca lo iba a conseguir. Actualmente trabajo como taquillero, vendiendo entradas en el Teatro Real de Madrid. No es un trabajo relacionado con mi carrera universitaria, pero es muy buen trabajo.

¿Cómo ha sido la evolución de tu enfermedad y cómo ha incidido en tu vida laboral?

Ha sido lenta pero progresiva. Siempre ha habido limitaciones, ya que me he tenido que enfrentar a muchas barreras (visitas hospitalarias, no poder trabajar en trabajos que requieran esfuerzo físico etc...)

¿Crees que tener una Enfermedad Renal Crónica, imposibilita trabajar en algún sector laboral concreto?

Una enfermedad crónica puede limitar en algunas actividades laborales; si el trabajo requiere de esfuerzos físicos, soporte de cargas, condiciones climáticas adversas o riesgo de infección puede perjudicar el estado de salud de una persona con enfermedad renal.

¿Qué tipo de limitaciones tienes a la hora de trabajar?

Debo alternar la postura, no puedo estar mucho tiempo de pie ya que tengo problemas de cadera como consecuencia de tomar grandes cantidades de inmunosupresores.

¿Qué tal es la relación con tus compañeros de trabajo?

Muy buena. Los/as compañeros/as son muy respetuosos y majos.



Mi trabajo actual es muy bueno, pero mi sueño es conseguir un trabajo como técnico de análisis de laboratorio clínico, la carrera que he hecho en la universidad.

NOTICIAS

Manuel Arellano, nuevo vicepresidente 2º de la POP

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (www.plataformadepacientes.org) ha celebrado esta mañana su Asamblea Extraordinaria para elegir la Junta Directiva que llevará las riendas de esta Confederación para los próximos 4 años. La Asamblea se ha celebrado al finalizar el II Congreso de Organizaciones de Pacientes donde la Federación Nacional ALCER ha participado activamente y también su entidad adherida ASHUA.

La Asamblea Extraordinaria de la POP ha elegido nueva Junta Directiva donde Manuel Arellano, vicepresidente 1 de la Federación Nacional ALCER ha sido elegido como vicepresidente 2º y sustituye así a Alejandro Toledo como representante de ALCER en dicha entidad de representación de los pacientes crónicos y con síntomas cronicados. De esta manera la Federación Nacional ALCER renueva su compromiso con esta organización de representación de las entidades de pacientes.

La nueva Junta Directiva estará encabezada por Carina Escobar como presidenta, en representación de UNIMID y que fue elegida por unanimidad de los asistentes a la Asamblea. De esta manera Carina sustituye a Tomás del Castillo, representante de FEDER, que ha presidido la Plataforma en sus primeros 4 años de actividad y que ahora ostentará la vicepresidencia 1ª para dar continuidad a este movimiento emergente de representación de los pacientes.

La nueva Junta Directiva estará encabezada por Carina Escobar como presidenta, en representación de UNIMID y que fue elegida por unanimidad de los asistentes a la Asamblea. De esta manera Carina sustituye a Tomás del Castillo, representante de FEDER, que ha presidido la Plataforma en sus primeros 4 años de actividad y que ahora ostentará la vicepresidencia 1ª



Fallece Carmelo Martín presidente de ALCER Salamanca

Desde la Junta Directiva y el Equipo Técnico de la Federación queremos unirnos al dolor de los compañeros de ALCER Salamanca y transmitirles nuestro más sincero pésame por el fallecimiento de nuestro amigo Carmelo Martín. Un ilustre de ALCER que encabezó durante 23 años el colectivo de personas con enfermedad renal como presidente de ALCER Salamanca. Han sido muchos años de relación y queremos destacar su lado humano, siempre con respeto y cariño a todos los que trabajamos en esta Federación. Descansa en Paz amigo.



Las Asociaciones de Pacientes Trasplantados participan en el Congreso de la SET

Fue en una sesión de Pacientes en donde se analizó la Integración de las personas con enfermedad crónica trasplantadas. La sesión tuvo como ponentes a Emilio Bautista, presidente de la Federación de Trasplantados de Corazón (FETCO) y a Daniel Gallego, presidente de la Federación Nacional ALCER.

Reunión de Trabajo en ALCER Madrid



El pasado 20 de septiembre, el presidente de la Federación, Daniel Gallego y el director general, Juan Carlos Julián visitaron la sede de ALCER Madrid para mantener una reunión de trabajo con los compañeros. En la sede de ALCER Madrid en la calle Virgen de la Oliva, nos recibieron la presidenta, Iluminada Martín Crespo, su vicepresidente, Juan Andrés Solera y el trabajador social Fernando Rodríguez. Durante la visita, los representantes de la Federación conocieron de primera mano la oficina de gestión de transporte sanitario para pacientes en hemodiálisis y el resto de las actividades que desarrollan en su sede.

Queremos agradecer a los compañeros de ALCER Madrid su hospitalidad y disponibilidad para seguir colaborando en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedades renales.

Representantes ALCER se reúnen con la Directora General de Familia, Infancia y Dinamización Demográfica de la Conselleria de Servicios Sociais



Representantes de la Federación Nacional de Asociaciones ALCER y de ALCER Galicia se han reunido con la Directora General de Familia, Infancia y Dinamización Demográfica de la Conselleria de Servicios Sociais, Dña. María Amparo que ha podido conocer de primera mano las necesidades de las personas con enfermedad renal, además de debatir con los miembros de ALCER la actualidad y los últimos avances de la enfermedad renal.



DIRECTORIO

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER

C/ Constança, 35.
28002 Madrid
Tel. 91 561 08 37 / Fax 91 564 34 99
e-mail: federacion@alcer.org

• Presidente

D. Daniel Gallego Zurro

• Vicepresidente 1º

D. Manuel Arellano Armisen

• Vicepresidente 2º

D. Roberto Oliver Jordá

• Secretario

D. Alejandro Díaz Gonçalves

• Tesorera

D. Josefa Gómez Ruiz

• Vocales

José Manuel Martín Orgaz
Dolores Guzmán Aroca
Clemente Gómez Gómez
Santiago Albaladejo López

ALCER ÁLAVA

D. Gregorio Martínez García
C/ Arquillos, 9 • 01001 Vitoria
Tel. 945 23 18 95 / Fax 945 13 39 91
info@alceralava.org

ALCER ALBACETE

D. Antonio Escribano Rozalén
C/ Mayor, 49, 1º drcha
02001 Albacete
Tel. 669 01 92 73
alceralbacete@gmail.com

ALCER ALICANTE

D. Roberto Antonio Oliver Jordá
C/ Martín Luther King, 4 - pta. 4-2 - bajo
03010 Alicante
Tels. 965 25 14 51 / 601 42 51 18
Fax 965 25 53 50
asociacion@alceralicante.org

ALCER ALMERÍA

Dña. Marta Moreno
Plaza del Carmen, 8, 5º - 2
04003 Almería
Tel. 950 85 70 00 / Fax 950 25 70 43
info@alceralmeria.org

ALCER ASTURIAS

D. Rogelio García Suárez
Avda. Roma, 4, Oficina 5-6
33011 Oviedo
Tel. 985 25 62 50 / Fax 985 25 62 50
alcerasturias@gmail.com

ALCER ÁVILA

Dña. Emilia Velasco García de la Losa
Carretera Valladolid 74 • 05004 Ávila
Tel. 920 22 14 34 / 654 33 37 99
alceravila@alcer.org

ALCER BADAJOZ

D. Melchor Trejo Balsera
C/ Padre Tomás, 2
06011 Badajoz
Tel. 924 23 34 65 / Fax 924 26 04 49
alcerbad@alcerbadajoz.org

Delegaciones:

Villanueva de la Serena
Plaza de España 4, 2ª Planta
06700 Villanueva de la Serena
Teléfono y fax 924 84 30 38

alcerwillanueva@telefonica.net
LLerena
Centro de Participación Ciudadana
C/ Isabel La Católica, 4
06900 Llerena
Teléfono y fax 924 87 20 45
alcerllerena@telefonica.net

ALCER BARCELONA

Dña. Beatriz Silva Franco
C/ Jocs Florals, 159
08014 Barcelona
Tel. 93 331 03 31 / Fax 93 331 32 62
asociacion@alcerbarcelona.org

ALCER BIZKAIA

Dña. Belén Herrera Furones
Plaza Aro, 1 - bajo • 48006 Bilbao
Tel. 94 459 87 50 / Fax 94 459 88 50
alcerbizkaia.bio@gmail.com

ALCER BURGOS

Dña. Alfonsa Illera
C/ Juan de Padilla, 18 - bajo
09006 Burgos
Tel. 947 22 97 01 / Fax 947 22 97 01
administracion@alcerburgos.org

ALCER CÁCERES

D. José Antonio Sánchez Lancho
C/ Roche Sur Yone, 9 - bajo, 4
10005 Cáceres
Tel. 927 21 03 84 / Fax 927 21 03 84
administracion@alcer-caceres.org

ALCER CÁDIZ

D. Gregorio Martín Domínguez
C/ Tanguillo nº19 Bajo B
11404 Jerez de la Frontera
Tel. 956 35 56 58 / Movil. 638 77 90 15
Fax 956 25 51 01
alcercadiz@gmail.com

ALCER CANTABRIA

D. Jesús Gómez Gandarillas
Plaza de Rubén Darío, s/n - edificio Feygón
39005 Santander
Tel. 942 27 60 61 / Fax 942 27 23 48
info@alcercantabria.com

ALCER CASTALIA

D. Juan Domenech Galarza
C/ Enmedio, 22 - 2º E
12001 Castellón
Tel. 964 22 83 63 / Fax 964 22 83 63
alcer@alcercastalia.org

ALCER CEUTA

Dña. Mercedes Medina Rodríguez
C/ Antioco, 12 - local, 1º
51001 Ceuta
Tels. 956 51 51 83 / 630 71 39 30
Fax 956 51 51 83
alcerceuta@hotmail.com

ALCER CIUDAD REAL

D. Pablo León Giménez
Avda Pío XII, Edificio Especialidades (SES-CAM), 3ª planta. Apartado de Correos 432
13002 Ciudad Real
Tels. 926 21 53 00 / 638 24 12 38
alcerciudadreal@hotmail.com

Delegación:

Puertollano
Plaza María Auxiliadora S/N
13500 Puertollano
Tel. 691 15 91 65
alcerciudadreal.puertollano@hotmail.es

ALCER CÓRDOBA

D. José María Reifs Trocoli
Plaza del Santuario de la Fuensanta, 2
14010 Córdoba
Tel. 957 43 43 85 / Fax 957 43 43 85
alcer@alcercordoba.org

ALCER CORUÑA

D. Rafael Rodríguez Martínez
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) Hotel de Pacientes
C/ As Xubias de Arriba, 84, 4ª planta
15006 La Coruña
Tel. 981 29 87 59 / Fax 981 29 87 59
info@alcercoruna.org

Delegaciones:

Ferrol
Casa Solidaria
C/ Velázquez, 44 6ª Planta - 15403 Ferrol
Tel. 881 93 72 35 / Fax 881 93 42 08
info@alcercoruna.org

Santiago de Compostela
Casa del Bienestar Social (CABES)
C/ Manuel María, 6, 3ª oficina 4
15705 -Santiago de Compostela
Tel. 670 34 39 49 / Fax 881 93 42 08
info@alcercoruna.org

ALCER CUENCA

D. Clemente Gómez Gómez
C/ Hermanos Beceril, 3 - bajo
16004 Cuenca
Tel. y Fax 969 23 66 95
alcercuen@gmail.com

ALCER EBRO

D. Santiago Albaladejo Lopez
C/ Santa Teresa, 29, 35 50006 Zaragoza
Tel. 976 35 90 01 / Fax 976 11 12 18
alcerebro@alcerebro.org

ALCER GIRALDA

D. Pablo Beca Soto
C/ Luis Montoto, Pje. Nebli-local, 3
Mód. A y B. 41018 Sevilla
Tels. 95 442 38 85 - 649 43 44 37
Fax 95 441 12 16
info@alcergiralda.org

ALCER GUIPÚZKOA

Dña. Koro Aldaz Iraola
C/ Real Compañía Guipuzcuana de Caracas, 12, bajo
20011 Donostia
Tels. 943 46 90 47 - 943 47 36 36
Fax 943 44 44 73
alcer@alcerguipuzkoa.org

ALCER GRANADA

Dña. Leonor García Muñoz
C/ San Julián, 18 - Bajos
Urbanización Los Cármenes.
18013 Granada
Tel. 958 15 22 13 / Fax 958 17 10 06
alcergranadasede@gmail.com

Delegación:

Baza
C/ Maestro Alonso s/n Edificio Razaloz
1ª planta. 18800 Baza (Granada)
Tel. 687 53 53 36
alcergr_@hotmail.es

ALCER GUADALAJARA

D. Alfredo Barrado
Centro Social Municipal
C/ Cifuentes, 26
19003 Guadalajara
Tel. 606 45 72 26 / 677 42 53 50
alcerguada@hotmail.com

ALCER HUESCA

C/ Alcalde J. A. Llanas Almudevar, 25 bajo 1
22004 Huesca
Tel. 974 24 09 93 / Fax 974 24 09 93
Móvil: 675 66 66 11
info@alcerhuesca.com

ALCER ILLES BALEARS

Dña. Manuela de la Vega Llompert
Edificio Palmazenter
C/ Ter, 27 - 1º Pta 14. Poligono De Son Fuster
07009 Palma de Mallorca
Tel. 971 72 32 43 / Fax 971 49 87 78
alcerib@telefonica.net

Delegación:

Ibiza
D. José Miguel Likona Saez de Ibarra
Movil 646 96 58 75
E-mail: dljosemi@gmail.com

ALCER JAÉN

D. Francisco Alcaraz Martínez
C/ Ubeda, 6, sotano derecha
23008 Jaén
Tel. 953 25 22 44 / Fax 953 25 22 44
Tel. 699 47 67 14 / 625 83 87 41
alcerjaen@alcerjaen.org
presidente@alcerjaen.org

ALCER LEÓN

D. Ángel Carabajo Lozano
C/ Descalzos, 10 Bajo
24003 León
Tel. 987 23 66 40 / Fax 987 23 66 40
alcerleon@gmail.com

Delegación:

El Bierzo
Barrio La Placa. Avda Islas Baleares, 77
24400 Ponferrada (León)
Tel y fax: 987 41 76 75 / Móvil 696 97 86 00
E-mail: alcerbierzo@gmail.com

ALCER LUGO

Dña. María José Otero Díaz
C/ Infanta Elena, 11
Casa Clara Campoamor, local 5 y 7.
27003 Lugo
Tel. 982 24 32 31 / Fax 982 24 32 31
alcerlugo@gmail.com

ALCER MADRID

Dña. Iluminada Martín - Crespo García
C/ Virgen de la Oliva, 67-69
28037 Madrid
Tel. 91 754 36 04 / Fax 91 754 02 98
alcermadrid@alcermadrid.org

ALCER MÁLAGA

Dña. Josefa Gómez Ruiz
Avda. Carlos Haya, 41 - 1º B
29010 Málaga
Tel. 952 64 00 36 / Fax 952 64 12 38
info@alcermalaga.org

ALCER MELILLA

Dña. Pilar Pérez Bermúdez
C/ Carlos de Arellano, 15 - bajo derecha
52003 Melilla
Tel. 951 19 52 72
Fax. 952 68 26 88
pilarperez.bermudez@gmail.com

ALCER MENORCA

Dña. Loli Ametller Pons
C/ Pau Picasso, 38
07702 Mahón
Tels. 626 68 22 61 / 652 22 43 39
hola@alcermenorca.com

ADAER MURCIA

Dña. Dolores Guzmán Aroca
C/ Carril de la Condomina, 3 - Edificio Atalayas. Bussines Center, planta II, módulo A
30006 Murcia
Tel. 968 20 01 53
Fax 968 23 07 80
adaer@adaer.org

ALCER NAVARRA

D. Manuel Arellano
C/ Monasterio de la Oliva, 29 - entresuelo
31011 Pamplona
Tel. 948 27 80 05 / Fax 948 27 80 05
info@alcernavarra.org

ALCER ONUBA

Dña. Amalia O'Kelly
Avda. Diego de Morón, 5 • 21005 Huelva
Tels. 959 15 72 05
Fax 959 80 54 41
asociacionalcer@outlook.es

ALCER ORENSE

Dña. Mª Teresa Pereira González
C/ Rua Recadero Paz, 1 CIS AIXIÑA
32005 Orense
Tel. 988 22 96 15
alcerourense@hotmail.com

ALCER PALENCIA

D. Rosa de Lima Arnáiz Pérez
C/ Salvino Sierra, 4, bajo • 34004 Palencia
Tel. 979 75 27 15
alcerpalencia@alcer.org

ALCER LAS PALMAS

D. Alejandro Díaz Gonçalves
C/ Santa Juana de Arco, 10
35004 Las Palmas de Gran Canarias
Tel. 928 23 08 98
Fax 928 24 79 63
alcerlp@yahoo.es

ALCER PONTEVEDRA

D. Eugenio Sánchez Lucas
Rua Agro da Estrela, 3-5
36004 Pontevedra
Tels. 693 71 40 05 - 670 28 01 45
infoalcerpontevedra@gmail.com

ALCER LA RIOJA

D. Javier Cordon Martínez
Hospital San Pedro
C/ Monasterio de Yuso, 3 Bajo
26003 Logroño
Tels. 941 25 77 66 / 941 25 77 55
Fax 941 25 77 66
info@alcerrioja.org

ALCER SALAMANCA

D. Francisco Carmelo Martín Rodríguez
Avda. de Italia, 8 - 1º - of. 6
37006 Salamanca
Tel. 923 25 71 40 / Fax 923 25 71 40
alcersalamanca@alcer.org

ALCER SEGOVIA

Dña. Elena Torrego Fuentes
Avda del Acueducto, 18
40002 Segovia
Tels. 921 46 20 16 / 670 28 95 63
Fax 921 46 20 16
alcersegovia@gmail.com

ALCER SORIA

D. Francisco Javier Pérez Redondo
C/ Venerable Carabantes, 9-II local
42003 Soria
Tel. 680 81 86 39
presidencia@alcer-soria.es

ALCER TARRAGONA

D. Jon Unzueta Sáez
C/ Augusto, 20 - despacho 3
43003 Tarragona
Tel. 977 24 16 00
alcer@infonegocio.com

ERTE TENERIFE

D. Corviniano Clavijo Rodríguez
C/ San Juan Bautista, 4 - 2º planta
38002 Santa Cruz de Tenerife
Tel. 922 22 98 96
info@erte.es

ALCER TERUEL

D. Eduardo Miguel Repollés
Centro Social de la Ciudad de Teruel
C/ Yagüe de Salas, 16 - 5º planta
44002 Teruel
Tel. 978 61 83 88 / 605 81 81 30
Fax 978 61 83 88
alcerteruel@yahoo.es

ALCER TOLEDO

D. Juan Carlos García del Villar
Residencia Virgen de la Salud
Avda. Barber, 30
45005 Toledo
Tel. 925 25 28 58 / Fax 925 25 28 58
alcerledo@hotmail.com

ALCER TURIA

Dña. Pilar Soriano Martínez
C/ Chelva, 7 - 9 • 46018 Valencia
Tel. 96 385 04 02 / Fax 96 115 58 31
asociacion@alcerturia.org

ALCER VALLADOLID

D. Alfonso San José Pérez
C/ Urraca, 13 - bajo E • 47012 Valladolid
Tel. 983 39 86 83 / Fax 983 39 86 83
alcervalladolid@gmail.com

ALCER ZAMORA

D. José Manuel Peláez Blanco
Ed. La Alhondiga- Plaza Santa Ana, 7
49006 Zamora
Tel. 659 60 04 42
alcerzamora@hotmail.com

ASHUA (Entidad adherida)

D. Francisco Monfort
C/ Rey Juan Carlos I, 18
12530 Burriana (Castellón)
Tel. 667 76 61 79
info@ashua.es

HIPOFAM (Entidad adherida)

D. Antonio Cabrera Cantero
C/ Avenida del Taió, 90
08769 Castellvi de Rosanes (Barcelona)
Tel. 677 75 26 26
consultas@hipofam.org

AVANCE

EN EL SIGUIENTE NÚMERO



ENCUENTRO DE JÓVENES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



VIAJE INTERNACIONAL: ROMA 2018



31 JORNADAS NACIONALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL



CONSEJOS Y PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN LA ERC

MÁS INFORMACIÓN:

WWW.ALCER.ORG

Changing tomorrow



En Astellas estamos comprometidos en convertir la innovación científica en soluciones médicas que aporten valor y esperanza a pacientes de todo el mundo.

Trabajamos diariamente para hacer frente a necesidades médicas aún sin resolver, centrándonos en Oncología, Urología, Antiinfecciosos y Trasplante como áreas terapéuticas prioritarias, avanzando al mismo tiempo en nuevas áreas aprovechando el desarrollo de técnicas de investigación innovadoras. De esta manera, seguimos dedicándonos a cubrir las necesidades de los pacientes a quienes nunca dejaremos de apoyar.

A través de este compromiso ofrecemos a los pacientes la esperanza de un futuro mejor y aspiramos a liderar las áreas terapéuticas en las que somos expertos, involucrándonos en aquellas que aún presentan necesidades médicas no cubiertas. Por medio de la innovación, seguiremos identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

En Astellas trabajamos para lograr que nuestro lema *cambiando el mañana* sea una realidad.

Si tiene que elegir un tratamiento de diálisis



o mientras espera su trasplante.

Infórmese sobre todas las opciones y los puntos a tener en cuenta. También para candidatos a trasplante renal.

Nuevas Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisión Compartida del Tratamiento Sustitutivo Renal para Pacientes y Familiares

Opciones de Tratamiento Renal Sustitutivo



**Adapte el tratamiento a su vida,
no su vida al tratamiento**