



Federación Nacional

ALCER

OCTUBRE 2019 • 3º TRIMESTRE • Nº 190

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA POR EL CONSEJO DE MINISTROS DEL 9 DE MAYO DE 1984

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN

MARIO PICAZO

“LA POSIBILIDAD DE SALVAR VIDAS ESTÁ EN NUESTRAS MANOS, Y CREO QUE NO HAY MEJOR SENSACIÓN QUE LA DE PODER CONTRIBUIR A ESA CAUSA A TRAVÉS DE LA DONACIÓN DE ORGANOS”

EN ESTE NÚMERO

- 05 LA ALIMENTACIÓN EN DÍAS FESTIVOS
- 08 INMUNOTERAPIA EN CÁNCER RENAL
- 11 EL ACCESO VASCULAR EN ESPAÑA
- 18 EJERCICIO FÍSICO, ALGO MÁS QUE QUEMAR CALORÍAS
- 34 EL PAPEL DEL PACIENTE RENAL EN LA INVESTIGACIÓN

PAG 38 FORMACIÓN CONTINUA PARA PROFESIONALES DE ALCER



Diaverum amplía su red de centros

Diaverum Holidays™ es líder en diálisis de vacaciones, ampliando su red de centros en Madrid, Alicante y Valencia



23 destinos



41 clínicas a tu disposición todo el año

Más información:

vacaciones@diaverum.com

www.dialisisvacacional.es



 **DIIVERUM**
d.HOLIDAY



Bienvenid@s,
una vez pasado el periodo estival, estos meses en la FNA ALCER se caracterizan por una **agenda repleta de reuniones de trabajo, jornadas, congresos, foros y encuentros socioeducativos** de personas con enfermedad renal crónica nacionales e internacionales.

Mientras lees estas líneas, estaremos celebrando **los días 19 y 20 de Octubre, la 32a edición de nuestras jornadas nacionales para personas renales**, en el edificio CaixaForum de Madrid. Estas jornadas nos sirven de encuentro a todas las personas con enfermedad renal, familiares, cuidadores, profesionales y simpatizantes, para que podamos aprender unos de otros compartiendo experiencias durante todo un fin de semana, en el que mostramos temas de actualidad e iniciativas de especial relevancia en el ámbito renal.

En el seno de estas jornadas nacionales **presentaremos oficialmente AlcerApp, la App para dispositivos móviles de**

referencia para tod@s las personas renales. Será completamente gratuita y contará con numerosas funcionalidades, como llevar el informe médico en el dispositivo móvil, medicación con avisos, agenda con recordatorios, entidades alcer, centros de diálisis y mucho más... en definitiva, **todo el universo Alcer a tu alcance. Ya está disponible para su descarga gratuita en los servidores de Appstore y Playstore.** Tu valoración será muy importante para seguir desarrollándola en próximas actualizaciones.

Estamos muy contentos de haber promovido recientemente, el **1er encuentro de familias renales, un fin de semana socioeducativo para familias con hij@s con enfermedad renal en Bermudillos (Avila), organizado conjuntamente por la Fna Alcer y Transplant,** donde las familias han podido compartir experiencias y actividades lúdicas promoviendo siempre la actividad física y hábitos saludables, ayudando a conocer mejor la enfermedad, siempre con un enfoque social y positivo dentro del seno familiar.

Previamente también durante estas semanas, hemos estado presentes en los **congresos más importantes a nivel nacional e internacional relacionados con la nefrología, como han sido el ESOT (Sociedad Europea de Trasplantes de Órganos) celebrado en Copenhague, así como en los congresos de la SEN (Sociedad Española de Nefrología) y de la SEDEN (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica) que tuvieron lugar en la ciudad gallega de A Coruña,** donde conjuntamente con la Federación Alcer Galicia tuvimos la oportunidad de participar en la mesa inaugural, con un stand y ponencias de ámbito social. **Seguimos perteneciendo a la EKPF, (Federación Europea de Pacientes Renales),** donde

además estamos presentes en el Comité ejecutivo, para visibilizar y reivindicar un marco legislativo común europeo de las necesidades de las personas con enfermedad renal y su entorno social, **desarrollando programas transversales a nivel europeo que nos protejan a tod@s con equidad y justicia social.**

Como no podía ser de otra forma **estaremos presentes en el próximo Foro de Pacientes Europeo (EPF), que tendrá lugar en Noviembre en Bruselas,** como miembros de la POP (Plataforma de Organizaciones de Pacientes) donde ostentamos la vicepresidencia II, miembros de la EKPF en la que albergamos la Secretaría y la vicepresidencia de COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad física y Orgánica).

No quería dejar pasar la ocasión de felicitar al **GEMAV (Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular) por su reciente constitución como sociedad,** donde además estaremos presentes como ponentes en su primer congreso en Barcelona, **presentando el "Manual del acceso vascular para personas con enfermedad renal",** donde hemos adaptado las guías clínicas para profesionales de accesos vasculares, para que las personas con enfermedad renal puedan ser conscientes de la importancia del acceso vascular conociendo la medicina basada en la evidencia, con un lenguaje sencillo y coloquial.

Por último, **dar las gracias a tod@s los que en el día a día seguís promoviendo y trabajando por la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad renal y su entorno social, sois parte imprescindible del movimiento asociativo Alcer.**

DANIEL GALLEGO

PRESIDENTE FEDERACIÓN NACIONAL ALCER



SUMARIO

03 EDITORIAL

05 ENFERMERIA
ALIMENTACIÓN EN DÍAS FESTIVOS

08 CÁNCER RENAL
INMUNOTERAPIA EN CÁNCER RENAL

11 DIÁLISIS
EL ACCESO VASCULAR EN ESPAÑA

14 EMPLEO
ENTREVISTA A SORAYA MARTÍN

18 EJERCICIO FÍSICO
ALGO MÁS QUE QUEMAR CALORÍAS

22 ENTREVISTA
MARIO PICAZO

24 MUJER Y ENFERMEDAD RENAL
MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ

26 EL LADO HUMANO
RAMÓN RODRÍGUEZ

28 APP DE ALCER

30 PIEDRAS EN EL RIÑÓN
GUERRA A LOS CÁLCULOS RENALES

34 INVESTIGACIÓN
EL PAPEL DE LA PERSONA CON
ENFERMEDAD RENAL
EN LA INVESTIGACIÓN

38 FORMACIÓN CONTINUA PARA
PROFESIONALES DE ALCER

42 AVANCE
PRÓXIMO 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 Ortiz Lora
Juan Carlos Julián Mauro
Antonio Vaquero Fernández
Sara Muñoz Carrasquilla
Ana Belén Martín Arcicollar
María José González López
Carmen Porras
Noelia Moya
Mar Calatayud

Consejo de Redacción:
Dr. Rafael Matesanz Acedos
Dr. Carlos Romeo Casabona
Dr. Rafael Selgas Gutiérrez
Dra. Paloma Sanz Martínez
D. Antonio Ochando García

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
Printcolor Multiproyectos Gráficos S.L.
C/ San Romualdo, 26. 28037 (Madrid)
Tel. +34 671 061 639

Maquetación / Expansión Creativa • www.expansioncreativa.es
Impresión / Printcolor Multiproyectos Gráficos S.L.
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 páginas. 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:



LA ALIMENTACIÓN EN DÍAS FESTIVOS

La Enfermedad Renal Crónica nos enfrenta al reto de modificar la alimentación

► Rosa M^a Carrero García, Antonio Ochando García
Enfermeros, Unidad Diálisis Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Aparecen nuevos conceptos, en muchas ocasiones desconocidos hasta ese momento, se habla de proteínas, de potasio, de sodio, de fósforo..., y todos esos términos acaban agobiando, hasta preguntarnos, ¿y ahora, qué se puede comer?. En muchas ocasiones, en lugar de profundizar en estos conocimientos y en poner en práctica los mismos, nos quedamos con listados de alimentos prohibidos y permitidos. Se pretenden elaborar los menús diarios a

partir de esos listados, y el principal problema es que al poco tiempo aparece la monotonía, el aburrimiento, el cansancio de comer siempre lo mismo. Parece que se quisiera hacer una dieta 100% perfecta, pero, ¿hacen una dieta 100% perfecta las personas que no tienen una enfermedad renal?. Tampoco se ha de tener la idea de comer de lo que se quiera, sin control, de vez en cuando, porque esta situación puede conllevar complicaciones graves. Es fundamental conocer qué aspectos de la alimentación

en la enfermedad renal crónica son más o menos importantes, y cómo podemos controlarlos. Sólo a partir de este momento podremos iniciar el camino para poder disfrutar de nuestras comidas sin que ello suponga un problema para la salud. La información es un requisito necesario pero no suficiente para el cambio de una actitud o un comportamiento. Se necesitan adquirir nuevos conocimientos, pero también habilidades para llevar a cabo la nueva forma en la que se ha de alimentar y poder aplicarlos a su rutina diaria. Es importante hacer ver a las personas con una enfermedad renal crónica, que su alimentación no es tan diferente a la de una persona sana, y que siguiendo unas adaptaciones culinarias se puede disfrutar de platos apetitosos junto al resto de su familia/amigos/as. Es decir, es importante identificar los alimentos más o menos aconsejados, pero es más importante aún saber cómo se han cocinar esos alimentos. Las complicaciones urgentes, más frecuentes y graves, relacionadas con la alimentación en las personas con una enfermedad renal crónica, suelen ser las derivadas por un elevado consumo de potasio, líquido o sodio.





Y SI LA RUTINA SE ROMPE

La alimentación, además de una necesidad, está unida muy estrechamente a nuestra vida social, es por ello que la comida es demasiado importante como para no disfrutar de la misma

Un aspecto muy importante y que está muy ligado al tema de la alimentación es el de aquellos acontecimientos que hacen que la rutina diaria se rompa. Suceden hechos extraordinarios que nos suponen un nuevo reto a la hora de modificar los hábitos ya creados. Nos referimos a los acontecimientos festivos que irrumpen, de vez en cuando, en nuestra vida cotidiana en forma de celebraciones familiares, fiestas populares, periodos vacacionales, navidades, etc... El objetivo de este artículo, es reflexionar y dar algunos consejos útiles para poder disfrutar de una alimentación adecuada en esos momentos, sin que suponga un

problema para la salud. Es importante enfrentarse a estos acontecimientos con una actitud activa. La atractiva presentación de los platos en los restaurantes, la cantidad sin límite en el bufet del hotel, o la continua presencia de los dulces en navidad, nos pueden invitar a romper nuestros hábitos alimenticios saludables. Cuando decida tomar un alimento de los "poco recomendados", tenga en cuenta el por qué no está recomendado, la cantidad que va tomar del mismo, y cuándo va a tomarlo. Las personas en hemodiálisis tendrán especial cuidado en los periodos de fin de semana, que es cuando están más días sin dializarse.

No se deje llevar por el pensamiento de "un día es un día", ya que una ingesta inadecuada, aunque sea sólo en día, puede poner en peligro su salud.

Organícese y planifique su menú, no de juego a la improvisación. Muchos de los alimentos que aparecen en los listados como "alimentos prohibidos/desaconsejados" por su contenido en potasio o sodio, se pueden tomar si se controla la cantidad de los mismos y se tienen en cuenta algunas recomendaciones a la hora de su preparación.

Para evitar improvisar a última hora, se pueden tener preparados platos que se puedan recalentar o comer fríos.

Cuando coma fuera de casa y no tenga control sobre el sistema de elaboración de los alimentos, en relación a los ingredientes, la forma de elaboración (si es producto congelado, fresco, si se ha hecho remojo previo...), no se quede con la duda y pregunte. Las conservas vegetales, por ejemplo, son una opción siempre que desechemos el caldo, para tomar menos potasio frente a esa misma verdura fresca; además se pueden saltear para aumentar su sabor. Pida que su comida se la preparen sin sal, pida que las salsas y los aderezos los sirvan aparte. Cada vez es más frecuente encontrarnos con personas que tienen que evitar determinados alimentos por alguna enfermedad, alergias o intolerancias, y nadie se extrañará si pregunta. Recomendamos preferentemente platos con elaboraciones simples, como son: salteado, parrilla, plancha... Si va a comer a un

determinado restaurante puede serle de utilidad consultar con anterioridad la carta de menú en su página web. Son muchos los restaurantes que contactando con ellos previamente realizan menús adaptados a diferentes patologías/alergias.

En caso de duda, pregunte sobre los ingredientes o el modo de elaboración

Recuerde que comer fuera de casa supone un mayor riesgo de saltarnos las recomendaciones alimentarias. Si es su caso, lleve consigo la medicación que debe tomar con las comidas. Hay medicación, como por ejemplo los quelantes del fósforo, que tomados más tarde no tendrán el efecto deseado. En fechas señaladas como las del periodo navideño, se pueden elaborar recetas muy gustosas siguiendo las recomendaciones sencillas. Se pueden utilizar ingredientes y especias para aderezar sus comidas, dándoles un toque exótico y diferente que contribuyan a seguir haciendo de esas celebraciones, algo especial.

Tenga a mano documentación/enlaces web, con información útil sobre menús, composición alimentaria, consejos para comer fuera de casa, información sobre

alimentación en diferentes cocinas internacionales. Nunca sabe cuándo la puede necesitar, pero si la tiene localizada le será mucho más fácil todo. Al final de este documento le dejamos algunos enlaces/referencias que creemos pueden ser de su interés.

Nos gustaría resaltar un aspecto que está íntimamente unido a la alimentación, a esa sensación de disfrutar, de bienestar; y más aún en acontecimientos y celebraciones, nos referimos a la actividad física. El ejercicio físico no está reñido con las vacaciones o las fiestas y es uno de los mejores complementos a un buen menú especial. Son varios los estudios que muestran que a mayor actividad física, mayor bienestar. Aproveche y de rienda suelta a su alegría, probablemente el cantar villancicos en Navidad, bailar en las fiestas del pueblo o en la boda de un familiar, hacer una ruta con familia/amigos/as, no va a disminuir los niveles de potasio en sangre, pero si puede aumentar su felicidad. No quisiéramos finalizar este artículo sin dar las gracias a todas aquellas personas que han contribuido a la idea de que alimentarse en la enfermedad renal crónica y disfrutar sean dos términos compatibles.

Gracias a quienes investigan sobre cómo eliminar determinados componentes de los alimentos, a quienes elaboran menús variados y apetitosos, a todas las personas implicadas en diferentes aplicaciones móviles sobre alimentación en esta enfermedad o en el desarrollo de páginas web/plataformas/blogs, y en especial, a aquellas personas que defienden la idea de llevar a cabo talleres prácticos de cocina, pues como dice el filósofo japonés George Ohsawa "La teoría sin práctica es inútil. La práctica sin teoría es peligrosa". Son muchos los centros sanitarios que se están uniendo a la dinámica de hacer talleres prácticos de cocina sobre enfermedad renal, así mismo muchas asociaciones de pacientes los vienen realizando desde hace tiempo. Anímese y consulte sobre los mismos, no se quede con la duda.

En muchas ocasiones, es tras la demanda de esta actividad, cuando empieza a organizarse. Nos gustaría finalizar este artículo con las palabras que solía utilizar Natividad Conde, autora del libro "La alimentación en la enfermedad renal (recetario práctico de cocina para el enfermo renal y su familia)". Ella siempre fue defensora de la importancia de llevar a cabo talleres prácticos de cocina, y así lo hizo colaborando en las Jornadas Nacionales de Enfermos Renales, en los Encuentros de Jóvenes con Enfermedad Renal Crónica, en las Vacaciones Socioeducativas para niños/as con enfermedad renal, así como en la unidad de diálisis donde ella se dializaba, en todas sus presentaciones, su recomendación final era "Quierete, Cuídate, Come".



INMUNOTERAPIA EN CÁNCER RENAL

▶ Natalia Bellido. General Manager / Gerente SOGUG



El tratamiento con inmunoterapia en cáncer renal no es algo nuevo; hace poco más de 10 años para el tratamiento del cáncer renal avanzado tan solo disponíamos básicamente de 2 fármacos de estas características: el interferón-alfa y la interleukina-2. Dichos fármacos tenían una actividad limitada, pero con la interleukina-2 había un pequeño grupo de pacientes que presentaba supervivencias más prolongadas de lo esperado. Aunque bien es cierto que esto se conseguía a expensas de una elevada toxicidad e incluso un porcentaje no de pacientes que fallecía como consecuencia del tratamiento, lo cual, sumado a que no sabíamos qué pacientes iban a ser los beneficiados y a que tenían que ser administrados en unidades especiales, hacía de este tratamiento una terapia de difícil elección.

Aunque bien es cierto que esto se conseguía a expensas de una elevada toxicidad e incluso un porcentaje no de pacientes que fallecía como consecuencia del tratamiento, lo cual, sumado a que no sabíamos qué pacientes iban a ser los beneficiados y a que tenían que ser administrados en unidades especiales, hacía de este tratamiento una terapia de difícil elección. Hace una década, tratamientos denominados inhibidores de tirosínquinasa (TKI), con un mecanismo de acción dirigido a la inhibición de la formación de arterias destinadas a suplir de nutrientes a las células tumorales (angiogénesis), así como inhibidores de una vía de crecimiento

denominada mTOR, sustituyeron a este tipo de fármacos tras demostrar beneficios en cuanto al tiempo a la progresión de la enfermedad. Así, fármacos como sunitinib, sorafenib, pazopanib, everolimus...se implantaron como los tratamientos de elección para la enfermedad avanzada, tanto al inicio de tratamiento como en las situaciones en que dichos fármacos dejaban de actuar. No fue hasta el año 2015, cuando se publicaron en la prestigiosa revista The New England Journal of Medicine los resultados de un estudio en el que se comparaba nivolumab (un nuevo fármaco inmunoterápico) frente a uno de los tratamientos estándar en pacientes que ya habían recibido un tratamiento previo con un TKI,

cuando comenzó la nueva era de la inmunoterapia en cáncer renal. Los resultados de este estudio demostraron un beneficio en la supervivencia favorable a este nuevo fármaco, por lo que empezamos a utilizar este tipo de tratamientos.

¿Cómo funciona este tratamiento?

Normalmente, el sistema inmunitario funciona controlando que las células que han sufrido alguna mutación y que podrían convertirse en tumorales no crezcan y sean eliminadas. El sistema consiste en que se detecta esa célula alterada por una célula (que se llama presentadora de antígenos, son las células dendríticas) y estas células dendríticas las presentan, en los



combinándolos con otro tipo de fármacos. Es el caso de la combinación de 2 fármacos inmunotérrápicos, como son nivolumab e ipilimumab, que fueron estudiados como primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer renal metastásico y comparados frente a uno de los considerados tratamientos estándar, el sunitinib. En este caso se estudiaron en pacientes de mal pronóstico y de pronóstico intermedio, y el tratamiento en combinación demostró un beneficio en supervivencia.

De este estudio se han presentado recientemente los resultados de un sub-análisis que son interesantes: se analizó la evolución de los pacientes a los que se les tuvo que suspender el tratamiento por toxicidad, y se encontró que los pacientes que recibieron inmunoterapia estaban más tiempo sin necesidad de recibir otro tratamiento, y, lo que es relevante, un porcentaje significativo de ellos no lo necesitaba a largo plazo, lo que quiere decir que, probablemente, estamos curando a un porcentaje de pacientes con este tipo de combinaciones.

También se han estudiado combinaciones con otros fármacos, siempre comparándolos con sunitinib. Uno de los estudios estudió la eficacia de atezolizumab con un fármaco que inhibe la formación de nuevos vasos, bevacizumab. Aunque el estudio no es claramente positivo, hay que esperar todavía resultados con mayor tiempo de evolución. Lo mismo ocurre con la combinación de avelumab con un TKI, axitinib; los resultados aún no son positivos, pero hay que esperar a resultados con más tiempo de seguimiento.

ganglios, a las células T, que posteriormente son liberadas al torrente sanguíneo para que actúen contra el elemento extraño. Este sistema está regulado por una serie de factores, entre ellos algunos supresores, que se encargan de que nuestros propios órganos no sean atacados por el sistema inmune. Uno de estos mecanismos es la interacción de PD-1 con PD-L1 (otro es CTLA-4), que lo que hace es suprimir la inmunidad para evitar que esto ocurra

Pues bien; las células tumorales pueden utilizar estos controles de manera que el sistema no las ataque, y, por tanto, las células podrían crecer sin ser controladas. Es como si se escondiesen a nuestra vigilancia inmune. Si con-

seguimos bloquear esta interacción permitiríamos que el sistema inmunitario reconozca las células tumorales y pueda actuar contra ellas. Esto es lo que hacen este tipo de fármacos: facilitar que nuestro propio sistema inmune actúa contra el tumor al bloquear la interacción entre PD-1 y PD-L1. No solo nivolumab ha demostrado actividad inhibiendo este sistema, si no que hay otros fármacos que han demostrado también actividad en cáncer renal, como pembrolizumab, atezolizumab, avelumab o ipilimumab. Como siempre se hace en oncología, los fármacos que actúan en situaciones más avanzadas pasan a ser estudiados en contextos de enfermedad más inicial. Además en ocasiones se puede hacer



En febrero de 2019 se han presentado los resultados de otro estudio, que en este caso compara la combinación de axitinib y pembrolizumab frente a sunitinib. En este caso, la combinación ya ha demostrado un beneficio en supervivencia para todos los pacientes, aumentando la posibilidad de supervivencia a largo plazo.

¿SON ESTOS LOS FÁRMACOS MEJOR TOLERADOS?

Generalmente son fármacos que se toleran mejor que los fármacos convencionales, pero que tienen toxicidades peculiares y que pueden llegar a ser graves. Los efectos adversos que presentan, en ocasiones son parecidos a los que se pueden producir en un tipo de enfermedades llamadas autoinmunes, es decir, en las que nuestro propio sistema inmune "nos ataca". Así, pueden aparecer diarrea, alteraciones hormonales, toxicidad pulmonar...por lo que tenemos que estar vigilantes y anticiparnos y tratarlas antes de que sean importantes.

EL FUTURO MÁS INMEDIATO

El futuro más inmediato pasa por otros estudios con combinaciones diferentes de este tipo de fármacos, así como de nuevos agentes inmunitarios. Y también pasa por descubrir en qué pacientes va a funcionar este tratamiento, de tal forma que evitemos el tratamiento en personas a las que sabemos que no les va a funcionar. Otra estrategia que se está estudiando consiste en adelantar el tratamiento a etapas más precoces: administrar el tratamiento tras la cirugía, con la intención de reducir el número de recaídas, y así incrementar el número de pacientes que pueden ser curados.

EL ACCESO VASCULAR EN ESPAÑA

¿lo podemos hacer mejor?, Entre tod@s, podemos

▶ Ramón Roca-Tey MD, PhD
Presidente del Grupo Español Multidisciplinario del Acceso Vascular, GEMAV.

Es de todos sabido que, sin un acceso vascular, es imposible efectuar el tratamiento de hemodiálisis. A pesar de ser un tópico bastante reproducido, no se puede resumir mejor: el acceso vascular en el “nexo con la vida” para la persona con enfermedad renal que necesita tratarse con hemodiálisis.

La mayoría de personas que siguen un programa de hemodiálisis en España utilizan una fístula arteriovenosa (nativa o bien protésica) o un catéter venoso central. Por presentar una mayor duración y menor frecuencia de complicaciones, se considera que la fístula nativa es el mejor acceso vascular existente. Aunque en ocasiones no hay más remedio que utilizarlo, el catéter se asocia a un mayor riesgo de infección. Está claro que, cuanto mayor sea la tasa de catéteres en una unidad de diálisis, mucho mayor será el riesgo de que aparezca la infección y la bacteriemia relacionada con el catéter.

Ya hace casi 10 años, efectuó una revisión de la situación del acceso vascular en España donde se presentaban los problemas existentes y se enumeraban 14

puntos de mejora. Los años han ido pasando pero muchos de los problemas detectados por aquel entonces siguen estando presentes e incluso han empeorado. Y el principal damnificado es, sin duda, la persona con enfermedad renal. Por ejemplo, según datos del Registro catalán, el porcentaje de personas con enfermedad renal que iniciaron hemodiálisis mediante fístula nativa en Catalunya disminuyó del 46,2% el 2010 al 39,6 el 2017. A continuación, me gustaría insistir sobre algunos puntos en concreto:

La consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Es muy importante disponer de una consulta ERCA estructurada en todos los Servicios de Nefrología. Sin duda, es uno de

los secretos para reducir la excesiva tasa de catéteres existente. Las personas que han escogido la hemodiálisis como tratamiento sustitutivo renal y tienen un seguimiento mínimo de 6 meses en la consulta ERCA, probablemente podrán efectuar la primera sesión de hemodiálisis a través de una fístula nativa madura.

Valoración cardiológica. Se ha visto que la realización de una fístula puede perjudicar el corazón de algunas personas con enfermedad renal. Por este motivo, antes de decidir el acceso vascular idóneo para cada caso, es conveniente efectuar una valoración cardiológica con ecocardiograma incluido. Por ejemplo, no hay que realizar una fístula de codo a una persona con una





enfermedad severa del corazón ya que su realización podría empeorar el problema cardíaco; para esta persona en concreto, la colocación de un catéter sería la mejor opción para iniciar hemodiálisis. Individualización del mejor acceso vascular.

El enfoque de “la fístula primero”, ha quedado atrás para dar paso al enfoque actual de “la persona primero” seleccionando el mejor acceso vascular caso por caso. Por ejemplo, no tiene mucho sentido realizar una fístula a una persona que se va a trasplantar a corto plazo. Por tanto, hay que seleccionar el mejor acceso vascular para la persona adecuada en el momento preciso.

La cirugía del acceso vascular. Contar con un cirujano experimentado y comprometido con el acceso vascular es uno de los factores más importantes (si no el que más) para aumentar la probabilidad de que una fístula nativa funcione, que madure adecuadamente y que tenga una supervivencia prolongada.

El equipo multidisciplinar. Es muy importante disponer de un equipo de varios profesionales a cargo del acceso vascular en cada Hospital. Este equipo debe de estar integrado, como mínimo, por un/a nefrólogo/a, un/a cirujano/a vascular, un/a radiólogo/a intervencionista, un/a enfermero/a de hemodiálisis y, por supuesto, la persona con enfermedad renal. Esta persona debe formar parte activa del equipo. Por ejemplo, es muy importante que cada persona portadora de una fístula, efectúe a diario la autoexploración física de la misma.

Los programas de seguimiento de la fístula. Todos sabemos lo difícil que es tener una fístula madura para efectuar la primera sesión de hemodiálisis. Pero, una vez conseguido este objetivo, esta fístula debe tener un seguimiento para evitar su complicación más frecuente, es decir, la trombosis. Los programas de seguimiento deben asociar uno o varios métodos de cribado para la detección precoz de la estenosis y su intervención correctiva antes que aparezca la trombosis. Por ejemplo, es muy importante que la enfermera/o, justo antes de pinchar en cada sesión

de diálisis, dedique un minuto de tiempo como mínimo a efectuar la exploración física de la fístula.

Primeras punciones de la fístula. Hay que insistir en que las primeras punciones de cualquier fístula (aunque aparentemente parezca fácil de pinchar) deben ser efectuadas por un enfermero/a experimentado/a y bajo control ecográfico.

Técnica de punción en área. Desafortunadamente, es el método de punción más utilizado en detrimento de las técnicas escalonada y en ojal. En este sentido, la exploración de la fístula mediante ecografía permite en ocasiones poner de manifiesto otros segmentos de la vena no conocidos y transformar la técnica de punción en área en escalonada.

Factor centro. Existen agravios comparativos entre Unidades de hemodiálisis que pueden repercutir en la calidad asistencial de la persona con enfermedad renal. Por ejemplo, disponibilidad (o no) del ecógrafo dentro de la Unidad de diálisis o posibilidad (o no) de aplicar la técnica de punción en ojal.

Salida accidental de las agujas. Puede ser una complicación grave ya que, ocasiones, no se activa la alarma de la máquina de diálisis y la pérdida de sangre puede ser importante. Por ello, es básico que siempre exista contacto visual directo entre el sillón o cama de la persona y el control de enfermería. Desafortunadamente, el diseño defectuoso de algunas Unidades de diálisis impide este contacto y, por tanto, puede ser difícil detectar precozmente esta complicación.

Código fístula. La trombosis de una fístula nativa o protésica, no debería ser sinónimo de la implantación de un catéter. De forma similar a procesos agudos graves responsables de activar el “Código ictus” o el “Código infarto”, el actual Presidente de ALCER, Sr. Daniel Gallego, propuso introducir el concepto de “Código fístula” en su ponencia efectuada en el Congreso de la Sociedad Española de Nefrología del año pasado. Es decir, debería intentarse siempre el rescate urgente de la fístula trombosada para evitar la implantación de un catéter y conseguir que se efectúe la siguiente sesión de diálisis mediante la fístula rescatada.

Informar y educar a la persona con enfermedad renal. La información y la educación tienen que hacerse pronto, ya desde la consulta de ERCA y seguir durante todo el

tiempo en el que sigue programa de diálisis. Es importante contrarrestar las leyendas urbanas que se difunden en muchos vestuarios de las Unidades de diálisis. En este sentido, el Grupo Español Multidisciplinario del Acceso Vascular (GEMAV) está elaborando el “Manual del acceso vascular para personas con enfermedad renal”, que puede ser de una ayuda inestimable.

Las autoridades sanitarias. Hace casi 2 años vio la luz la “Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis” que ha sido elaborada por el GEMAV y ha significado un hito en el ámbito del acceso vascular hasta el punto que esta Guía ha sido el trabajo más citado en la Revista Nefrología durante los años 2016-2018. Las autoridades sanitarias, tendrían que ser los responsables de implementar las recomendacio-

nes de esta Guía Clínica en su región sanitaria correspondiente. Además, tendrían que buscar los recursos humanos y materiales necesarios para cumplir con los objetivos de los indicadores de calidad contenidos en esta Guía.

Sí, sí, soy consciente que son varios los problemas que afectan al acceso vascular de la persona con enfermedad renal en España y que muchos de ellos no tienen solución a corto plazo. Sin embargo, hasta ahora hemos podido sortear muchos de los obstáculos existentes mediante el denominado “factor humano”. Es decir, los profesionales a cargo del acceso vascular de la persona con enfermedad renal en España son, sin ninguna duda, excelentes y su trabajo y dedicación constantes han permitido contrarrestar todos los inconvenientes.



- 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)



Tus vacaciones en Benidorm, con la máxima atención a tu salud en Hospital Clínica Benidorm

ENTREVISTA A SORAYA MARTÍN

GESTORA DE SERVICIOS. DISCLEAN



► Sara Muñoz y Mar Calatayud. SIE. Federación Nacional ALCER

1. ¿Cuál son tus funciones como gestora de servicios/ psicóloga en Disclean?

Mis funciones en Disclean por un lado como gestora de servicios es hacer que todos nuestros clientes estén satisfechos con el trato que desde Disclean se les da, hacer que los servicios contratados se ejecuten de la forma correcta y que nuestros/as trabajadores/as cumplan con los requisitos que nos pide en cliente. Como psicóloga del CEE, la parte más importante de mi trabajo es hacer que los/as trabajadores/as den lo mejor de ellos/as en los distintos clientes que tenemos, potenciar al máximo sus capacidades y ayudarles a mejorar. Crear un clima de confianza, donde se sientan libres de poder hablar sobre lo que les pueda preocupar, a nivel personal, laboral, etc sin ser juzgados/as, guiarles en ese proceso de mejora de sus capacidades.

2. ¿En qué sector se marca la actividad de Disclean?

El sector que enmarca a Disclean, es sobre todo el sector servicios, actualmente nuestras líneas de trabajo son limpieza,

jardinería y servicios auxiliares (conserjería, recepción, logística) entre otros. Dentro de este catálogo de servicios, ofrecemos siempre la máxima profesionalidad y calidad de los servicios prestados, además de contar con un equipo de técnicos/as que realizan un estudio personalizado para ajustarnos a las necesidades del cliente.

3. ¿Qué perfiles son los más buscados en vuestro centro?

Los perfiles más buscados son sobre todo limpieza y servicios auxiliares, tanto para oficinas, hospitales, centros de distribución y elaboración agroalimentaria.

4. ¿Qué procedimiento utilizas para la criba curricular?

Nosotros/as actualmente contamos con colaboraciones con distintas entidades y fundaciones como es vuestro caso y la verdad que nos facilitáis bastante esa primera criba. También utilizamos portales de empleo tanto gratuitos como de pago, en este caso la criba es más complicada ya que a las ofertas de empleo se inscriben muchos/as candidatos/as.

El filtrado lo realizamos en una primera fase sobre la información que nos pone en el curriculum, empresas donde han trabajado, qué experiencia tienen en el sector de la demanda que tengamos que satisfacer y del perfil que busquemos en ese momento, con lo que nos podemos centrar más en la experiencia o más en la formación. Intentamos en la medida de lo posible, ponernos en contacto con todas las personas que se inscriben en las ofertas, partimos de la base que los perfiles con los que trabajamos pueden tener dificultades a la hora de utilizar las herramientas informáticas, en varios casos nos hemos encontrado que el candidato/a rellena el perfil pero no puede adjuntar un CV, porque no sabe cómo hacerlo.

5. ¿En qué consiste y cómo se desarrolla la entrevista de selección en Disclean?

El punto de partida es que no queremos realizar una entrevista de selección como tal, lo primero que le decimos a los/as candidatos/as que vienen a una entrevista que queremos conocerles, que nos cuenten que han hecho,

en qué han trabajado, que funciones han realizado. De esta manera no se sienten tan intimidados, suelen ser conversaciones muy cercanas, en la mayoría de los casos dejamos que ellos/as nos cuenten. Cuando creas ese clima relajado, sueles obtener más información que si haces preguntas cerradas enfocadas solo a su experiencia o su discapacidad. Lo primero que hacemos es siempre una primera toma de contacto telefónica, donde les recordamos la oferta en la que se han inscrito, cuales son las condiciones de trabajo, les damos detalles del centro donde se incorporarían, que tipo de trabajo se desarrolla, para centrar al candidato/a en nuestra oferta. Les preguntamos por su discapacidad, en que consiste, que pueden hacer o que tareas les resultaría más difícil realizar.

El sector que enmarca a Disclean, es sobre todo el sector servicios, actualmente nuestras líneas de trabajo son limpieza, jardinería y servicios auxiliares

6. En tu opinión, ¿Cuáles son las mayores dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad a la hora de enfrentarse a una entrevista?

Las mayores dificultades a las que se enfrentan es al trato que reciben en las entrevistas por parte en algunos casos, de los/as entrevistadores/as. Está claro que en una entrevista tienes que preguntar por la discapacidad, para ver si esa persona se va a poder adaptar al puesto de trabajo, que dificultades puede encontrarse, que el hecho de incorporarse a un puesto de trabajo le pueda ocasionar un perjuicio para su salud, pero siempre desde el respeto. Sin juzgar ni su discapacidad, ni a él/ella como persona.

7. En tu opinión, ¿Cuáles crees que son los errores más comunes que cometen las personas con discapacidad a la hora de enfrentarse a una entrevista?

Al final en un proceso de selección te tienes que vender, tienes que hacer ver a la persona que tienes delante que eres su candidato/a ideal y que te tiene que contratar. En definitiva el error que más cometen es no prepararse la entrevista. Hay que ir con toda la documentación que te piden en una carpeta/sobre, preocuparte por ir vestido/a adecuadamente, ir aseado/a. Mirar previamente donde está situada la oficina donde tienes que ir a la entrevista, cuanto tardas en llegar, que transporte tienes que coger, para no llegar tarde. En relación a tu experiencia, ir con un discurso "preparado", esto les puede dar más tranquilidad a la hora de afrontar una entrevista, donde han trabajado, que funciones han realizado, me he encontrado que te cogen el CV de la mesa y te dicen: "ah espera que no me acuerdo".. y se ponen a leerlo, o te dicen pues lo que pone ahí...

8. ¿A qué dificultades te has encontrado tú, a la hora de entrevistar a una persona con discapacidad?

Sobre todo cuando abordas el tema de la discapacidad y normalmente en personas con discapacidad psíquica, sobre todo con trastornos mentales, les cuesta decirte su discapacidad, en parte por el miedo a que no les contrates, todavía hay mucha estigmatización de los trastornos mentales.

9. ¿Realizáis seguimiento in situ una vez realizada la contratación?

Por supuesto, intentamos en la medida de lo posible que cuando un nuevo/a trabajador/a se incorpora, a uno de los centros en los que trabajamos, vaya acompañado/a del encargado/a del centro, o si no es posible que se incorpore un día antes para que esté con un compañero/a toda la jornada laboral.



De esta manera, se siente más acogido en su primer día, a todos nos pasa, tengamos o no discapacidad, el primer día de trabajo es duro, pero si vas de la mano de alguien la jornada se hace más llevadera.

En uno de nuestros centros más grandes donde contamos con personal de apoyo in situ, se realizan seguimientos mensuales de todos los/as trabajadores/as, donde valoramos distintos aspectos, como son las actitudes ante el trabajo, ante los/as compañeros/as, si tiene dificultades para aceptar las órdenes, para interiorizar procedimientos, etc.

De esta manera vamos elaborando un perfil del trabajador/a donde vemos aspectos en los que puede mejorar para que su adaptación al puesto sea la mejor posible. Además de este personal de apoyo que son los que más tiempo pasan con los trabajadores, me encargo de realizar visitas a los trabajadores en el puesto de trabajo.

10. ¿Intermediais entre empresa y empleada/o si surge algún problema entre ambos?

Siempre, uno de los pilares de Disclean para con los/as clientes es el trato personalizado, tenemos un trato directo con el/la cliente. Eso nos facilita tener la confianza para hacerles ver en algunos casos, las dificultades que pueden encontrarse las personas con discapacidad al realizar un determinado trabajo, hasta donde se les puede exigir o no, las reacciones que pueden tener ante un comentario o una llamada de atención, etc. También es cierto que ha habido momentos que no ha sido posible la mediación y se han tenido que tomar otras medidas.

11. ¿Cómo resolvéis los conflictos o problemas que puedan surgir con vuestras/os trabajadoras/es? ¿Tenéis servicio de apoyo?

Normalmente siempre consideramos las dos versiones de una misma situación, hablamos con las personas implicadas en el conflicto, por separado o en

conjunto y vemos que solución podemos darle entre todos, llegar a una solución que satisfaga a todas las partes. Sobre todo vamos al por qué se ha dado ese conflicto, realmente de donde viene, si es por temas laborales o más personales.

Si son problemas relacionados en un momento puntual en el trabajo, se resuelven sobre la marcha como te decía antes con el personal de apoyo que tenemos en los centros. Si es algo que requiere más atención, solemos citarles en la oficina para que nos cuenten que ha ocurrido, en ocasiones hemos tenido que llegar a amonestar a algún trabajador/a, porque hemos considerado que lo ocurrido era suficientemente grave. Utilizo mucho el sentido del humor, al final muchos de los conflictos que aparecen son por estrés, cansancio. Al final quitarle un poco de hierro a las cosas, nos hace verlo desde otro prisma.

12. Por último, ¿querría enviar algún mensaje a todas esas personas que se encuentran en búsqueda activa de empleo y que tienen como discapacidad la Enfermedad Renal Crónica?

Les diría que siguieran adelante con esa búsqueda, la constancia es un valor importante, que van a ser grandes profesionales y que seguro hay un hueco para ellos/as. Si han o están superando una enfermedad, con todo lo que ello conlleva, son capaces de hacer lo que se propongan.



ALCER PRESENTE EN LA CENA DE GALA QUE CADA AÑO OFRECEN LOS REYES DE ESPAÑA EN PALMA DE MALLORCA

Daniel Gallego presidente de Federación Nacional ALCER acudió a la cena de gala que SM Reyes de España ofrecen cada año a representantes de la sociedad durante su periodo estival en Baleares. Gallego asistió en representación del colectivo de personas con enfermedad renal. Los Reyes Felipe y Letizia acompañados por La Reina Emérita Sofía presidieron la recepción que desde hace seis años ofrecen en el palacio de La Almudaina a los principales representantes de la sociedad civil. Por el patio del palacio real han pasado más de 600 personas en la que ha sido la recepción más multitudinaria presidida por Los Reyes en Mallorca.

LA REINA DÑA LETIZIA ENTREGA LOS PREMIOS «REINA LETIZIA 2018» EN ALMAGRO

La Reina entregó en Almagro (Ciudad Real) los premios «Reina Letizia 2018» que convocó el Real Patronato sobre Discapacidad en colaboración con la Fundación ONCE, un acto al que asistió el presidente de Castilla-La Mancha, Emiliano García-Page. La entrega de estos galardones, cuya finalidad es fomentar la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la rehabilitación y la prevención de discapacidades, se llevó a cabo en el Corral de Comedias de Almagro, en el marco de la XLII edición del Festival Internacional de Teatro Clásico. Daniel Gallego, Presidente de la Federación Nacional ALCER acudió en calidad de invitado.





EJERCICIO FÍSICO

ALGO MÁS QUE QUEMAR CALORÍAS

El ejercicio físico está altamente recomendado porque previene muchas enfermedades y mejora la calidad de vida de todas las personas que lo practican de manera regular y controlada.

En algunas enfermedades pulmonares, cardíacas o neurológicas, la rehabilitación con ejercicio físico está altamente implementada. Sin embargo, en las personas con enfermedad renal crónica (ERC), todavía no se prescribe de forma rutinaria, a pesar de los múltiples estudios que demuestran su elevado beneficio tanto a nivel psicológico y físico, como en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Las guías KDOQI, recomiendan realizar ejercicio físico adaptado a todas aquellas

personas que padecen enfermedad renal independientemente de la fase de enfermedad en la que se encuentren.

Medidas funcionales para poder empezar hacer ejercicio.

Antes de empezar cualquier programa de ejercicio físico es importante realizar una evaluación inicial de la capacidad funcional de los pacientes para poder adaptar el tipo de ejercicio o programa a cada persona y, a partir de ahí, observar su evolución. En la literatura específica encontra-

mos todo tipo de pruebas, desde pruebas de esfuerzo completas, pero costosas económicamente, hasta pruebas muy eficaces y sin apenas necesidad de material. Sin embargo, lo importante es elegir las que más se adapten a nuestro entorno y que se realicen con el máximo rigor.

Según un estudio que hemos publicado recientemente no es necesario que estas pruebas funcionales las realice la misma persona, siempre y cuando se sigan los mismos protocolos y con la máxima validez.



► Anna Junqué. Servicio de nefrología del Consorci Sanitari de Terrassa.

Antes de empezar cualquier programa de ejercicio físico es importante realizar una evaluación inicial de la capacidad funcional de los pacientes

Medidas funcionales para poder empezar hacer ejercicio

A continuación, mencionaremos algunas de las pruebas básicas, de fácil realización y fiables.

-El test conocido como "Short Physical Performance Battery" (SPPB). Engloba tres pruebas:

1.- De equilibrio: con los pies juntos, en posición de semi-tándem y en tándem, se valora si la persona puede mantener cada una de estas posiciones hasta un máximo de diez segundos, la valoración del equilibrio va de 0 a 4 puntos.

2.- De velocidad de la marcha en 4 metros a velocidad habitual; se realizan dos intentos cronometrados y se registra el mejor de ellos, de forma que según los segundos empleados se asigna una puntuación de 1 a 4.

3.- Prueba "STS-5", que consiste en medir el tiempo empleado en levantarse y sentarse de la silla cinco veces; el tiempo se detiene cuando la persona alcanza la posición de pie en la 5ª repetición y según el tiempo empleado se asigna una puntuación de 0 a 4 puntos.

Finalmente, se suman todos los puntos y tenemos un resultado que va de 1 a 12 puntos. Una puntuación de 0 a 3 indica que la persona tiene limitaciones severas; de 4 a 6, moderadas; de 7 a 9, leves; y de 10 a 12, mínimas o sin limitación.



- La prueba "Timed Up and Go" (TUG). Desde una silla de altura estándar con apoyabrazos, la persona se levanta, anda 3 metros y vuelve a la posición inicial. Se registra el tiempo y el grado de dificultad según la escala de esfuerzo percibido (EEP).

- Las pruebas "STS-10" y "STS-60"

La primera consiste en medir los segundos que necesita la persona para, desde una posición de sentado, levantarse y volver a sentarse diez veces consecutivas. La prueba se realiza en una silla sin apoyabrazos de unos 44,5 cm de altura, 38 cm de profundidad apoyada en la pared para minimizar el riesgo de caída. Se permite a la persona un intento, indicándole que los brazos deben permanecer cruzados frente al pecho. Tras realizar las diez repeticiones se registra el tiempo empleado. El STS60 consiste en realizar el máximo número

metro digital en el brazo sin fístula. A continuación, se le indica al paciente que, durante seis minutos recorra la máxima distancia a un ritmo activo. La ordenada es la siguiente: 'camine la mayor distancia posible en un tiempo de seis minutos'. Se permite realizar la prueba con ayudas para la deambulación o parar y reiniciar la marcha en caso de necesitar un descanso. Se estandariza la información sobre el tiempo transcurrido, la forma y los momentos en que se anima a la persona de acuerdo con el procedimiento. Inmediatamente después de la prueba, se debe tomar el pulso y la tensión arterial. Se registra la distancia recorrida en metros y se pide a la persona que describa EEP.

- Finalmente, también se puede registrar la fuerza muscular mediante la prueba de dinamometría de mano (Dinamómetro

repeticiones consecutivas con un descanso de quince segundos entre ellas, en cada uno de los miembros superiores, comenzando por el brazo dominante; finalmente, se registra el valor de fuerza máxima.

Mensajes clave

- Antes de empezar cualquier programa de ejercicio físico deben medirse una serie de pruebas funcionales.

- Estas pruebas funcionales pueden evaluarse mediante varias pruebas simples que no requieren ningún dispositivo especial.

- Las pruebas que evalúan la capacidad funcional deben implementarse en la práctica clínica habitual de las personas con enfermedad renal.

Implementación de la actividad física en pacientes de no diálisis.

El programa de ejercicios debe adaptarse a la capacidad funcional y las comorbilidades de cada persona. Debido a que existen numerosas barreras para la realización de estos programas, un buen equipo multidisciplinar y coordinado es el principal punto de partida para el éxito.

de repeticiones de levantarse y volver a sentarse en la silla en un tiempo de sesenta segundos. Tras ese tiempo se anotan las repeticiones.

- La prueba "The six minutes walking test" (6MWT)

La persona debe ir con zapatillas cómodas. En el momento previo a la realización de la prueba, y tras permanecer sentado cinco minutos, se registra la frecuencia cardiaca basal y la tensión arterial mediante un esfigmomanómetro

(JAMAR), ya que hay estudios en personas en diálisis que correlacionan la fuerza de prensión de la mano con su estado de salud y es una prueba muy sencilla. Las personas se sitúan sentados en una silla, con los pies apoyados en el suelo y las rodillas flexionadas 90°. El hombro del brazo que está registrando permanece en rotación neutra, codo en flexión de 90° apoyado en la mesa, muñeca y antebrazo semipronados (0-30°) y una desviación cubital entre 0 y 15°. Se realizan 3

Las personas con enfermedad renal son clínicamente diferentes dependiendo de la etapa de la enfermedad en la que se encuentran y, por lo tanto, la evaluación de la capacidad física y el estado deberían realizarse siempre para una correcta prescripción del ejercicio físico. De acuerdo con las pautas de KDOQI, las personas con ERC deben realizarse al menos treinta minutos de actividad física de intensidad moderada / baja de cuatro a cinco veces por semana.

Implementación de la actividad física en pacientes en diálisis.

En diálisis peritoneal (DP), los pacientes que realizan ejercicio pueden mejorar el control de la dislipidemia, el metabolismo de la glucosa y el exceso de peso. Sin embargo, se deben evitar las actividades que aumentan la presión intraabdominal.

En pacientes en hemodiálisis (HD) estable, se pueden proponer diferentes programas, como programas de ejercicio domiciliario, entrenamiento con ejercicio supervisado, gimnasio en el hospital y actividad de ejercicio durante la sesión de hemodiálisis.

Los programas de ejercicio domiciliario, útiles tanto en personas en DP como en HD pueden, por una parte, servir de motivación a la persona para que aumente el tiempo y la intensidad de las actividades habituales de la vida diaria, como por ejemplo, caminar, utilizando los podómetros. También podemos proponer programas de fuerza, estos son más estructurados, consisten en sesiones de entrenamiento, dos/tres veces por semana, donde las personas seguirán unas pautas de ejercicio que serán controladas por la persona de referencia del hospital. Estas sesiones domiciliarias deben realizarse los días de no diálisis para la modalidad de HD (15).

Por otra parte, también podemos encontrar la modalidad de ejercicio físico intradiálisis para los pacientes en HD. Actualmente es la modalidad que se está aplicando más a nivel nacional. Normalmente son ejercicios de baja intensidad donde se trabajan la

coordinación, la fuerza y resistencia. El material más utilizado en estos programas son pelotas medicinales, gomas, mancuernas, pesas lastradas y cicloergómetros. Estas sesiones de ejercicio deben estar supervisadas y guiadas por profesionales formados; lo más efectivo es un fisioterapeuta, ya que muchas veces nos encontramos que el personal de diálisis observa el programa de ejercicio como un factor que altera sus competencias y cargas de trabajo; sin embargo, algunos programas funcionan actualmente con éxito con la participación una enfermera experta y formada.

Definiríamos tres elementos claves en los programas de ejercicio físico:

- Participación de profesionales del ejercicio.
- Compromiso real de los nefrólogos y de la institución en la promoción de los programas.
- Un programa físico adaptado a cada persona.

Mensajes clave

- La promoción y el asesoramiento sobre el ejercicio físico, así como la implementación del programa de ejercicios, deben formar parte de la atención clínica a estas personas.
- Se debe motivar a la mayoría de las personas con enfermedad renal en el progreso de sus actividades cotidianas, como caminar, bailar, etc.
- Un programa de ejercicio debe incluir, tanto actividades de fuerza, como de resistencia y aeróbicas, con duración e inten-

sidad ajustadas para cada persona, junto con ejercicios de flexibilidad, movilidad y estiramientos.

- Los programas de ejercicio deben adaptarse a las comorbilidades de cada persona y estos deben ser controlados y supervisados por profesionales formados y expertos.

Conclusiones

Las personas con enfermedad renal suelen ser inactivas y a menudo tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria y tienen una disminución de su calidad de vida relacionada con la salud si se comparan con personas sanas.

También es conocido que el sedentarismo es un riesgo de morbilidad y mortalidad en personas con enfermedad renal. Actualmente, la promoción de la actividad física entre este colectivo debe formar parte íntegra del tratamiento y se deben conocer los beneficios positivos que conlleva un ejercicio regular. Beneficia a los pacientes tanto a nivel físico como psicológico, aumenta la fuerza, la capacidad aeróbica y la calidad de vida relacionada con la salud.

El programa de ejercicios debe adaptarse a la capacidad funcional y las comorbilidades de cada persona. Debido a que existen numerosas barreras para la realización de estos programas, un buen equipo multidisciplinar y coordinado es el principal punto de partida para el éxito.

Finalmente, insistimos en la promoción del hábito del ejercicio, ya que conducirá a la consecución de una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Mario Picazo

Presentador



“LA POSIBILIDAD DE SALVAR VIDAS ESTÁ EN NUESTRAS MANOS, Y CREO QUE NO HAY MEJOR SENSACIÓN QUE LA DE PODER CONTRIBUIR A ESA CAUSA A TRAVÉS DE LA DONACIÓN DE ORGANOS”

▶ Roberto Ortiz Lora

Entre 1995 y 2014 he formado parte del equipo de Meteorología de Telecinco. También trabaja como profesor de meteorología y cambio climático en la Universidad norteamericana de Madrid.

1. ¿Cuáles son las principales diferencias entre las costumbres de Norteamérica y de España?

Diferencias sobre todo culturales. Aunque en Estados Unidos hay una gran variedad de culturas, y algunas se parecen más a la española, las de origen anglosajón más características del país tienen una gastronomía diferente, gustos musicales distintos y una visión de la vida también diferente. Por otra parte en Estados Unidos se vive más la vida profesional casi que la personal, es una vida menos familiar en muchos casos, la gente se reparte más por este gran país.

2. De todos los sitios del mundo en los que ha estado ¿Cuál es el que más le ha impresionado?

Namibia por sus paisajes, naturaleza, gentes y tranquilidad.

3. ¿Se considera usted aventurero?

Si me considero aventurero, bastante aventurero

4. ¿Qué opinión tiene usted del cambio climático?

El natural empezó cuando se formó la tierra pero el antropogénico se ha acelerado de manera alarmante este siglo y a pesar de los esfuerzos de un buen número de países del mundo, cada vez parece más complicado desacelerarlo.

5. ¿Cómo surgió la posibilidad de trabajar como presentador del tiempo?

En verano de 1996 Telecinco buscaba presentador de el tiempo pero con la condición de que fuera meteorólogo. Nunca lo había probado, pero me encantaba comunicar. Me presente al casting y vuala!

6. ¿Dónde se siente mejor como docente en el aula o delante de las cámaras?

Las dos facetas me encantan. En la primera puedo hablar de lo mío, de la meteorología y del cambio climá-

tico con mis estudiantes y debatir, interaccionar. Ante las cámaras me encanta la divulgación pero es más impersonal al no poder tener respuesta inmediata, aunque hoy puedes hablar vía redes sociales con tus seguidores.

7. ¿Qué formato televisivo le gustaría protagonizar en el futuro?

Me encantaría poder dar continuidad al proyecto que arrancamos en TVE sobre Climas Extremos y que no pudimos acabar. Sería cuestión de adaptarlo a los tiempos que corren y vincularlo más a cambio climático. Podría ser también otro formato relacionado con viajes o aventura y ciencia.

En España la dieta es más saludable que en Estados Unidos, además andamos más y tenemos unos hábitos de vida más saludables



ESPAÑA, POTENCIA MUNDIAL EN DONACIÓN DE ÓRGANOS

• Como viajero del mundo siempre he presumido de esa faceta de nuestro país. Me parece fundamental y estoy orgulloso de que los españoles seamos los que más ayudamos en ese aspecto.

8. ¿En qué actos solidarios suele colaborar de forma habitual?

En todos los que puedo cuando tengo tiempo. Especialmente en aquellos vinculados a obras sociales o medio ambientales. Desde colaborar en un comedor para gente sin techo, hasta limpiar una playa contaminada o enseñar a los que no tienen medios educativos.

9. ¿Conoce la enfermedad renal?

La conozco si y he conocido a gente que lo ha pasado muy mal con ella.

11. ¿Qué opinión le merece la donación de órganos?

Es la salvación para muchos pacientes que viven con enfermedades crónicas

de uno o más órganos. La posibilidad de salvar vidas está en nuestras manos, y creo que no hay mejor sensación que la de poder contribuir a esa causa a través de la donación de órganos, ya sea en vida o tras haber fallecido.

13. En materia de hábitos de vida saludable, ¿Cuáles son las diferencias que se ha encontrado en España respecto a Estados Unidos?

Principalmente las relacionadas con la alimentación y el modo de vida. En España la dieta es en general más saludable y andamos más. Además disfrutamos más la vida, y eso a la larga es la mejor medicina que puedes darle al cuerpo, la medicina mental.

Uno de los aspectos más importantes para la salud y al que no le damos toda la importancia necesaria, es evitar el estrés en todos los aspectos

Hábitos de vida saludable



Cada vez controlo más lo que como, aunque es cierto que como de todo, pero he limitado mucho mi dieta y evito aquellos alimentos más perjudiciales para la salud con más frecuencia. A la par está el ejercicio, por lo menos lo practico 5 veces por semana.

Mi nombre es María José Fernández y tengo 42 años. Nací en la ciudad de Linares (Jaén) donde actualmente vivo con mi familia y donde tenía mi propio negocio, una tienda de cosmética



MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ

¿Cómo tuvisteis conocimiento de la Enfermedad Renal Crónica?

Hace 25 años conocí a la persona que en la actualidad es mi marido. En ese momento él estaba en etapa de prediálisis, ya en fase de comenzar con tratamiento de diálisis. Ninguno de nosotros conocía muy bien en qué consistía tener una enfermedad renal crónica, sus tratamientos y si tenía cura, algo que nos costó mucho su-

perar y más al comienzo de una relación.

¿Cómo fue el impacto del diagnóstico?

Recuerdo que tanto mi familia como mis amigos al enterarse de la enfermedad, me aconsejaron que terminase la relación, creo que por el desconocimiento, pero yo me negué rotundamente. Quería a esa persona y no me importaba nada. Solo quería pasar tiempo junto a él

sin importarme cuanto tiempo sería el que estaría a mi lado.

¿Recibisteis la suficiente información por parte del personal sanitario?

Después de unos años comenzó con el tratamiento de hemodiálisis. Nuestro conocimiento sobre la enfermedad aumentó, al igual que creció nuestra familia y aprendimos a vivir poco a poco con todo ello, formaba parte de nuestra vida.

¿Cómo compatibilizo el tratamiento con las responsabilidades familiares?

Era duro que él solo estuviera 4 días a la semana con la familia, el resto del tiempo se lo tenía que dedicar al tratamiento de su enfermedad y muchas veces esto nos superaba. Para mí suponía llevar la mayor parte de la carga familiar y también la económica. Además siempre regresaba con mucho malestar de diálisis, su tratamiento le impedía disfrutar del tiempo libre de sus hijos, de sus cumpleaños, incluso se perdió unos de los momentos más importantes de nuestra vida, el nacimiento de nuestra segunda hija. Fueron 6 años en prediálisis y 5 años y medio de diálisis. Entonces llegó un trasplante que le dio y nos dio a toda la familia, un respiro de 10 años. Pero de nuevo volver a empezar. A mí esta situación me aterraba, no sabía de dónde sacar fuerzas para comenzar otra vez

desde el principio, por lo que decidí ofrecerme como donante, pero por incompatibilidad de grupo sanguíneo nos informaron que no era posible.

5.- ¿En qué momento considerastes donar un riñón a su marido?

Pasaron otros 4 años en diálisis cuando un día nos enteramos que un compañero del turno de diálisis de mi marido había fallecido. En ese momento lo único en lo que yo pensaba era en que en cualquier momento podía tocarle a él. Entonces decidí hablar de nuevo con su nefrólogo y miramos las opciones que podíamos tener sino había un donante compatible para él. Nos dio dos opciones: Trasplante cruzado o trasplante de donante vivo con plasmaféresis. Descartamos la primera opción y decidimos arriesgarnos con la segunda opción. Nos explicaron que era una técnica nueva que consistía en eliminar los anticuerpos

de la sangre para el cuerpo no rechazara el órgano trasplantado, por lo que ahora ya era posible que le donara uno de mis riñones a mi marido.

Empezamos con el proceso un año antes de que se realizara el trasplante. Pasé por la consulta de numerosos profesionales sanitarios: nefrólogos, urólogos, cardiólogos, ginecólogos, psicólogos... todos miraban por mi salud. Cuando por fin todo parecía controlado y teníamos el visto bueno para que se realizará la donación, ya solo quedaba la aprobación del comité ético donde valoraron si lo hacía por mi propia voluntad o coaccionada y lo aprobé perfectamente. Tenía claro que quería que la calidad de vida de mi familia mejorara. Estábamos a solo una firma por parte del comité y de la mía propia en el juzgado para poder realizar la donación y el correspondiente trasplante. Por fin llegó el día y todo fue un éxito.



RAMÓN Rodríguez

Persona en tratamiento de diálisis peritoneal

Me sentí informado y apoyado por el personal sanitario que me empezó a tratar. Mi familia también sirvió de gran ayuda



Ana Belén Martín

¿Cómo y cuándo le detectaron su enfermedad renal?

En 2003. El primer síntoma fue la hinchazón persistente de los tobillos.

La enfermedad renal, ¿cómo te cambió la vida?

No lo esperaba y, paradójicamente, surgió en un momento muy positivo de mi vida a nivel profesional y personal. Emocionalmente lo encajé bastante mal. Tuve que ralentizar el ritmo de trabajo.

¿Encontró el apoyo e información suficiente al comienzo de la enfermedad?

Sí. Me sentí informado y apoyado por el personal sanitario que me

empezó a tratar. Mi familia también sirvió de gran ayuda.

¿La enfermedad te la permitido llevar una vida social y laboral con normalidad?

Social sí. Pero en el trabajo las cosas se complicaron bastante.

¿Cómo afrontaron usted y su familia el diagnóstico?, ¿Cuál ha sido su mejor apoyo?

El diagnóstico, con resignación. Mi gran apoyo fue mi esposa.

¿Cree que le llega suficiente información a los pacientes renales?

Sí.

Actualmente usted está en tratamiento de diálisis peritoneal, ¿Por qué ha elegido esta opción?

Porque mis nefrólogas me la aconsejaron pero también yo vi que era el tipo de diálisis más compatible con mi vida cotidiana.

Somos conscientes de la problemática con las que se encuentran las personas en diálisis peritoneal, con la cicladora a la hora de volar, ¿Nos podría contar los problemas que ha tenido?

Rotundamente no se es consciente: Hay un desconocimiento y falta de sensibilidad profunda hacia las necesidades logísticas del "discapacitado." renal.

Fieles a nuestra costumbre de visitar cada año una capital europea planificamos en 2017 un viaje a Roma. En esta ocasión debíamos llevar la cicladora. Pese a haber contactado con la delegada comercial de Iberia en Galicia y con el servicio médico de esta compañía, nos encontramos que no nos permitían la entrada de la cicladora en cabina del avión. Lo conseguimos después de un angustioso tira y afloja. Intervino el comandante y ordenó a la auxiliar que la máquina fuese alojada en un armario de cabina.

En Roma, los problemas comenzaron en tierra: la azafata se extrañó de esta contingencia aduciendo que no sabía nada al respecto. Sin embargo, pese a haber reconocido que no le constaba ningún aviso de la compañía llamó a Madrid inmediatamente y consiguió agilizar el paso por el control de seguridad y el acceso a cabina de la cicladora.

¿Cómo conociste a ALCER?

En el servicio de Nefrología del CHUO por medio de la visita de la delegada de ALCER en Ourense.

¿Qué opinas de la labor de ALCER?

Necesaria y satisfactoria.

¿Cómo son tus planes de futuro?

Poder seguir viajando en avión sin tener estos problemas.



Fieles a nuestra costumbre de visitar cada año una capital europea planificamos en 2017 un viaje a Roma. En esta ocasión debíamos llevar la cicladora. Pese a haber contactado con la delegada comercial de Iberia en Galicia y con el servicio médico de esta compañía, nos encontramos que no nos permitían la entrada de la cicladora en cabina del avión. Lo conseguimos después de un angustioso tira y afloja.

ALCER APP

LA APP
PERSONAS CON
PROFESIO

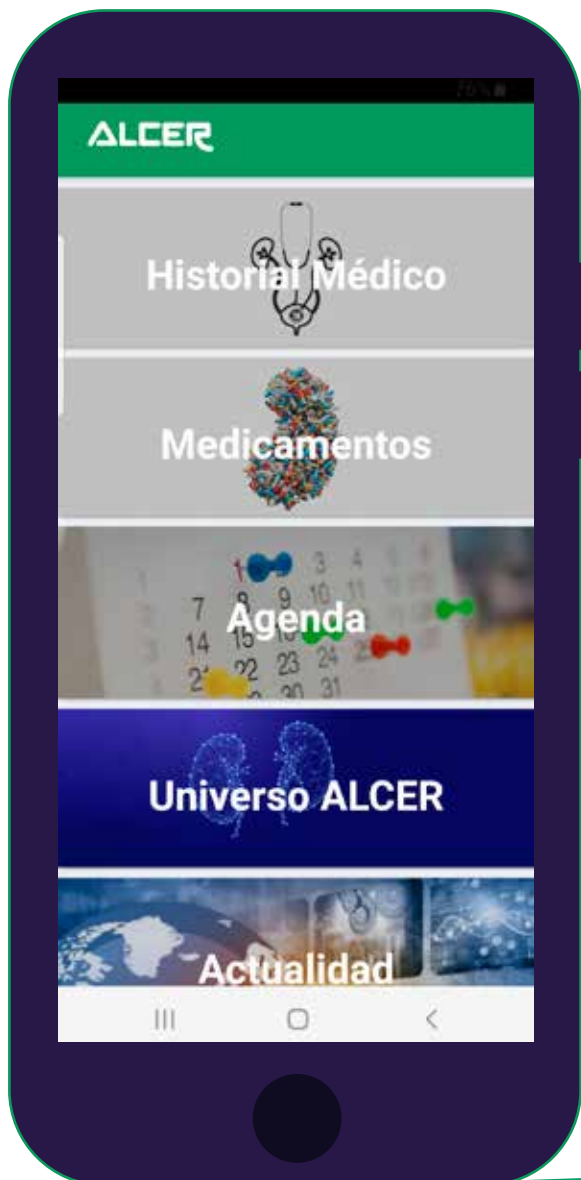
MÁS CE



ALCER
Federación Nacional



**LLEVA TU HISTORIAL
MÉDICO SIEMPRE CONTIGO**



Navega fácilmente y de forma intuitiva por AlcerApp.

Lleva contigo tu **historial**. Puedes rellenar los datos o subir tu **informe médico** en formato PDF.

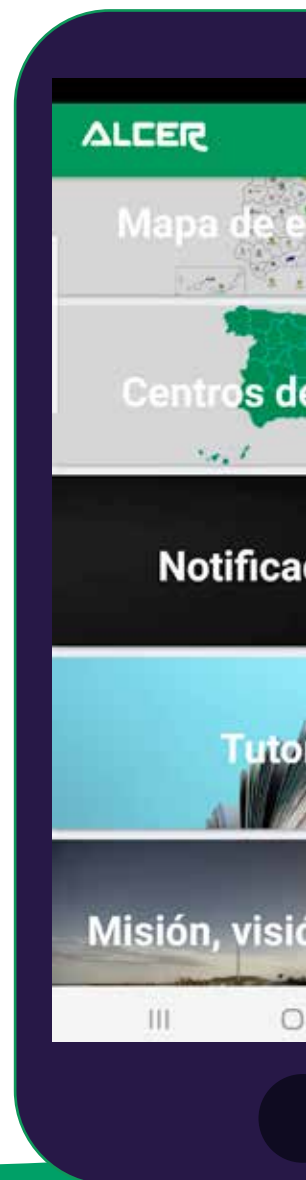
Rellena tu medicamento y pulsa añadir medicamento. Introduce el **nombre del medicamento**, **número de existencias** y las **unidades**.

La **agenda** te permite añadir **recordatorios** de tus **citas**, **pruebas** y **medicación**. Se puede visualizar de manera **diaria**, **semanal** o **mensual**.

Conoce de primera mano las **últimas noticias** relacionadas con la enfermedad renal.



**BUSCA
ALCER MÁ**



DE REFERENCIA DE LAS ENFERMEDAD RENAL, FAMILIARES, NALES Y CUIDADORAS/ES

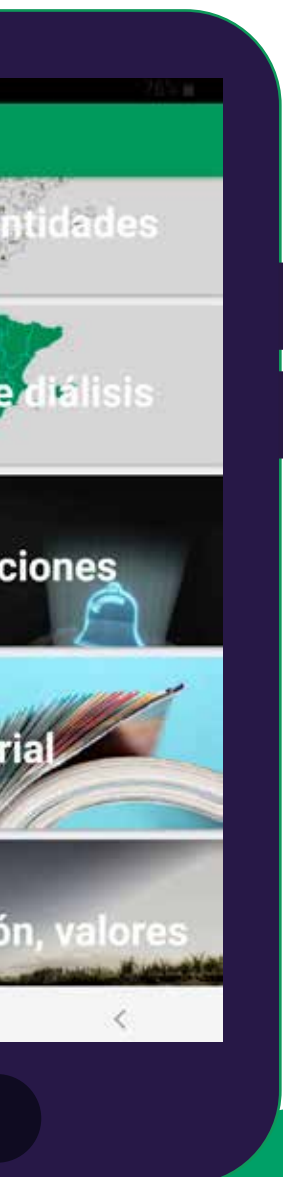
RCA DE TI



LA ENTIDAD MÁS CERCA DE TI



ELIGE LA RUTA MÁS CORTA A TU CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL

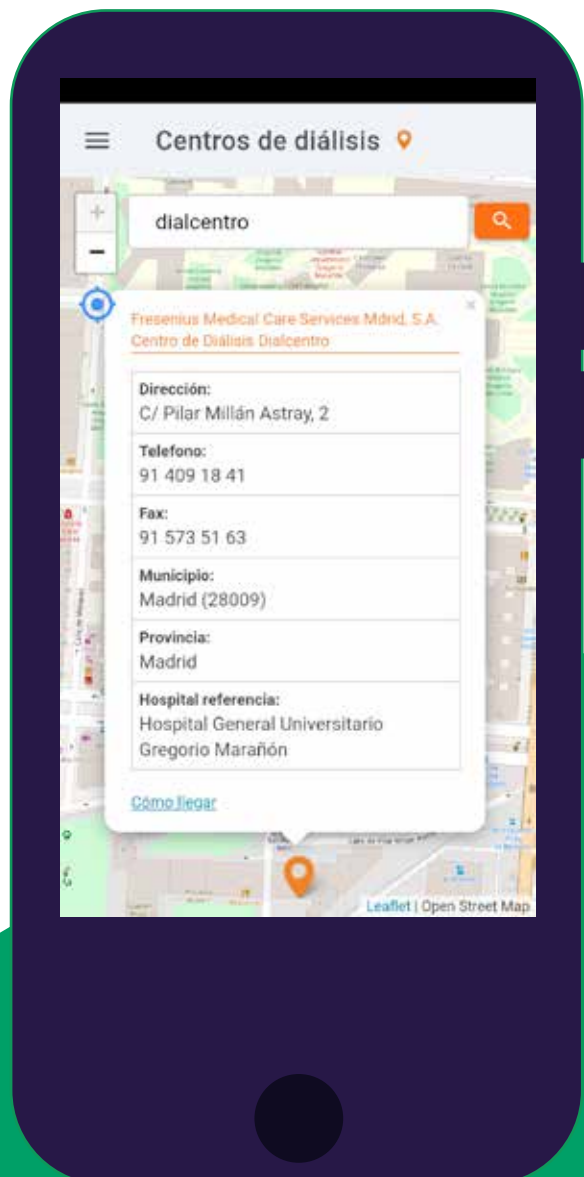


En **Universo ALCER** accederás a toda la información de la **enfermedad renal** y de nuestros **colaboradores**. Además podrás encontrar información relativa a **aspectos sociales** como por ejemplo la búsqueda de **empleo**.

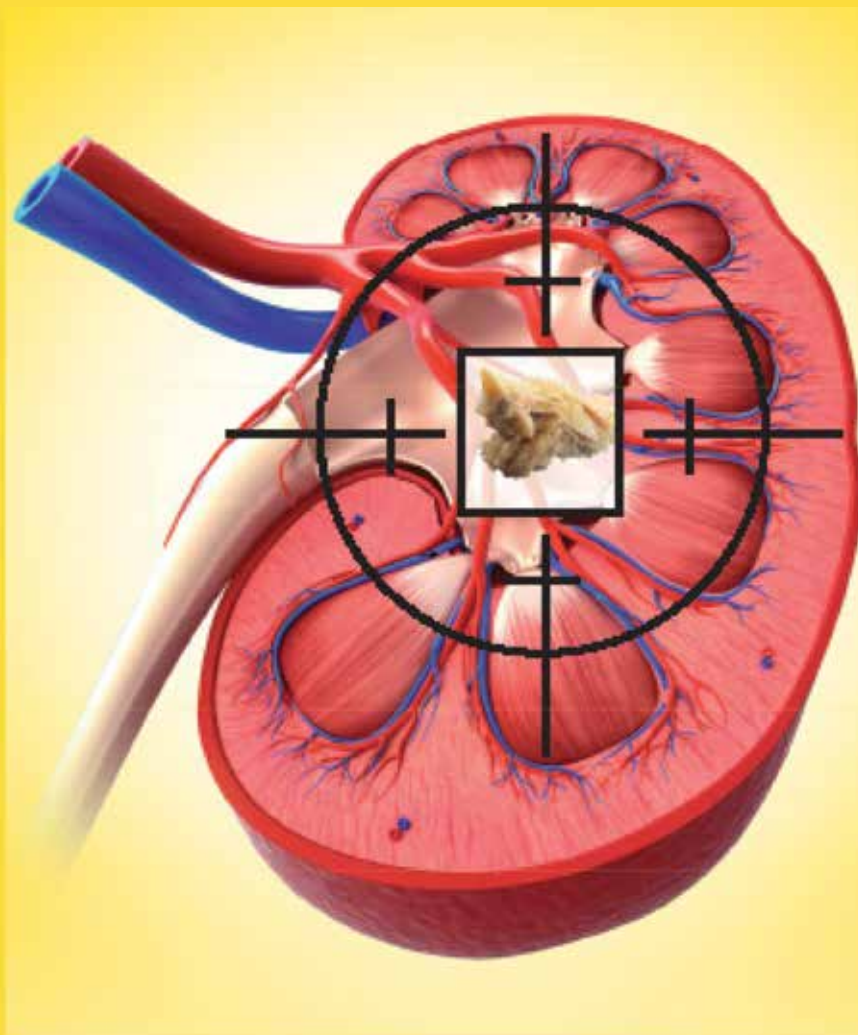
Te enviaremos semanalmente **notificaciones** e información sobre eventos, actividades, servicios de **todas las entidades que componen la Federación Nacional ALCER**.

Descárgate en tu dispositivo móvil en formato pdf la **revista ALCER**.

ALCER: siempre trabajando para **mejorar la calidad de vida** de las **personas con enfermedad renal** y sus familiares.



Los cálculos renales, también conocidos como piedras en el riñón, es una enfermedad muy prevalente en países desarrollados, siendo el motivo más frecuente de consulta urológica en urgencias. La prevalencia de cálculos en la población general se estima entre un 4-20%. Su presentación clínica más frecuente es en forma de cólico renal. La etiología de los cálculos renales es multifactorial, atendiendo a factores intrínsecos (genéticos, raza, edad, sexo) y extrínsecos (geográficos, alimentarios, ambientales, socioeconómicos). Un aspecto relevante en la epidemiología de esta enfermedad es su alta tasa de recurrencia, alrededor del 35 a los 5 años y algo más del 50% a los 10 años de seguimiento.



ALCER EN LA LUCHA CONTRA LOS CÁLCULOS RENALES DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO Y DE SUS FAMILIARES GUERRA A LOS CÁLCULOS RENALES

Los cálculos renales también conocidos popularmente como las piedras en el riñón es la tercera enfermedad urológica más frecuente después de las infecciones urinarias y la enfermedad prostática. Solo en España la sufren más de un millón y medio de personas y cada año se producen 100.000 casos nuevos. Sin

embargo combatir las no es una batalla perdida. Existen diferentes formas de tratarlas y también de prevenirlas. En el 60-70% de los casos las piedras se eliminan espontáneamente por la orina, es en el 30-40% de los casos restantes que precisan de una intervención. Ya que las piedras pueden depositarse en el riñón o las vías urinarias, comprometiéndolo su buen funcionamiento

y bloqueando el flujo de orina, aparte de causar un dolor muy intenso.

Y por qué aparecen las piedras en el riñón y la arenilla

Las piedras en el riñón son depósitos de sustancias químicas (normalmente sales minerales) que, aunque habitualmente están disueltas en la orina, se pueden acumular en el riñón y

dar lugar a lo que conocemos como arenillas. Esta arenilla se expulsa a través de la orina de forma natural, pero si aumenta el tamaño, aparecen los cálculos. Si el volumen de los cálculos va aumentando, pueden acabar dificultando el normal funcionamiento del riñón. Ya hemos comentado en anteriores artículos que existen diferentes tipos de cálculos renales dependiendo de las sustancias químicas presentes en la orina. Los más frecuentes son los cálculos de oxalato cálcico y ácido úrico. Cabe destacar que la formación de cálculos está muy relacionada con los hábitos dietéticos. Tomar pocos líquidos influye tanto como llevar una dieta baja en fibra y muy alta en proteínas, sal y oxalato. Pero no son los únicos factores, los hombres, por ejemplo son 3 veces más propensos a padecer piedras en el riñón que las mujeres. También hay que tener en cuenta la presencia de antecedentes familiares, la toma de algunos medicamentos o algunas anomalías en el riñón.

La raza blanca es más propensa a padecer piedras en el riñón que la asiática y esta que la raza negra. También influye el clima mayor probabilidad de padecer cálculos en zonas cálidas y áridas que en climas templados.

El riesgo aumenta con la toma de algunos medicamentos asociados con la formación de cálculos: Suplementos de calcio, suplementos de vitamina D, acetazolamida, ácido ascórbico en dosis masivas (> 4g/día), sulfonamidas, triamtereno, indinavir.

También lo pacientes con un solo riñón funcional más propensos a padecer cálculos renales.

Cómo se tratan los cálculos renales

Los cálculos formados con un tamaño menor o igual a 4 mm suelen eliminarse espontáneamente. En general un cálculo mayor a 6 mm se tiene que extraer. Como hemos mencionado en anteriores artículos, existen diferentes intervenciones como

es el la litotricia, la cirugía endoscópica, la cirugía abierta cada vez menos utilizada. Actualmente se cuenta con una nueva tecnología "las ondas de choque de última generación", que cuenta con un sistema radiológico más preciso que permite una mejor localización de las piedras y un generador que produce ondas de choque de mayor profundidad.

La prevención un factor clave

Tras haber padecido un cálculo y expulsado espontáneamente o eliminado con las técnicas anteriores, es muy importante realizar un tratamiento preventivo, porque si no, la probabilidad de sufrir un nuevo episodio al cabo de 5 años es muy alta de hasta un 50%.

Las 2 medidas más importantes para evitar la formación de cálculos son seguir una dieta equilibrada y aumentar el consumo de agua y la eliminación de líquido. Con un volumen mayor de orina al día, se disminuye la concentración de sales y se facilita el arrastre de las arenillas.

La diuresis juega un papel principal en la prevención de piedras y arenillas

Se ha demostrado una relación inversamente proporcional entre una ingestión elevada de líquidos y la formación de cálculos. La recomendación general para los formadores de cálculos cálcicos consiste en mantener un flujo elevado de orina con una ingestión generosa de líquidos. El objetivo debe ser para cálculos de oxalato cálcico alcanzar un volumen de orina en 24 horas de al menos 2 litros. Y de hasta 3 litros en caso





Otras plantas medicinales con efecto diurético actúan en el sistema urinario facilitando la eliminación de las arenillas y cálculos de menor tamaño. Entre estas plantas se encuentran, la grama de las boticas, cola de caballo y saúco.

Todas ellas facilitan la diuresis y tienen acción remineralizante es decir por ser plantas muy ricas en minerales y electrolitos compensan la pérdida de estos elementos como consecuencia de un aumento de diuresis.

Con una historia con más de 70 años en la farmacia, Herbensurina® es una combinación de 4 plantas medicinales Herniaria (rompepiedras) y 3 plantas diuréticas (cola de caballo, saúco y grama de las boticas) con beneficios documentados para aumentar la diuresis, reducir el tamaño del cálculo renal y facilitar su eliminación. Sus cuatro componentes naturales han sido tradicionalmente utilizados para tratar afecciones relacionadas con el sistema urinario y más concretamente para prevención y tratamiento de los cálculos renales.

de cálculos de ácido úrico. Esto supondría beber más de 2 litros de agua al día.

Fitoterapia “rompe piedras”

Además de las medidas dietéticas no se puede olvidar la importancia que tradicionalmente ha tenido la fitoterapia (las plantas medicinales) en el tratamiento de este problema. Algunas plantas se han revelado útiles para la disolución de los cálculos renales y para prevenir sus recurrencias. Su uso, ava-

lado por la tradición y los estudios científicos, puede proporcionar una alternativa natural a los remedios ya conocidos.

La herniaria conocida popularmente como rompe-piedras se ha utilizado tradicionalmente desde hace décadas por sus efectos beneficiosos sobre el tracto urinario y más específicamente para ayudar a reducir y disolver el tamaño de las piedras y para prevenir que se formen de nuevo.

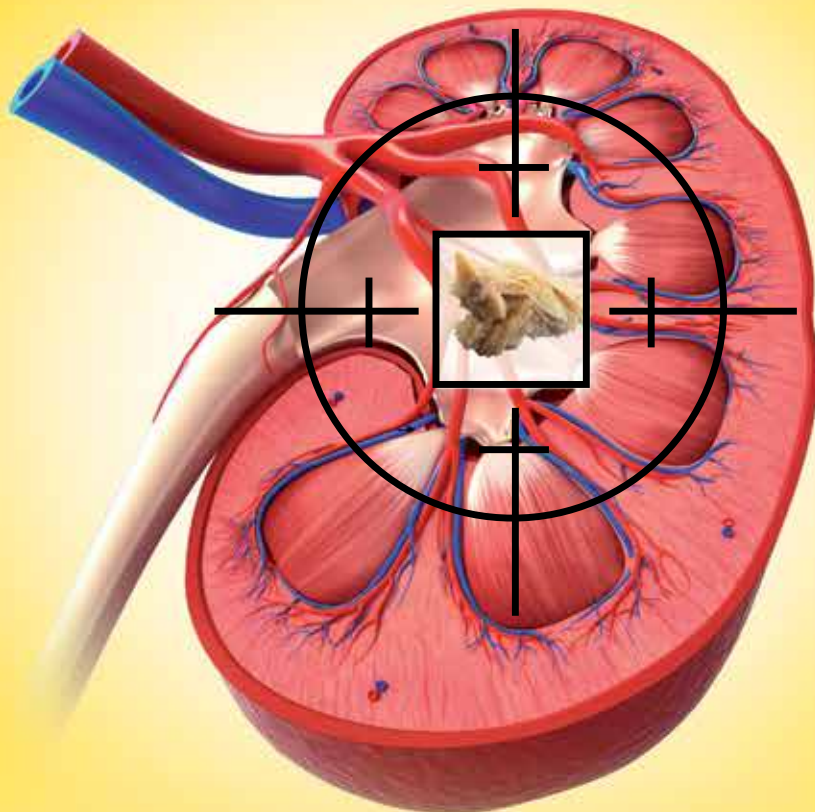
**Consulta tus dudas con el doctor en
www.alcer.org o llamando al teléfono 635 672 205
informacion@alcer.org**

La Federación Nacional de Asociaciones ALCER, en colaboración con Laboratorios Deiters pone en marcha un consultorio para resolver dudas sobre piedras en el riñón a personas que padecen esta patología y a sus familiares.

No te quedes con las dudas, consúltanos

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.



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

EL PAPEL DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD RENAL EN LA INVESTIGACIÓN



En este contexto, el paciente y las asociaciones de pacientes tienen múltiples roles en la investigación renal. Existe evidencia cada vez más sólida de que la misma persona puede ver de forma diferente las prioridades del tratamiento según sea su rol en ese momento de médico o de paciente.

► Dr. Alberto Ortiz. Jefe de Servicio de Nefrología e Hipertensión, Hospital Universitario e Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz. Profesor Titular de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Coordinador de la Red de Investigación Renal (REDINREN), RETIC de Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Vocal de Docencia e investigación del Junta Directiva de la Sociedad Española de Nefrología. Miembro del International Scientific Advisory Board (ISAB) de la Dutch Kidney Foundation (DKF, Nierstichting Nederland)

La enfermedad renal tiene dos grandes problemas no resueltos de forma satisfactoria: el fracaso renal agudo y la enfermedad renal crónica. En ambos casos, el fracaso de la función de los riñones se puede sustituir mediante diálisis o en el caso de la enfermedad renal crónica, también con trasplante. Sin embargo, el tener que recurrir a estas posibilidades supone el fracaso de la nefrología como especialidad médica: no fue posible prevenir ni detener la progresión de la enfermedad renal. Además, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso a estas técnicas: la principal causa de muerte de pacientes con enfermedad renal en el mundo es la

falta de acceso a diálisis o trasplante. Debido al envejecimiento de la población (y España será el país con esperanza de vida más larga hacia el año 2040), la problemática de la enfermedad renal aumenta constantemente. A esto se añaden lagunas en el conocimiento de los mecanismos que dañan al riñón, lo que limita las posibilidades de tratamiento, que solo se superaran con una inversión decidida en investigación renal. De hecho, no hay tratamiento para el fracaso renal agudo, más allá que sustituir la función de los riñones cuando disminuye tanto que pone en riesgo la vida, y luego esperar a ver si y cuando se recuperan por sí mismos. Estas circunstancias han hecho que la enfermedad

renal sea una de las causas de muerte que más aumentaron en el mundo en los últimos 20 años, y España no es ajena a este fenómeno: la enfermedad renal fue la segunda causa de muerte que más aumentó, después de la enfermedad de Alzheimer, otra enfermedad ligada al envejecimiento. A este ritmo de crecimiento, la enfermedad renal se convertirá en la segunda causa de muerte en España, de nuevo detrás del Alzheimer. Sin embargo, la inversión española en investigación de la enfermedad renal no está a la altura de la magnitud del problema. Esto es especialmente preocupante en el contexto internacional actual, en el que se es plenamente consciente del drama de la enfermedad renal



Existe evidencia cada vez más sólida de que la misma persona puede ver de forma diferente las prioridades del tratamiento según sea su rol en ese momento de médico o de paciente. Como médicos tendemos a fijarnos en elementos como la mortalidad o eventos graves, asumiendo que es lo que más preocupa al paciente. Pero como pacientes, sin restar importancia a estos grandes eventos, le podemos dar más valor al día a día, al dolor o al impacto sobre las relaciones sociales o la capacidad para trabajar. La iniciativa SONG (Standardised Outcomes in Nephrology, <http://songinitiative.org/>) es un esfuerzo sistemático para identificar desenlaces de interés para las personas con el rol de pacientes y contrastarlos con los desenlaces que las personas con el rol de cuidadores consideran importantes.

Diseño, difusión y participación en proyectos de investigación. En la misma línea, y ya a nivel más local, las personas con enfermedad renal pueden y deben dar su punto de vista en el diseño de los proyectos de investigación y ensayos clínicos, tanto sobre los objetivos y desenlaces (proponiendo los que consideren relevantes), como sobre la difusión (como favorecer el conocimiento de la existencia del estudio), diseño (¿es el diseño del ensayo clínico racional en el sentido de que va a favorecer la participación o supone tantas pequeñas molestias, como visitas repetidas al centro, que va ser imposible llevarlo a cabo porque nadie va a querer participar?) o participación, ya sea como pacientes (el ejemplo clásico es el ensayo clínico) o como investigadores

y se suceden las iniciativas para limitar el impacto adverso de las enfermedades renales, como la iniciativa cero muertes evitables por fracaso renal agudo en 2015 (0by25) de la Sociedad Internacional en Nefrología.

Enfermedad renal y envejecimiento:

¿Qué fue primero, el huevo o la gallina? La asociación entre enfermedad renal y envejecimiento no es casual. Aunque tradicionalmente se habla de un descenso de la función renal que se producía de forma “fisiológica” con la edad, la estampa que va emergiendo es la opuesta. Entre las múltiples funciones de los riñones quizá la más importante sea combatir el envejecimien-

to a través de la producción del factor antienvjecimiento Klotho. Recientemente se ha confirmado que la producción de Klotho disminuye ya en las etapas más tempranas de la enfermedad renal, incluso cuando solo hay pérdida de albúmina en orina (albuminuria), precediendo a la disminución de la función renal global.

El papel del paciente renal en la investigación

En este contexto, el paciente y las asociaciones de pacientes tienen múltiples roles en la investigación renal, entre los que destacamos los siguientes.

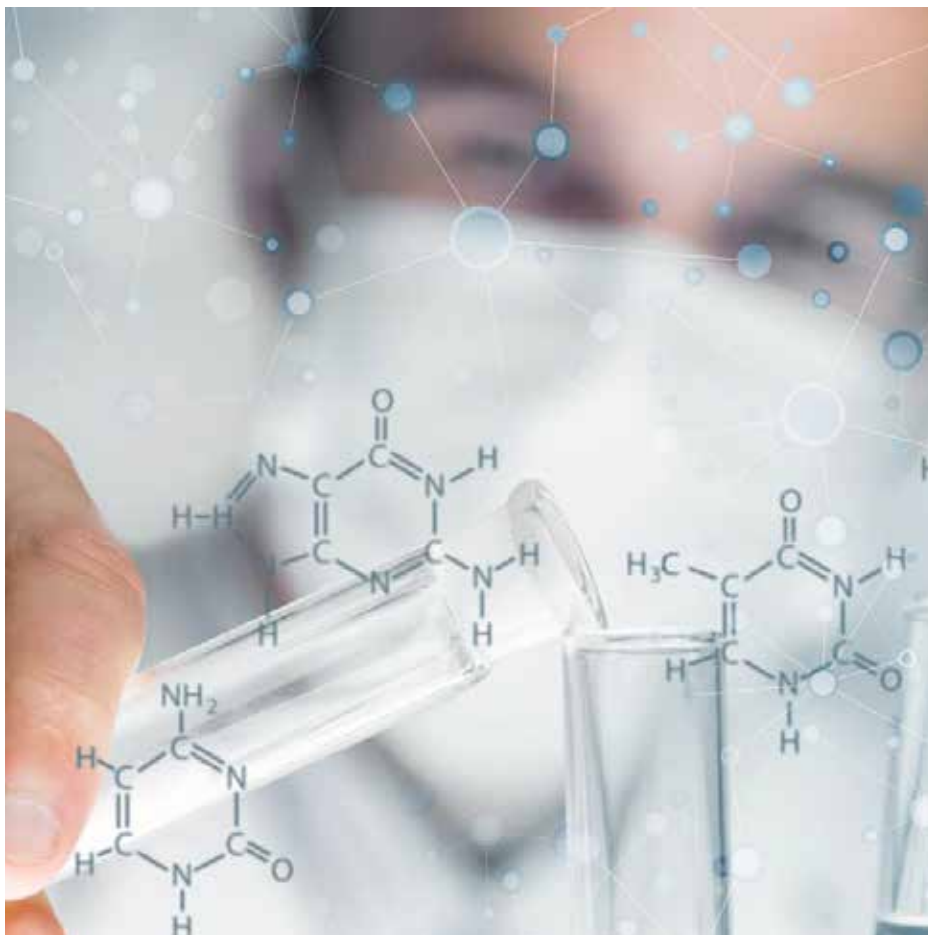
Definición de objetivos estratégicos de la investigación renal.

tenemos un ejemplo reciente en Sammy Basso, paciente de progeria de 23 años que firma como co-autor unos de los trabajos más rompedores en busca de una cura para esta enfermedad

En este sentido, la nefrología figura a la cola de las especialidades médicas en la realización de ensayos clínicos. Las autoridades sanitarias no aprueban nuevos tratamientos si estos no demuestran su eficacia y seguridad en un ensayo clínico, por lo que el desarrollo de ensayos clínicos es clave para el avance en la lucha contra la enfermedad renal. El principal problema de los ensayos clínicos es el reclutamiento: muchos no se pueden completar porque no hay suficientes pacientes que quieran participar. De ahí el papel clave de los pacientes en su diseño, asegurando que los objetivos sean de interés para los pacientes y que la participación en el estudio no cause excesivas molestias que interfieran con la vida habitual y limite la participación.

Financiación de la investigación.

Este es un aspecto clave para el avance de la Medicina. Los grandes avances en el tratamiento del HIV, enfermedades cardiovasculares y oncología no se habrían producido sin la inversión de una cantidad de dinero en investigación, inversión que brilla por su ausencia en las enfermedades del riñón. Las asociaciones de pacientes tienen un papel fundamental en convencer a las autoridades sanitarias de la necesidad de invertir en la investigación de la enfermedad renal, así como en contribuir directamente en la recolección de fondos para investigación. Un



buen ejemplo en este aspecto es la Dutch Kidney Foundation. La Asociación de pacientes de riñón de los Países Bajos (NVN, www.nvn.nl) y la Fundación Holandesa del Riñón (Dutch Kidney Foundation, DKF, Nierstichting Nederland, www.nierstichting.nl/) son dos organizaciones separadas e independientes comprometidas con los pacientes renales. La NVN se centra en los pacientes, su entorno y los donantes, y representa sus intereses desde la perspectiva del paciente.

La DKF es una organización benéfica que recauda fondos para la investigación, la innovación y la prevención. La DKF, en contraste con la NVN, no tiene miembros. Ambas organizaciones trabajan en estrecha colaboración para el bienestar de los pacientes renales, cada uno desde su propia perspectiva, en el seno

de la agenda de investigación estratégica para la enfermedad renal. Con un presupuesto de investigación de varios millones de euros, la DKF financia más del 50% de la investigación renal en Holanda. Si un país de 17 millones de habitantes puede hacer esto, ¿por qué no España y sus 46 millones de habitantes?.

En definitiva, el impacto de la enfermedad renal continúa creciendo muy por encima del impacto de otras enfermedades y esto pone en evidencia las grandes limitaciones de la investigación en este campo. Solo la colaboración entre pacientes, médicos e investigadores logrará que se dediquen recursos suficientes y que los estudios clínicos puedan ser completados a un ritmo suficiente como para que garanticen los avances necesarios que permitan detener esta epidemia del siglo 21.



Tenemos algo
muy especial en común

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

Donación



conVIDA

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:



ALCER
Asociación Nacional de Alceristas





SEGUNDO BLOQUE DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE ALCER

Desde la Federación queremos dar las gracias a los profesionales de la especialidad de trabajo social de las entidades ALCER asistentes, por su participación en este segundo bloque de formación.

Los pasados días 17 y 18 de septiembre se llevó a cabo el segundo bloque de formación a l@s profesionales del trabajo social de ALCER, en Caixa Forum Madrid. Un total de 26 trabajador@s sociales se desplazaron hasta la capital para continuar con la formación que se les imparte desde la Federación. Comenzamos el martes 17 de septiembre con una breve introducción sobre el programa de vacaciones para personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis de la mano de Paulina Walkowiak (Responsable de Diálisis Vacacional de Diaverum). A continuación y de la mano de Ana Canalejo (Experta en Enfermedad Renal Crónica), nos habló sobre la elab-

boración y contenidos de una memoria descriptiva de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) y Tratamiento Sustitutivo Renal. Elementos básicos desde el punto de vista social. A continuación Miguel Prego (Técnico de Proyectos de ALCER Málaga) y Antonio Vaquero (Responsable de Proyectos y Actividades de FNA), trataron el acceso a las subvenciones relacionadas con la problemática del paciente renal. Subvenciones accesibles y adaptación de la propuesta al tipo de subvención. En la jornada de tarde, se trató las claves para la óptima presentación de un proyecto a una subvención y errores más comunes. El punto de vista del experto desde la Administración Pública, con el ponente Joan

Conca (Asesor del Gabinete de la Vicepresidencia del Consell de Valencia). La jornada del miércoles 18 de septiembre, comenzó con el Dr. Mario Prieto (Coordinador del GADDPE), trató el tema sobre las Fases en el diseño y ejecución de un nuevo proyecto. Importancia de la elección de indicadores. A continuación Sara Muñoz (Responsable de Empleo de FNA) y Miguel Prego (Técnico de Proyectos de ALCER Málaga) trataron el sistema informático de gestión en la elaboración y control de un proyecto. Para finalizar la jornada Juan Carlos Julián (Director General FNA) y Miguel Prego (Técnico de Proyectos de ALCER Málaga) nos hablaron la optimización de los recursos económicos. Sugerencias y ejemplos prácticos.



REUNIÓN DE ASOCIACIONES EUROPEAS DE PERSONAS TRASPLANTADAS

En el marco del Congreso de la Sociedad Europea de Trasplantes (ESOT, European Society for Organ Transplantation) tuvo lugar el pasado 14 de septiembre, la reunión asesora de entidades europeas de personas trasplantadas que la citada Sociedad Europea ha convocado en Copenhague (Dinamarca). Representando a la Federación Nacional ALCER y como secretario de la Federación Europea de Personas con Enfermedades Renales (EKPF) estuvo nuestro presidente Daniel Gallego, que también participó dirigiendo como moderador una de las mesas de la reunión.

COMPOSTELA ACOGIÓ LAS III XORNADAS DE ENFERMEDADE RENAL DE GALICIA

La Federación ALCER Galicia organizó el 22 de septiembre la III edición de las Jornadas de Enfermedad Renal de Galicia, en el Edificio Docente Nova Santos junto al Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Estas jornadas nacen de la importancia del trabajo multidisciplinar para abordar de forma integral las demandas y necesidades de las personas que padezcan este tipo de enfermedades en el día a día, así como sus familias y cuidadores. En representación de la Federación Nacional ALCER estuvo presente Daniel Gallego, presidente de la entidad.





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 de Honor**
Prof. D.Carlos María Romeo Casabona
- **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 y Fax. 945 23 18 95
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 Barón
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

D. José Manuel Martín Ordaz
Carretera Valladolid 74 • 05004 Ávila
Tel. 920 22 14 34
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
alcervillanueva@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

D. Antonio Ortiz
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
Hotel de Pacientes do CHUAC
C/ As Xubias de Arriba, 84, 4ª planta
As Xubias
15003 A Coruña
Tel. 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, 2ª oficina 2
15705 - Santiago de Compostela
Tel. 670 33 90 66 / 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

D. Eric Guardanino
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 Llompart
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

ALCER JAÉN

D. Francisco Alcaraz Martinez
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 Carbajo 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 Diaz
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

Delegación:

Tafalla
Centro Cívico
Paseo Padre Calatayud, 7
31300 Tafalla
Móvil 680 29 07 09
E-mail: vicentepellicer59@gmail.com

ALCER ONUBA

Dña. Amalia O'Kelly
Avenida Diego de Morón, 5
21005 Huelva
Tel. 959 15 72 05
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, local
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

Dña María José Sánchez Cuesta
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 Rodriguez
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
alcertoledo@hotmail.com

ALCER TURIA

D. José Navarro Mallech
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



32ª EDICIÓN JORNADAS NACIONALES DE PERSONAS RENALES



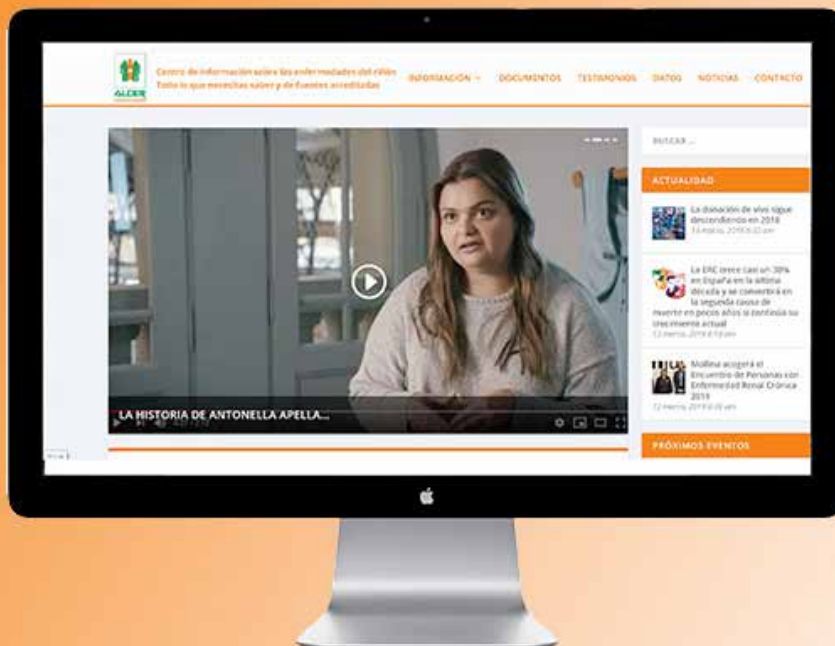
AUTOCUIDADOS EN HEMODIÁLISIS



PRIMER ENCUENTRO DE FAMILIAS RENALES EN ÁVILA



VIAJE INTERNACIONAL: POLONIA 2019



www.insuficienciarenalcronica.com

Centro de información sobre las enfermedades del riñón
Todo lo que necesitas saber y de fuentes acreditadas

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**