



JUNIO 2020 • 2º TRIMESTRE • Nº 193

Federación Nacional

ALCER

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

BEATRIZ DOMÍNGUEZ-GIL

“La creación de órganos para trasplantes nos permitiría crear órganos a la carta, personalizados para cada paciente”

EN ESTE NÚMERO

- 08 DÍA NACIONAL DEL DONANTE DE ÓRGANOS
- 14 EMPLEO: COVID-19: CUESTIONES A TENER EN CUENTA EN LA “NUEVA NORMALIDAD”
- 18 DISLIPEMIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
- 24 DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER RENAL
- 38 ALCER FRENTE AL COVID-19

PAG
16

HOMENAJE A ALEJANDRO DÍAZ
SECRETARIO FEDERACIÓN NACIONAL ALCER





DIAVERUM

¡DÉJANOS CUIDARTE!

Diaverum d. Holiday líder
en diálisis vacacional

Elige entre nuestras 40
clínicas tu destino ideal



Elige tu destino de vacaciones en www.dialisisvacacional.es

Solicita información en vacaciones@diaverum.com

In Memoriam ALEJANDRO DIAZ



El pasado 23 de junio nos dejó el secretario de la Federación Nacional ALCER, presidente de alcer Las Palmas y presidente de COCEMFE Las Palmas, Alejandro Díaz González.

Nacemos con la batalla perdida frente a la muerte y la enfermedad, pero hay personas que se crecen en esta derrota infinita con la superación de sí mismas, dando lo mejor que se puede ofrecer a otros, la esperanza de una vida digna y plena, a pesar de las adversidades en la lucha, que te hacen mejor y más fuerte, que son causa de admiración y eterno agradecimiento.

Solo vivimos una vez, pero con solo esta vez ya nos has demostrado mucho....

Canarias ya nunca significará lo mismo, esas islas que fueron afortunadas por verte crecer hasta el infinito en tu batalla diaria.

Casi 40 años de hemodiálisis te contemplaban, de sed, de restricciones y de tiempo encadenados a la máquina que nos da la vida.

Este amor/odio que tenemos a la diálisis, que tanto nos quita y a la vez tanto nos da. Lo conocí gracias a la enfermedad renal, y seguramente fue la enfermedad renal la que se lo llevó. La diálisis te dio la oportunidad de conocer a tu mujer y te unió para siempre a Alcer...

La diálisis nos enseña a amar la vida por encima de todas las cosas, incluso más que a nosotros mismos, siendo capaces de ofrecer toda la generosidad de lo que se ha aprendido en tantos años de enfermedad renal.

Se va uno de los grandes... tuve el gran honor de que me dejases ser tu amigo.

La grandeza de las personas no se mide en cm, tú tenías km de carisma y personalidad.

Te gustaban los colores fluorescentes, aunque no te hicieran falta, porque tú ya brillabas con luz propia.

Ofreciste tanto amor, que conseguiste estar en paz con tus seres queridos y amigos, nos transmitiste paz como si fueras a vivir para siempre, **y realmente has conseguido vivir eternamente en nuestros corazones.**

Una foto a contraluz te da la despedida en el muelle estival de Arrieta, para tener la luminosidad como persona de todas las islas afortunadas a tus espaldas.

Y ahora al final, nos dejas tanto de lo que aprender, me sirve la medida de tu vida a la que aspirar, la admiración y el espejo frente al que mirarse, para estar en paz con la enfermedad renal.

Gracias hermanito por ser quien eras, por darnos tu vida plena de alegría. Lo mejor que se puede decir de alguien es que te sientes bien a su lado... así nos hemos sentido junto a ti, contentos de habernos cruzado en tu camino. **Te hago una reverencia llena de admiración y te dejo marchar... ahora eres libre, no necesitarás diálisis ni medicación allí donde vas, por eso ahora tendremos siempre una sonrisa eterna por haberte conocido.**

DANIEL GALLEGO

PRESIDENTE FEDERACIÓN NACIONAL ALCER



SUMARIO

03

EDITORIAL

05

NEFROPATÍA

EL EDEMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

08

DÍA NACIONAL DEL DONANTE DE ÓRGANOS

14

EMPLEO

CUESTIONES A TENER EN CUENTA EN LA "NUEVA NORMALIDAD"

16

HOMENAJE

ALEJANDRO DÍAZ GONÇALVES

18

REPORTAJE

DISLIPEMIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

22

ENTREVISTA

BEATRIZ DOMÍNGUEZ-GIL

24

DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER RENAL

30

PIEDRAS EN EL RIÑÓN

¿PIEDRAS, ARENILLAS O MELESTIAS EN EL RIÑÓN?

34

FUNDACIÓN RENAL AL CER

38

AL CER FRENTE AL COVID-19

INICIATIVAS AL CER PARA COMBATIR LA PANDEMIA SANITARIA DEL COVID-19

40

DIRECTORIO AL CER

42

AVANCE

PRÓXIMO NÚMERO



AL CER

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

CONSEJO EDITORIAL AL CER

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 AL CER
C/ Constanza, 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 AL CER • Expansión Creativa

Depósito Legal / M-4180-1978

ISSN / 1885-9313

AL CER 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:



EL EDEMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL

La aparición de edema en los pacientes con enfermedad renal crónica es de origen multifactorial, algunos factores son inherentes a la población general y otros asociados a su nefropatía.

► Caridad Martínez Villanueva
Nefróloga

El edema puede estar en el contexto de una Insuficiencia cardíaca. La sobrecarga de volumen es una característica de la insuficiencia cardíaca descompensada. Si es el primer episodio, se recomienda la valoración por parte de Cardiología para un estudio de la cardiopatía subyacente (isquémica, valvular, etc). La relación entre la enfermedad renal y cardíaca es bien conocida. Se considera síndrome cardiorrenal de acuerdo con la Conferencia de Consenso bajo el auspicio de la Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) que reunió a expertos y líderes de opinión de Nefrología, Cuidados Intensivos, Cardiología, Cirugía Cardíaca y Epidemiología en el 2008 y que elaboraron un documento de consenso sobre la definición y clasificación de dicho síndrome, así como sobre los métodos diagnósticos, la prevención y el tratamiento como una serie de "desórdenes del corazón y riñón en los que la disfunción aguda o crónica en un órgano induce la disfunción aguda o crónica del otro". Se han descrito factores hemodinámicos, mediadores neurohormonales y mecanismos inflamatorios que pueden tener un papel en la progresión de dicho síndrome. La clasificación se realiza en

función del origen primariamente cardíaco (tipos 1 y 2) o renal (tipos 3 y 4), y del curso agudo (tipos 1 y 3) o crónico (tipos 2 y 4), además del fallo cardiorrenal secundario a procesos sistémicos. La relevancia del síndrome cardiorrenal estriba en que la coexistencia de enfermedad cardíaca y renal se ha relacionado con peor pronóstico a medio y largo plazo, debido a un mayor riesgo de reingresos y mortalidad de los pacientes. La prevención del síndrome cardiorrenal es importante debido a que una vez que el síndrome comienza es difícil de interrumpir y no es totalmente reversible en todos los casos. A su vez pueden darse casos de situaciones malnutrición proteica con hipoalbuminemia asociada (disminución de la albúmina en la sangre) con la presencia de edema. Los pacientes con enfermedad renal crónica pueden presentar parámetros de malnutrición. Se ha descrito el término "desgaste proteico energético" que es aquel estado patológico en el que existe una disminu-

ción de los depósitos proteicos y energéticos. Se asocia a mayor mortalidad y difiere dependiendo del estadio de la enfermedad renal y de la técnica de terapia renal sustitutiva (hemodiálisis, diálisis peritoneal). Su prevalencia en pacientes sin diálisis se encuentra poco estudiada y oscila entre el 0 y el 40,8%. El edema, puede ser también la forma de presentación de patologías hormonales como son el síndrome de Cushing o el hipotiroidismo. El Síndrome de Cushing ocurre cuando la corteza suprarrenal se vuelve hiperfuncionante y aumenta la producción de cortisol. El hipotiroidismo es el cuadro clínico que se deriva de la actividad reducida de la glándula tiroides. Las hormonas tiroideas (T3 y T4), cuya síntesis está regulada por la TSH secretada por la hipófisis y tienen como misión regular las reacciones metabólicas del organismo. Por lo tanto, en el estudio de cualquier paciente con edema es importante realizar un estudio hormonal que incluya hormonas tiroideas y el cortisol.





En ocasiones la aparición de edema se pone en relación con el inicio de fármacos de la familia de calcioantagonistas dihidropiridínicos y será recomendable su sustitución por otros antihipertensivos que no produzcan edema como efecto secundario

En el caso de pacientes con hepatopatía crónica podemos encontrarnos ante una situación de descompensación hídrica con la presencia de signos de sobrecarga hídrica (ascitis, etc..) incluyendo la presencia de edema. La hepatopatía puede ser, por tanto, un desencadenante más de dicho síntoma.

En ocasiones la aparición de edema se pone en relación con el inicio de fármacos de la familia de calcioantagonistas dihidropiridínicos y será recomendable su sustitución por otros antihipertensivos que no produzcan edema como efecto secundario. Otra causa común en la población general de edema es la insuficiencia venosa crónica. La insuficiencia venosa es el cuadro clínico ocasionado por la dificultad del retorno venoso en las extremidades inferiores. La Organización Mundial de la Salud define las varices como "dilataciones de las venas que con frecuencia son tortuosas". Dicho proceso está favorecido por el ortostatismo, por ello, situaciones que conlleven estancias largas de pie lo favorecen.

Otros factores implicados serían la obesidad y el sexo femenino. En el caso de que un paciente con edema presente signos de insuficiencia venosa crónica es conveniente la valoración por parte de Cirugía Vascular.

Es importante comentar que otra causa de edema de origen renal es el llamado síndrome nefrótico caracterizado por la presencia de proteinuria, es decir, pérdida de proteínas por la orina, hipoalbuminemia (disminución de la albúmina en la sangre), dislipemia y edema. El síndrome nefrótico se produce por un aumento de la permeabilidad renal para las proteínas y es expresión de una alteración de la barrera de filtración glomerular. Aunque puede aparecer tras lesiones funcionales o estructurales de las células endoteliales y de la membrana basal, en la mayoría de las ocasiones existen lesiones de los podocitos que forman parte de la capa visceral de la cápsula de Bowman. La hipoalbuminemia aparece cuando la capacidad de síntesis hepática se ve superada por las pérdidas urinarias de albúmina y el catabolismo renal. La

dislipemia es consecuencia del estímulo de la síntesis hepática de lipoproteínas por el descenso de la presión oncótica capilar. La lipiduria se manifiesta con aparición de cilindros grasos en el sedimento urinario. El edema es producido por la reabsorción de sodio y agua secundaria a la disminución de la presión oncótica capilar o por aumento de la reabsorción tubular de sodio y agua. Es de aparición precoz y se localiza en partes blandas, en los casos graves puede haber otros signos de sobrecarga hídrica como ascitis, derrame pleural y anasarca. El edema suele ser generalizado y se puede acompañar o no de deterioro de función renal. La presentación suele ser progresiva en los pacientes con enfermedad renal diabética y en forma de brotes en el caso de glomerulopatías tanto primarias como secundarias. En el caso de las enfermedades glomerulares la nefropatía membranosa (NM) constituye una de las causas más frecuentes de síndrome nefrótico en sujetos adultos y ancianos, mientras que en niños y adolescentes es rara. La incidencia se sitúa en unos 5-10 casos por millón de población y año.



Es una enfermedad causada por antígenos específicos y anticuerpos dirigidos contra ellos, que se depositan en la cara externa de la membrana basal glomerular. Se han descrito dos subtipos, las NM primarias o idiopáticas (NMI) y las NM secundarias. En las NM primaria se considera una enfermedad autoinmune, al menos en los casos debidos a la formación de anticuerpos anti-PLA2R, La NM secundaria es un prototipo de enfermedad renal causada por complejos inmunes. Se considera que los antígenos implicados (de origen infeccioso, farmacológico, tumoral o de otras diversas procedencias) se depositan primero entre la membrana basal glomerular (MBG) y los podocitos; los anticuerpos específicos generados contra estos antígenos atraviesan la MBG para acoplarse con aquellos, dando lugar a la formación in situ de los complejos inmunes. La Nefropatía por cambios mínimos (NCM) es una entidad anatómico-clínica que se define por la presencia de un síndrome nefrótico (SN), habitualmente puro, por la ausencia de lesiones morfológicas en microscopía óptica, de depósitos de inmunoglobulinas y comple-

mento en inmunofluorescencia y por la desaparición (o fusión) de los pedicelos en microscopía electrónica. Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en la infancia. Los diuréticos son la primera línea en el tratamiento del paciente con edema y ERC. Los diuréticos son unos fármacos que estimulan la diuresis, aumentando la producción de orina. Dependiendo de su mecanismo y lugar de acción, se clasifican en diuréticos de asa, tiazidas, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la anhidrasa carbónica y diuréticos osmóticos. En estadios avanzados de la enfermedad se emplean preferentemente diuréticos del asa (furosemida, torsemida). Los diuréticos tiazídicos son, en general, inefectivos con niveles séricos de creatinina superiores a 2 mg/dl. Si bien actualmente en pacientes con síndrome cardiorrenal y episodios de insuficiencia cardíaca, con signos de sobrecarga hídrica se observa una potenciación del efecto diurético al asociarlos a los diuréticos de asa. Respecto a los diuréticos antialdosterónicos como la espironolactona o eplerenona tienen un importante efecto antiproteínico y también están indicados

en el manejo de la insuficiencia cardíaca. Sin embargo en determinados estadios de la ERC (del 3-5) habría que evitarlos por el riesgo de hiperpotasemia secundaria, especialmente cuando se asocia a bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) y/o betabloqueantes. Por tanto, en dichos pacientes sería necesaria una monitorización frecuente de los niveles de potasio. En el caso de los diuréticos de asa hay que señalar que predisponen a los pacientes a alteraciones hidroelectrolíticas e hipovolemia que pueden conducir a activación neurohumoral y fracaso renal agudo, por tanto, en dichos pacientes es importante controlar la función renal y los iones.

Por tanto, el edema es frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica, en general, suele aparecer en estadios avanzados de la enfermedad. Su origen puede ser multifactorial, es decir, a parte de la nefropatía de base pueden estar implicados otros factores como la insuficiencia cardíaca, la hipoalbuminemia, factores hormonales, etc. En la evaluación de cualquier paciente con enfermedad renal crónica es importante la valoración de signos de sobrecarga hídrica incluyendo una exploración física adecuada valorando la presencia o no de edema. El tratamiento de primera línea del edema en estos pacientes es el uso de diuréticos que se seleccionará de acuerdo con el estadio de la ERC y de la patología asociada del paciente. Por último destacar la necesidad de una vigilancia analítica en aquellos pacientes en tratamiento diurético para valorar la evolución de la función renal y las posibles complicaciones metabólicas secundarias.

DÍA NACIONAL DEL DONANTE

ALCER ALICANTE



ALCER ALMERÍA



ASHUA



ALCER BADAJOZ



HAZTE DONANTE
TE NECESITAMOS

ALCER CACERES



ALCER CADIZ



ALCER CEUTA



ALCER CIUDAD REAL



ALCER EBRO

3 DE JUNIO DE 2020
DÍA NACIONAL DEL DONANTE
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULA

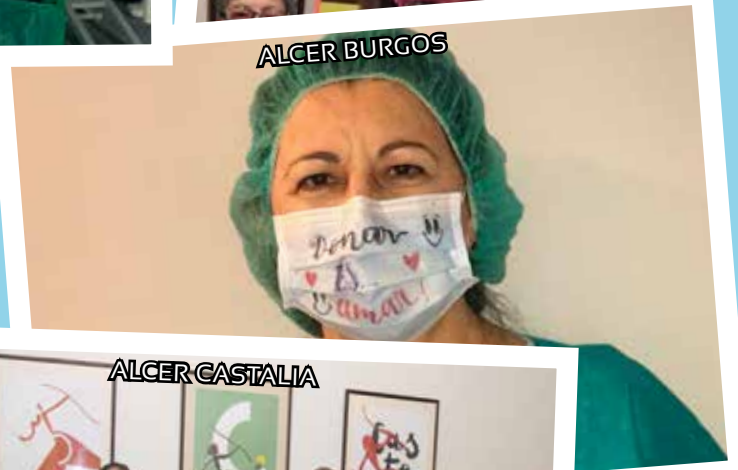


ALCER CUENCA

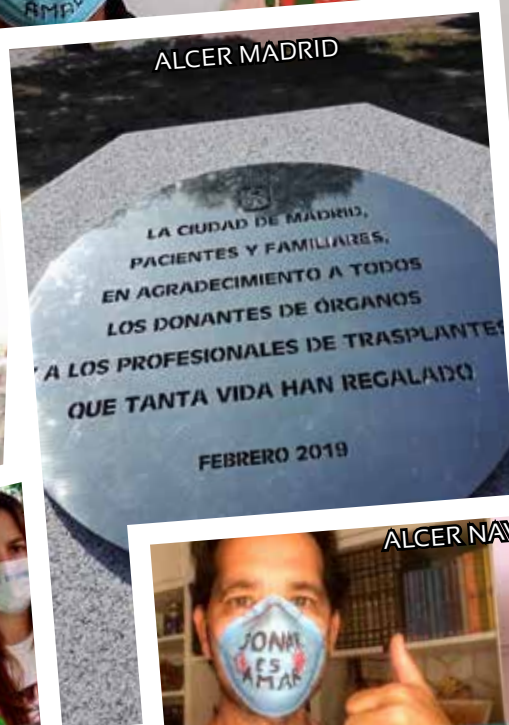


ERTE TEN





DÍA NACIONAL DEL DONANTE



ALCER JAÉN



ALCER LEÓN



ALCER MÁLAGA



ALCER MELILLA



ALCER OURENSE



ALCER PALENCIA



ALCER SALAMANCA



ALCER LA RIOJA



ALCER TURIA



"DÍA T"
WEBINAR "YO VIVO"
• A TRAVÉS DE ZOOM
• MODERA Y PRESENTA: JUAN JOSÉ GASCÓ ESPARZ
• TRASPLANTADO RENAL 21 AÑOS Y PNI RENAL
• MÁS INFO: JUANJOESIO@HOTMAIL.COM_O
WHATSAPP AL 676749874

ALCER VALLADOLID





JANDRO (HUMORISTA), EL HORMIGUERO

LAURA MADRUEÑO (MEDIASET)

Más de 282.000 personas se unen al reto “Donar es Amar”

Como cada primer miércoles de junio, se celebra el Día Nacional del Donante de Órganos. Este año la Unión de Trasplantados Sólidos (ALCER, FNETH, FETCO y FEFO) bajo el lema: “Donar es amar. Ahora tu solidaridad importa más que nunca”, propuso el reto de rotular tu mascarilla con el lema “Donar es Amar”. La campaña ha contado con la colaboración especial de la ONT y Vueling y el apoyo en el patrocinio de Fundación ONCE, Astellas y Novartis. Este reto ha tenido gran aceptación y difusión tanto entre el personal sanitario vinculado a nefrología, como por personas con enfermedad renal y por un numeroso grupo de artistas de cine y televisión. La campaña ha tenido un gran impacto en las redes sociales teniendo un alcance de 282.810 personas, pero son muchos los que han contribuido en su redes y el impacto es realmente mucho mayor. Los canales de comunicación de Federación Nacional ALCER registraron un total de 146.858 personas en la campaña.

PUEDEN VISUALIZAR TODOS LOS DETALLES DE LA CAMPAÑA “DONAR ES AMAR”, ASÍ COMO EL VÍDEO CONMEMORATIVO DE LA MISMA A TRAVÉS DE ALCER.ORG



ALCER APP

DISPONIBLE EN
Google Play

Disponible en el
App Store

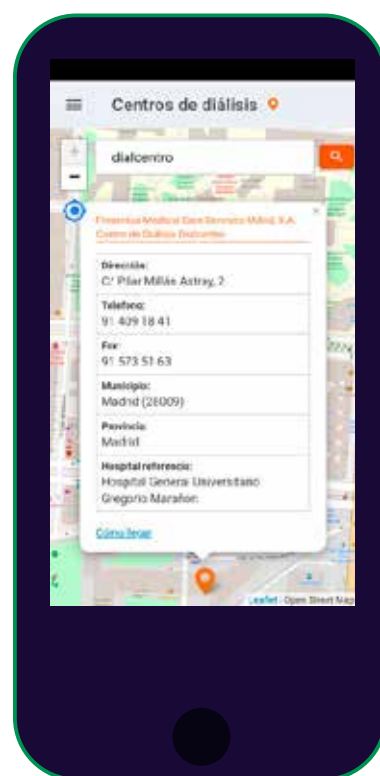
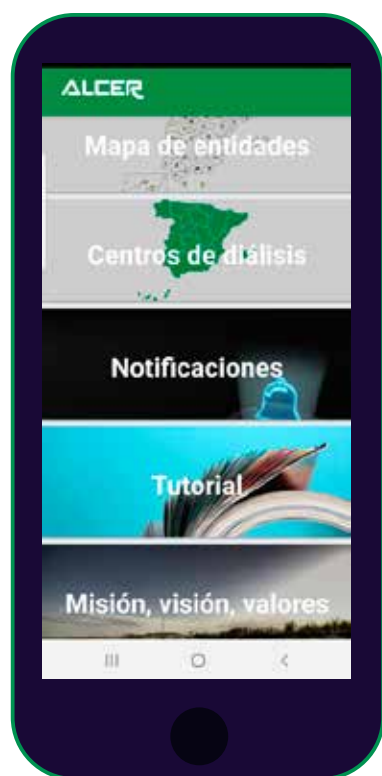
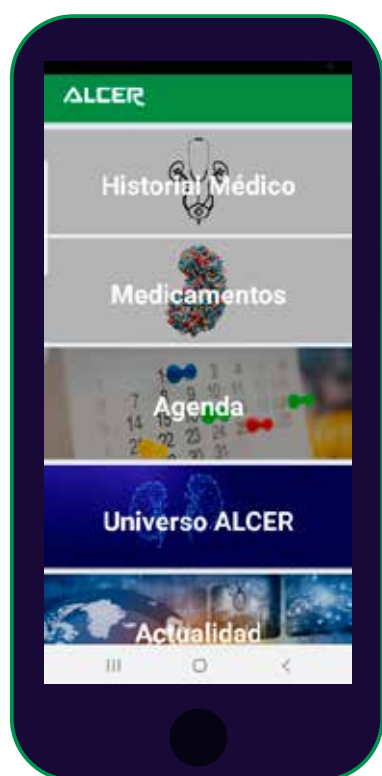


Alcerapp

LA APP DE REFERENCIA DE LAS
PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL,
FAMILIARES, PROFESIONALES Y CUIDADORAS/ES

NUEVA ACTUALIZACIÓN
CON MEJORAS DISPONIBLES

DESCÁRGATELA YA



MÁS CERCA DE TI

COVID-19: CUESTIONES LABORALES A TENER EN CUENTA EN LA “NUEVA NORMALIDAD”

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

El Ministerio de Sanidad, en el marco del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, de 28 de abril, publicó la Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19, de 6 de mayo de 2020 que establece, que el objetivo en esta etapa es la detección precoz de cualquier caso que pueda tener infección activa y que, por tanto, pueda transmitir la enfermedad.

Ante esta nueva situación, muchos son los pacientes renales que se han planteado las siguientes dudas:

¿Estoy trasplantada/o de riñón y tengo que reincorporarme a mi trabajo, tengo que comunicarle a mi empresa mi situación?

Sí, hay que comunicarlo a la empresa. Se hace a través del servicio sanitario del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) que tenga la empresa, que puede ser un servicio propio o ajeno. Este servicio sanitario o de medicina del trabajo debe evaluar la presencia de personal trabajador “especialmente sensible” en relación a la infección de coronavirus SARS-CoV-2, establecer la naturaleza de especial sensibilidad de la persona trabajadora y emitir informe sobre las medidas de prevención, adaptación y protección.

Con la evidencia científica disponible a fecha 2 de junio de 2020 el Ministerio de Sanidad ha definido como grupos vulnerables para COVID-19 las personas con enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodepresión, cáncer en fase de tratamiento activo, enfermedad hepática crónica severa, obesidad mórbida (IMC>40), embarazo y mayores de 60 años.

Para ello, tendrá en cuenta la existencia o inexistencia de unas condiciones que permitan realizar el trabajo sin elevar el riesgo propio de la condición de salud de la persona trabajadora, es la única actividad técnica que podrá servir de base para tomar las decisiones preventivas adaptadas a cada caso.

En labor coordinada entre el servicio de prevención de riesgos laborales y el sistema público de salud viendo si la patología está controlada, descompensada o están presente más de una patología o patología con situación personal, además, hay que observar el nivel de riesgo, es decir, si en la actividad laboral existe o no un escenario de contacto con personas enfermas.



El servicio de prevención de riesgos laborales determina si:

- Puede seguir trabajando y si precisa equipos de protección personal.
- Puede trabajar, pero siempre que se garantice que no va a haber contacto con personas sintomáticas.
- Puede trabajar, pero precisa cambio de puesto de trabajo.
- Puede teletrabajar, pero no exponerse en el centro de trabajo.
- En ausencia de las medidas y teniendo en cuenta el historial clínico del paciente, el médico o médica del sistema público de salud puede extender baja por incapacidad temporal.

¿Podría ocurrir que teniendo alguna de estas patologías tenga que ir a trabajar?

Sí, si efectivamente se pueden implantar medidas de protección efectivas incluyendo la reubicación, o si el puesto de trabajo no implica un riesgo adicional, se podrá continuar trabajando con normalidad.

Teniendo en cuenta el historial clínico del paciente, el médico o médica del sistema público de salud puede extender baja por incapacidad temporal

¿Cuánto dura la baja?

El Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, indica que, a la vista de los distintos indicadores y parámetros examinados en relación con las capacidades estratégicas de asistencia sanitaria, vigilancia epidemiológica, contención de las fuentes de contagio y protección colectiva, el avance favorable en la contención de la pandemia y de las cadenas de transmisión permite en el momento actual que, una vez expirada la vigencia de la última prórroga, y superadas todas las fases del proceso de desescalada, queden sin efecto las medidas derivadas de la declaración del estado de alarma en todo el territorio nacional, entrando en lo que se ha denominado “nueva normalidad”, lo cual afecta también a las medidas que se han

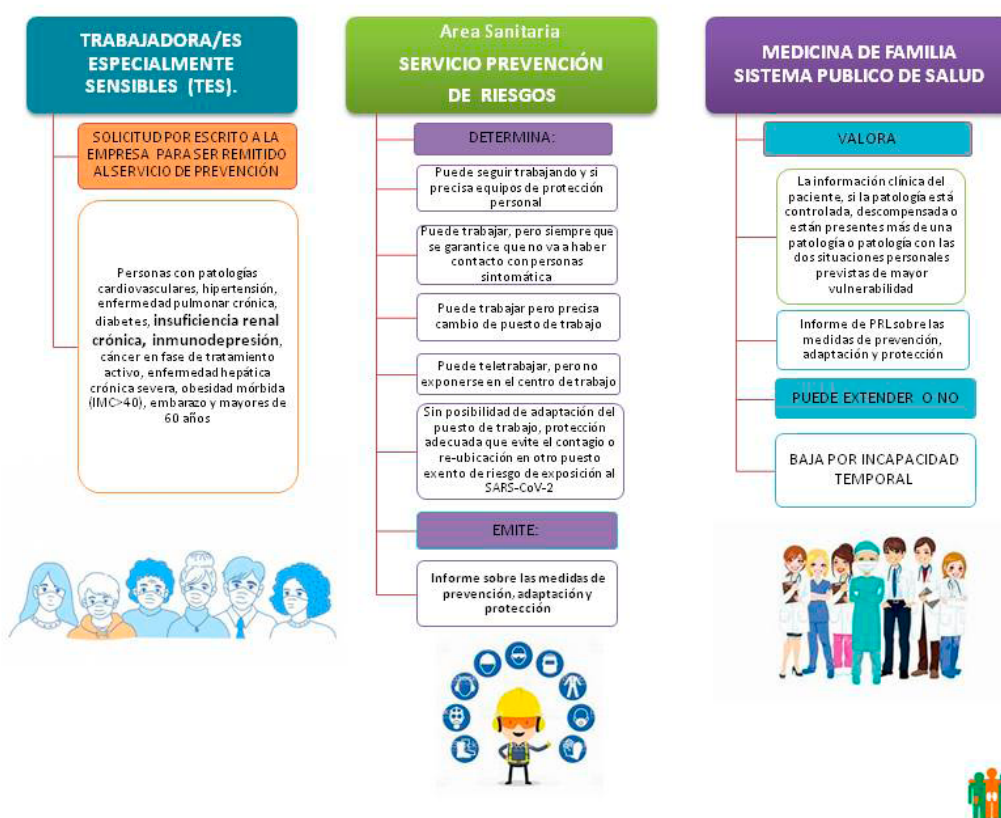
aplicado a la consideración como trabajador especialmente sensible en el periodo pandémico de alarma.

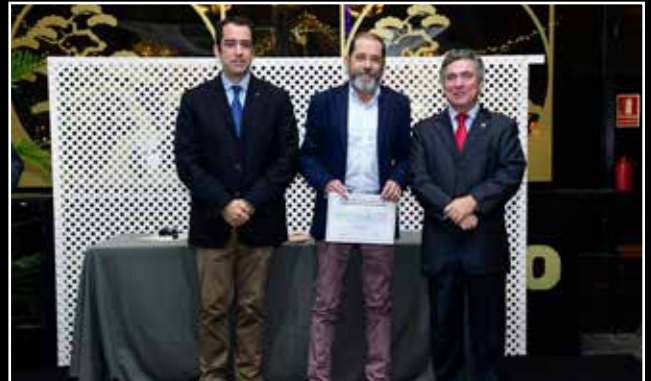
Según la Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de incapacidad temporal emitidos a los trabajadores especialmente sensibles por especial vulnerabilidad frente al coronavirus sars- cov-2. los procesos de incapacidad temporal de estos colectivos que persisten en la actualidad, porque no se han revisado en función del riesgo existente en ese periodo de paso entre las fases II y III de la desescalada, deberán revisarse lo antes posible en la medida en que se considera que, con las medidas adoptadas en los centros de trabajo, en cumplimiento del Real Decreto-ley 21/2020, el riesgo en los mismos será similar al riesgo comunitario, que en estos momentos se considera bajo o muy bajo. La fecha

de alta será la que cumplimente el facultativo del SPS al emitir el correspondiente parte de alta. No obstante, en aquellos casos en que el SPRL considerara de manera fehaciente la necesidad (por las especiales características del caso concreto) de mantener el proceso de incapacidad temporal, así se lo hará saber al facultativo del Servicio Público de Salud (SPS).

Es recomendable que los informes de los SPRL le lleguen (previa comunicación al interesado) al facultativo responsable de la emisión del parte de baja y de alta lo antes posible, bien mediante su entrega por el propio asegurado, bien a través de los Servicios de Inspección Médica de los respectivos SPS o bien desde el propio SPRL al facultativo antes referido. Para estas comunicaciones se utilizarán preferentemente medios electrónicos.

QUÉ HACER SI ERES COLECTIVO VULNERABLE Y TIENES QUE INCORPORARTE O REINCORPORARTE AL TRABAJO





SIEMPRE EN NUESTROS CORAZONES

ALEJANDRO DÍAZ GONÇALVEZ



- **PRESIDENTE DE ALCER LAS PALMAS**
- **SECRETARIO DE FEDERACIÓN NACIONAL ALCER**
- **PRESIDENTE DE COCEMFE LAS PALMAS**

Querido Tío Ale

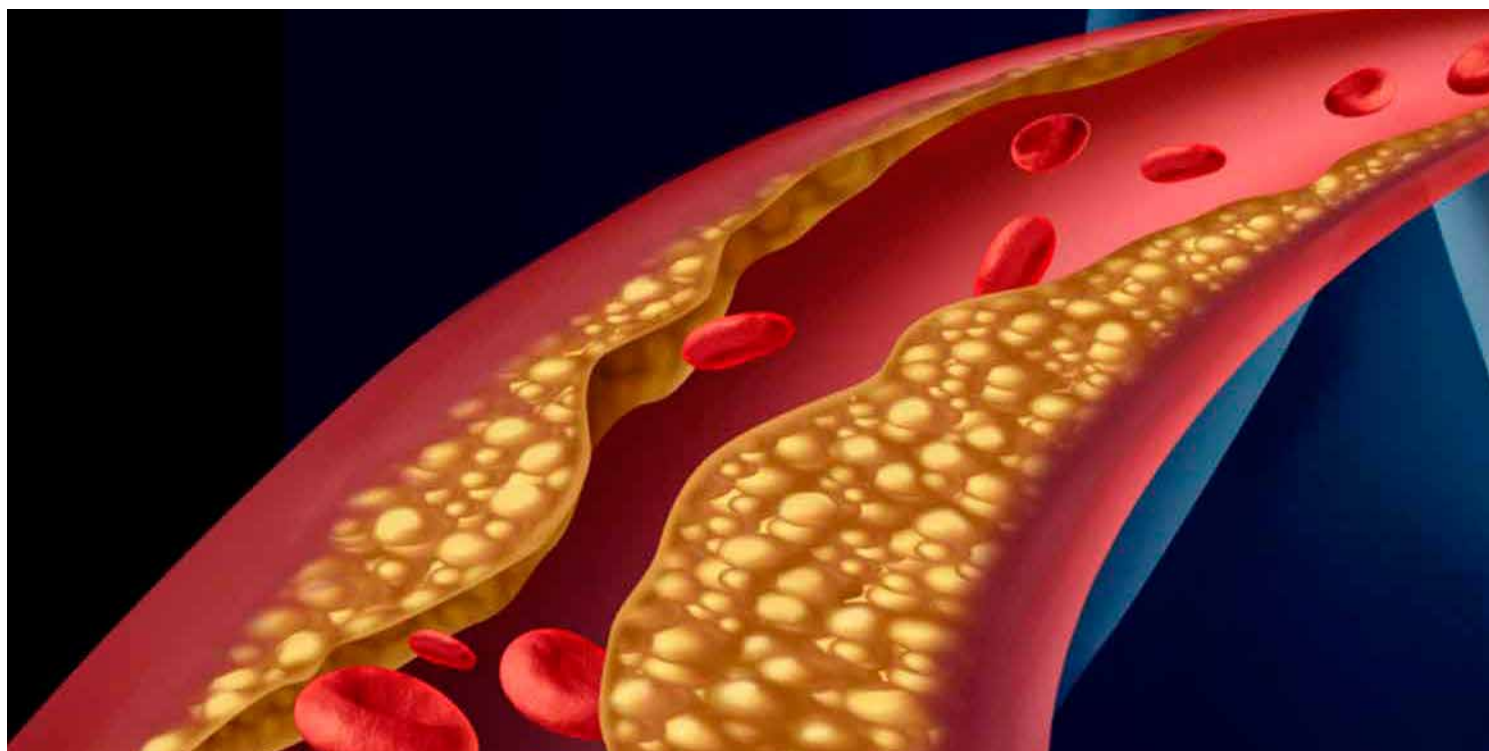
Pensé que nunca llegaría este día. Ese en el que tenemos que decirte adiós para siempre. Aunque esté roto de dolor, he querido dedicarte una carta para que sepas todo lo que yo sentía por ti. Eras una de esas personas que no dejaba a nadie indiferente. Tenías un carácter muy fuerte, pero a la vez un corazón a la altura de la gran persona que eras. Nunca me paraba a pensar que eras un enfermo. Has sido tan luchador y callado, que vivíamos pensando que estabas sano y al 100%. Todavía recuerdo cuando te preguntaba por las tres bolas que tenías en el brazo, y tú me decías que te había mordido una serpiente. O todas las veces que has tenido que ir a diálisis antes de cada partido, y prometo que jamás te oí quejarte. Me encantaba ir al fútbol contigo. Siempre con tus manías. Me acuerdo del día que llegabas enfadado porque no te dejaban entrar por tu puerta de la suerte. Te tuviste que encarar incluso con los trabajadores. O cuando no te ponías tu radio hasta pasados los primeros 20 minutos. Me encantaba porque eras muy tranquilo, aunque a veces no te contenías. Saltabas del asiento y te ponías a insultar al árbitro de turno y a gritar algún que otro taco. Pero bueno, yo me reía un rato. Tu carácter era muy peculiar. También recuerdo cuando viniste a dar una charla a mi colegio. Yo iba orgulloso, y presumía de mi tío. Siempre serás un referente. Y lo bien que comunicabas eh, porque esa es otra.

Te puedes ir con la satisfacción de que has conseguido todos tus logros. Has vivido con una mujer que te ha querido un montón, y tú mucho a ella. Trabajaste hasta que te jubilaron, que me acuerdo de que mi padre lo celebró como si le jubilaran a él. Y desde ahí, un no parar. Presidente de ALCER, 15 años de casados, unos cuantos viajes a pesar de tu discapacidad, un cuarto trasplante... Aunque he de reconocer que me duele mucho que no hayas podido disfrutar más esta nueva vida, porque el día que viniste a GC después de la operación fue uno de los más felices de mi vida. También me duele mucho que no veas los logros que vaya consiguiendo a lo largo de mi vida, y que no puedas ver cómo crecen Marta y María, a las que las considerabas prácticamente tus hijas. Pero uno nunca sabe si incluso ahora mismo nos estarás viendo, o quizás oyendo.

De ti aprendo las ganas de vivir, el afán de querer ganarle la batalla a la vida, la capacidad que tenías de disfrutar pequeños momentos sabiendo que no se podían volver a repetir, pero sobre todo ese amor que desprendías. Eras una muy buena persona, noble y bondadosa. Sé que puede sonar a tópico, pero sólo muere aquel que es olvidado. Yo nunca te olvidaré. Con todo el dolor de mi corazón te despido, pero sé que me acompañarás en este camino de la vida. Serás mi ángel de la guarda.

Te quiere, tu sobrino Guillermo





DISLIPEMIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

EL ENEMIGO SILENCIOSO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Existen algunos factores de riesgo que influyen en la enfermedad renal crónica (ERC) que son claramente aceptados por el paciente y provocan concienciación para la toma de los tratamientos adecuados, por ej la hipertensión arterial. No obstante, otros factores de riesgo cardiovascular (CV) tienen menos impacto en dicha concienciación, pero sin embargo tiene una gran importancia en el pronóstico del paciente con enfermedad renal. Entre ellos, la dislipemia.

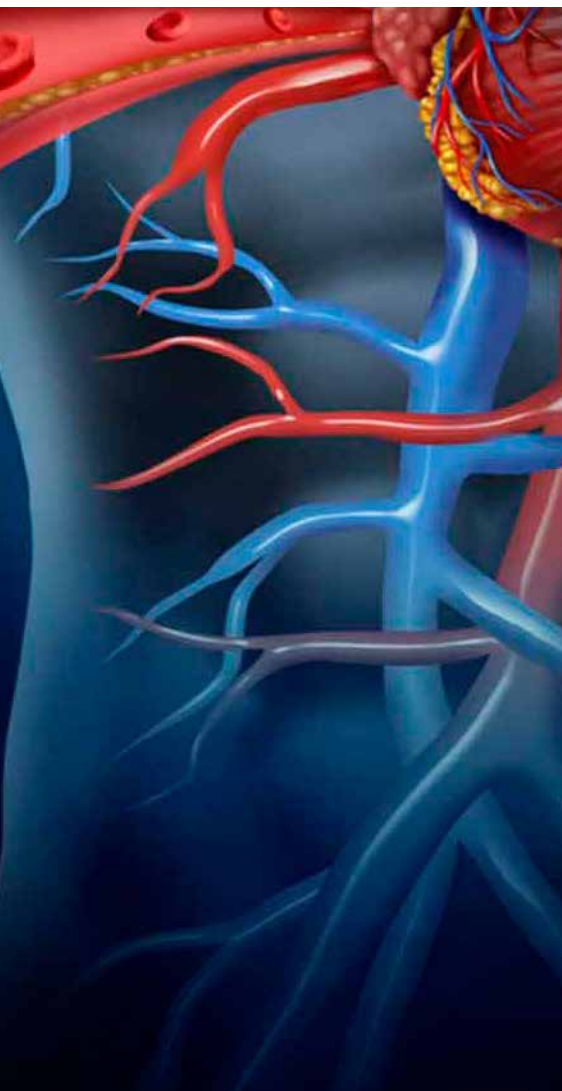
Definición de dislipemia: La dislipemia es la alteración en los niveles de lípidos (grasas) en sangre (fundamentalmente colesterol y triglicéridos). El exceso de colesterol en sangre produce la acumulación de este dentro de las arterias, que inicia la aparición de placas de ateroma (Figura 1).

Esto hará que las arterias disminuyan su calibre y endurezcan, comprometiendo la llegada de oxígeno y nutrientes al órgano al cual irrigan, (corazón, cerebro, miembros inferiores), con la consecuente afectación de este y aparición de infarto de miocardio (en el caso del corazón), ictus (en el caso del cerebro) o enfermedad vascular periférica a nivel de la circulación distal de las piernas (sobre todo en diabéticos con mal control metabólico y CV). Estas alteraciones ocurren también a nivel renal pudiendo producir lesiones en los vasos renales que, junto con el efecto de otros factores de riesgo no óptimamente controlados, como el caso de la hipertensión arterial, tabaquismo o la diabetes, pueden favorecer la progresión de la insuficiencia renal.

Importancia de la dislipemia en el pronóstico cardiovascular

En los pacientes con ERC, la presencia de enfermedad CV tiene una enorme importancia ya que es la primera causa de morbilidad y mortalidad suponiendo el 50 % de las mismas. La dislipemia aterogénica es el principal factor de riesgo en la enfermedad coronaria. Y ello es importante en los pacientes con ERC, porque muchos de estos pacientes no llegarán a iniciar tratamiento sustitutivo renal porque pueden fallecer de complicaciones cardiovasculares en estadios anteriores a la diálisis. Las tasas de complicaciones cardiovasculares aumentan a medida que disminuye la función renal. Y esta tasa es muy elevada en los pacientes en diálisis.

En la población general hay unos factores clásicos de riesgo que producen enfermedad CV. Entre ellos desataca la hipertensión arterial, la dislipemia y el antece-



► Dr Jose Luis Górriz. Jefe de Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario. Presidente de la Sociedad Valenciana de Nefrología @jlgorritz

dente de enfermedad CV (infarto de miocardio o ictus) en familiares, especialmente si han ocurrido en edades tempranas (antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres). Pero también existen otros factores, denominados no tradicionales, y específicos del paciente con ERC que pueden favorecer el desarrollo de enfermedad CV, como la presencia de albuminuria, las alteraciones del metabolismo óseo-mineral o la inflamación crónica de bajo grado inherente a los distintos grados de enfermedad renal.

Los lípidos están compuestos por unas sustancias llamadas lipoproteínas (combinación de grasas y proteínas, ya que los lípidos necesitan una proteínas o transportadores para movilizarse por el organismo).

Los principales componentes de los lípidos son:

- El colesterol LDL ("low density lipoproteins" en inglés o proteínas de baja densidad). Se encargan de transportar el colesterol a los tejidos.
- El colesterol VLDL ("very low density lipoproteins" en inglés o lipoproteína de muy baja densidad). Se encargan de transportar los triglicéridos a los tejidos
- El colesterol HDL ("high density lipoproteins" en inglés o lipoproteínas de alta densidad). Transportan el colesterol al hígado donde es metabolizado o eliminado.

El colesterol LDL y VLDL se han considerado como colesterol "malo", es decir, sus niveles elevados se asocian a mayor riesgo CV en la población general. Y el HDL se ha considerado como colesterol "bueno" ya que sus niveles elevados se asocian a un mejor pronóstico y menor riesgo CV

Peculiaridades de la dislipemia en la enfermedad renal crónica Por otra parte, la ERC produce unas alteraciones o disregulación en el metabolismo de los lípidos que hacen que se presenten unas características diferentes a la de la dislipemia de la población general, y estas alteraciones son mas acusadas a medida que disminuye la función renal. Estas alteraciones típicas e la ERC son:

- La elevación de los triglicéridos, ya que en la ERC hay un aumento en su producción y una disminución en su eliminación.
- Alteraciones del colesterol LDL, especialmente cualitativas, de forma que se produce una elevación muy discreta de estas partículas, pero que son mas pequeñas y densas y como resultado, mas aterogénicas, es decir, con mas probabilidad de producir enfermedad CV.
- Disminución de las HDL o colesterol "bueno", a la vez que la ERC produce cambios en estas partículas que hacen que pierdan su poder protector frente a

la aterosclerosis o poder antiaterogénico.

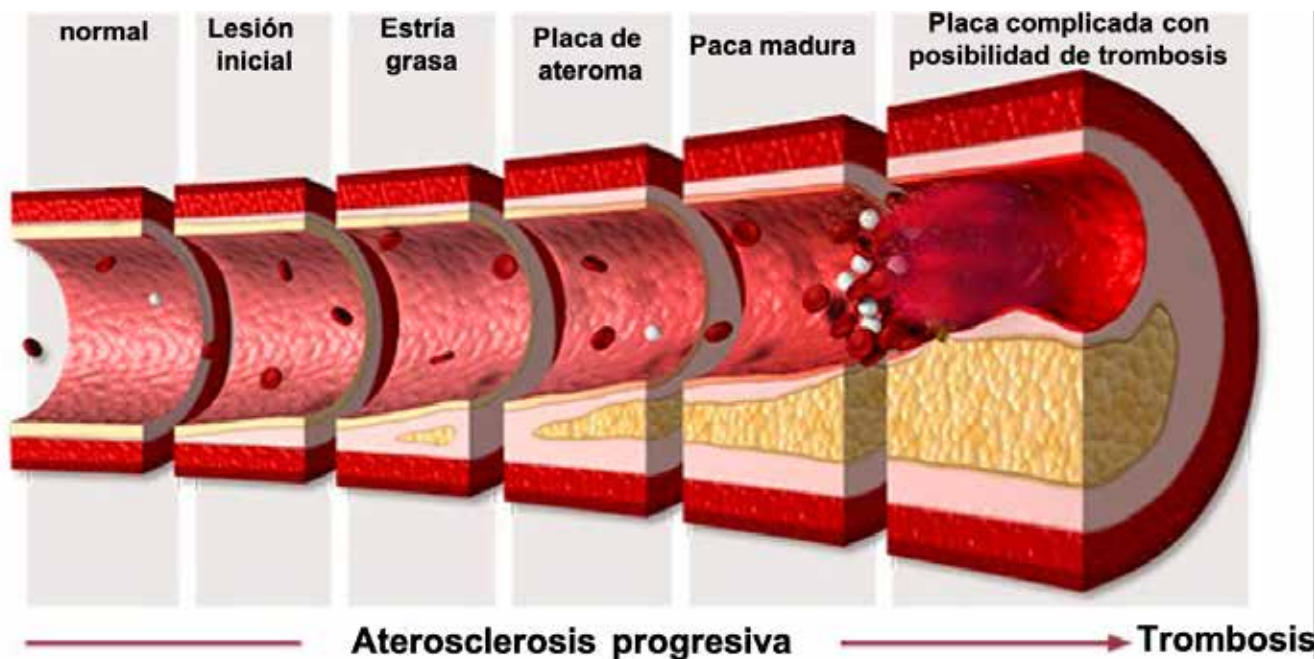
Importancia de la reducción del colesterol LDL

En los últimos años varias guías han enfatizado el papel del colesterol LDL como indicador para el tratamiento farmacológico con agentes para tratar la dislipemia en pacientes con ERC. En la población general claramente existe una relación directa entre los niveles de colesterol LDL y el riesgo de enfermedad CV, pero en los pacientes con ERC existe cierta controversia especialmente en los pacientes en diálisis donde no siempre existe un mayor riesgo CV a medida que aumenta el colesterol o al menos no siempre se ha demostrado.

La literatura científica ha demostrado que en la población general la reducción del colesterol LDL se asocia a una menor incidencia de acontecimientos cardiovasculares, y en general cuanto mas baja sea esta cifra, hay mayor beneficio. Este aspecto también se demostró en el estudio SHARP realizado hace 10 años en pacientes con ERC, en el que se demostró claramente que el tratamiento con medicaciones para la dislipemia (estatinas y ezetimiba) se asoció a una menor aparición de acontecimientos cardiovasculares en pacientes con ERC que no estaban en diálisis. Y ello fue independientemente de la cifra de colesterol LDL, es decir, que con cifras de colesterol LDL consideradas como "normales" en aquellas fechas (alrededor de 100 mg/dl) existía beneficio con el tratamiento. No se observó el mismo beneficio en los pacientes en diálisis, quizá por diversos motivos, factores de confusión o insuficiente tamaño de la muestra.

Recomendaciones de las guías de dislipemia

Las guías que analizan el riesgo CV en la población general no sirven para el paciente con ERC ya que no incluyen muchos de los factores presentes en esta población específica de riesgo. Pero con las peculiaridades anteriormente descritas, el paciente



con ERC es considerado como un paciente de alto o muy alto riesgo CV. Con todos estos precedentes, las recientes guías de la Sociedad Europea de Cardiología, Sociedad Europea de Arterioesclerosis, así como las guías KDIGO del manejo de la dislipemia en la ERC sitúan al paciente con ERC como de alto o muy alto riesgo CV. Los pacientes con ERC estadio 3 (FGe 30-60 ml/min/1,73m²) son considerados de alto riesgo CV y en ellos el objetivo a conseguir en los niveles de colesterol LDL debe ser de 70 mg/dL y una reducción mayor del 50 % sobre el nivel basal. Los pacientes con ERC estadio 4 (FGe < 30 ml/min/1,73m²) son considerados de muy alto riesgo CV y el objetivo de LDL a conseguir debe ser menor de 55 mg/dL igualmente con una reducción sobre las cifras basales mayor del 50 %.

Tratamiento de la dislipemia

El mayor efecto de las medidas generales se logra frente a la hipertrigliceridemia donde la dieta pobre en grasas e hipocalórica, restricción del alcohol y pérdida de peso consigue importantes beneficios. Otro objetivo para conseguir es el incremento del HDL o colesterol "bueno" y ello se puede conseguir mediante la reducción de peso, eliminación del tabaco y ejercicio físico. Todas las anteriores medidas pueden conseguir una reducción modesta del colesterol LDL o colesterol "malo", y como en el paciente con ERC se deben conseguir objetivos muy estrictos de estas cifras,

en un porcentaje muy elevado de pacientes se deberá recurrir al tratamiento farmacológico, especialmente con estatinas.

Los tratamientos farmacológicos de la dislipemia incluyen:

- **Estatinas:** Son uno de los grupos farmacológicos que mas vidas han salvado considerando su beneficio en la reducción de acontecimientos cardiovasculares por su efecto en la reducción de placa de ateroma. Estos fármacos reducen la síntesis de colesterol en el hígado y además favorecen la "limpieza" del colesterol LDL de la sangre, así como de partículas ricas en triglicéridos. Las estatinas son muy bien toleradas y sus efectos secundarios son raros, pero deben conocerse. Entre ellos destaca la aparición de mialgias o dolores musculares leves que pueden desaparecer tras cambio de tipo de estatina o reducción de dosis. Esta complicación se presenta en pacientes que reciben múltiples tratamientos, especialmente fibratos y presentan otras múltiples comorbilidades. Recientemente se ha descrito la posibilidad de que el tratamiento a largo plazo con estatinas puede favorecer el desarrollo de diabetes mellitus. Esto es mas frecuente en pacientes que presentan antecedentes familiares de diabetes y en aquellos con pre-diabetes. Pero la tasa es tan pequeña que los beneficios derivados del tratamiento con estatinas superan con creces la posibilidad de desarrollo de diabetes mellitus

en pacientes con predisposición a ello. Las estatinas son sin duda ninguna el tratamiento de base de la dislipemia de la ERC y prácticamente casi todos los pacientes con ERC deberán recibirlas en su esquema de tratamiento.

- **Inhibidores de la absorción de colesterol (ezetimiba):** Estos fármacos inhiben la absorción intestinal del colesterol biliar y de la dieta sin afectar la absorción de los nutrientes en grasa. Consiguen potenciar el efecto reductor de la estatina sobre el colesterol LDL y permite reducir las dosis de estas para minimizar los posibles efectos secundarios. Tiene un papel muy importante en el paciente con ERC ya que ayudan a conseguir los objetivos recomendados por las guías en el paciente con ERC sin efectos secundarios relevantes. De esta manera la combinación de estatinas y ezetimiba logra el control de la dislipemia en la mayoría de los pacientes con ERC.

- **Fibratos:** Son fármacos utilizados para la reducción de la hipertrigliceridemia. Su uso ha sido controvertido, indicándose solo en pacientes con cifras muy elevadas de triglicéridos. No hay evidencia de beneficio en pacientes con insuficiencia renal y en cambio se han asociado a efectos secundarios renales. Se requieren mas estudios, específicamente en pacientes con ERC.

- **Acidos omega 3:** También ha sido motivo de controversia y aunque diversos estudios no

han mostrado beneficio en la hipertrigliceridemia de la población general, recientemente su uso en dosis elevadas sí que lo ha demostrado. Desafortunadamente no hay datos en pacientes con ERC. Estos fármacos pueden ser una buena alternativa en pacientes con ERC, donde el uso de fibratos se asocia a muchos efectos secundarios. Necesitamos más estudios y evidencias para su uso en la ERC.

- Inhibidores de PCSK9: Son anticuerpos monoclonales que impiden que una enzima (PCSK9) destruya el receptor de la membrana de las células del hígado, disminuyendo la producción de colesterol por este órgano y permitiendo el reciclaje de receptores de colesterol LDL para conseguir un mejor aclaramiento o limpieza del colesterol LDL o "malo" de la sangre. Su administración es subcutánea (pinchado). En combinación con estatinas consiguen muy importantes reducciones del colesterol LDL con una tolerancia excelente. Recientes datos han mostrado importante beneficio en pacientes con ERC. Su inconveniente es el precio elevado del tratamiento.

Realidad de la dislipemia en la enfermedad renal

La realidad clínica es que en diversos estudios se ha mostrado que muy pocos pacientes con ERC presentan niveles adecuados de colesterol LDL, o al menos los recomendados por las guías, y ello plantea que están expuestos a mayor riesgo de acontecimientos cardiovasculares ateromatosos. Por ello es importante la concienciación de la dislipemia como un factor de riesgo CV que puede ser modificado mediante tratamiento. Esta concienciación también debe ser tomada en cuenta por parte de los médicos que tratamos pacientes con ERC. La ausencia de síntomas o silencio de la enfermedad CV o ateromatosis no es una excusa para que no se tomen las medidas desde las fases iniciales en pacientes de riesgo como el paciente con ERC.

Mensajes clave:

- Los pacientes con ERC tienen un elevado riesgo CV.

- Los pacientes con ERC presentan alteraciones en el perfil lipídico que empeoran a medida que empeora la función renal. El perfil lipídico y características de la aterosclerosis pueden explicar en parte este mayor riesgo CV de la ERC.

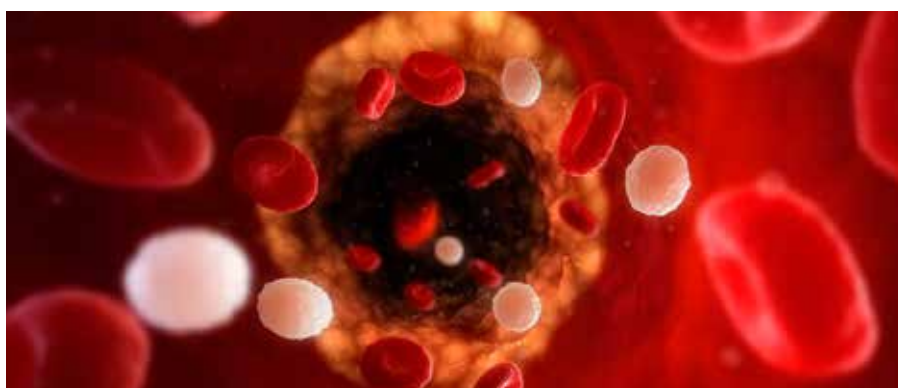
- En los pacientes con ERC estadio 3, las guías actuales recomiendan unos objetivos de colesterol LDL de 70 mg/dl (con disminución del 50% sobre la cifra basal), y en los pacientes con ERC estadio 4 el objetivo a conseguir de colesterol LDL es de 55 mg/dl (con disminución del 50% sobre la cifra basal). Para conseguir dicho objetivo se necesitan altas dosis de estatinas o combinación (ezetimiba). Aun así, no siempre se pueden conseguir dichos objetivos.

- Aunque las medidas generales (dieta con restricción de grasas e hipocalórica y reducción de peso) tienen un efecto modesto sobre la dislipemia, se requiere tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con

El tratamiento de la dislipemia en el paciente con ERC incluye estatinas, ezetimiba y en casos en los que no se consigan objetivos adecuados inhibidores del enzima PCSK9

ERC para conseguir los objetivos de dislipemia recomendados por las guías.

- El tratamiento de la dislipemia en el paciente con ERC incluye estatinas, ezetimiba y en casos en los que no se consigan objetivos adecuados inhibidores del enzima PCSK9.



Realidad de la dislipemia en la enfermedad renal

La realidad clínica es que en diversos estudios se ha mostrado que muy pocos pacientes con ERC presentan niveles adecuados de colesterol LDL, o al menos los recomendados por las guías, y ello plantea que están expuestos a mayor riesgo de acontecimientos cardiovasculares ateromatosos. Por ello es importante la concienciación de la dislipemia como un factor de riesgo CV que puede ser modificado mediante tratamiento. Esta concienciación también debe ser tomada en cuenta por parte de los médicos que tratamos pacientes con ERC. La ausencia de síntomas o silencio de la enfermedad CV o ateromatosis no es una excusa para que no se tomen las medidas desde las fases iniciales en pacientes de riesgo como el paciente con ERC.

Beatriz

Domínguez-Gil

DIRECTORA ONT



“LA CREACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE NOS PERMITIRÍA CREAR ÓRGANOS A LA CARTA, PERSONALIZADOS PARA CADA PACIENTE”

▶ Ana Belén Martín

1.- ¿Cómo llegó a la Organización Nacional de Trasplantes, cómo recuerda sus inicios?

Trabaje durante varios años en el Hospital Doce de Octubre de Madrid. Me formé como nefróloga. Me presenté a un proceso selectivo de la Organización Nacional de Trasplantes en el año 2006, donde estaban buscando profesionales médicos que quisieran incorporarse al equipo; en un principio tuve dudas si sumarme a este proyecto, ya que me formé como médico para estar a pie de cama del paciente, por lo que durante un tiempo, eché de menos ese contacto con el paciente, pero según fui introduciéndome en el trabajo que realiza la ONT, me di cuenta de que mejor manera de ayudar a los pacientes y a sus familias era a través del trasplante y aunque perdía ese contacto directo con el paciente, podía ayudar a muchas personas. Rápidamente me adapté a mi trabajo y aunque posteriormente me surgió posibilidades de regresar al hospital, ya nunca quise hacerlo.

2.- Llegar a ser directora de la ONT, una institución tan valorada internacionalmente, y sustituyendo al Dr. Matesanz, ¿ha supuesto para usted un gran reto?

Realmente, tuve poco tiempo para digerir la noticia de la sustitución del Dr. Matesanz, aunque había anunciado su jubilación un año antes. Por diferentes motivos, se prolongó, y aunque yo era consciente que podría ser una de las personas candidatas a sustituirle, no lo supe con certeza hasta dos o tres días antes. Estaba muy orgullosa de poder sustituir a Rafael Matesanz y de que él confiara en mí para dirigir un organismo como la ONT.

También lo asumí con una enorme responsabilidad, ya que Matesanz siempre ha sido mi maestro y es un referente. No me abruma el pasado, sino el futuro, estar a la altura de las circunstancias. El pasado me sirve para aprender, para inspirarme.

3.- De toda la labor que ha realizado profesionalmente en la ONT, ¿Cuál es la fase más gratificante?

La ONT gestiona actividades muy diversas y todas ellas imprescindibles, el alma de la organización es la coordinación de trasplantes, los procesos de donación junto con los hospitales. Todo el proceso es siempre satisfactorio, pero a mí me gusta recordar que un momento de dolor como es el fallecimiento inesperado de una persona, su familia

es capaz de decir ‘sí’ a la donación. Son personas capaces de pensar en el bienestar ajeno. Para mí, particularmente, son lecciones de vida.

4.- Y si tuviera que cambiar alguna cosa ¿qué sería?

No cambiaría nada. Hay cosas que podría haberlo hecho de otra forma, pero los errores te ayudan a mejorar; en conseguir un programa de donación cada vez más sólido y efectivo.

5.- Leemos y escuchamos muchas noticias sobre la fabricación de órganos para trasplante con células madres ¿usted cree que llegaremos a verlo?

Llegaremos a verlo algún día, pero aún queda mucho camino por recorrer. Es importante estar al corriente de estas nuevas líneas de investigación centradas en la creación de órganos para trasplante, que son importantes por dos motivos:

ayudarán con la escasez de órganos y, además, permitirían generarlos a la carta, personalizados para cada receptor, con sus propias células. De esta forma, desde el principio podríamos eliminar el uso de inmunosupresores de por vida.

LOS PROYECTOS DE FUTURO

El futuro pasa por seguir trabajando en el ámbito de la donación en asistolia y de la donación con criterios expandidos. El proyecto de cooperación con la sanidad privada ya estaba muy avanzado antes de que se declarara la pandemia y, en cuanto la situación esté más normalizada, volveremos a retomarlo en aquellas comunidades autónomas con presencia de la sanidad privada. El objetivo es que estos centros se incorporen a la donación de órganos y tejidos de personas fallecidas. También trabajamos en perfeccionar nuestras herramientas de registros y en la digitalización de la ONT. Todo ello son objetivos que tenemos en mente y en los que vamos a seguir trabajando, con el objetivo de alcanzar en el año 2022, los 50 donantes por millón de población. Lo habríamos alcanzado este año si no hubiera sido por la COVID19.

6.- ¿Cuál va a ser la estrategia de la ONT para recuperar las cifras de donaciones que se han visto alteradas por la pandemia?

La pandemia ha tenido un impacto muy grande en el programa nacional de donación y trasplante por muchos motivos. Por una parte nos ha obligado a modificar todos nuestros estándares y protocolos de actuación para garantizar la seguridad de los donantes vivos, de los receptores y de los profesionales que trabajan en el programa de donación y trasplante. Por ello, ahora debemos descartar la presencia de infección por coronavirus en todos los donantes. Antes de proceder al trasplante, también debemos descartar la presencia de la infección en el receptor.

7.- ¿Qué mensaje enviaría a las personas con enfermedad renal crónica y a sus familiares, ya que ha sido uno de los colectivos más vulnerables y afectados por la COVID19?

Es importante transmitir a los pacientes el mensaje de que los hospitales están estableciendo circuitos libre de COVID-19. Garantizan que todo el proceso se realiza con seguridad, confiando en toda la red de donación y trasplante.

La epidemia nos ha afectado a todos y ha tenido un enorme impacto tanto en la forma de trabajar como en la relación de los pacientes con el sistema sanitario. Los tres mensajes clave serían: PRECAUCIÓN, PREVENCIÓN Y CONFIANZA EN SUS EQUIPOS.

“Siempre me gusta recordar que en un momento de dolor como es el fallecimiento inesperado de una persona, su familia es capaz de decir sí a la donación”

EL CONSEJO

Los equipos médicos de trasplante son los que mejor van a aconsejar a los pacientes. Ellos saben cuál es la mejor opción terapéutica para cada momento.

DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER RENAL



ALCER ASTURIAS



ALCER ÁVILA



ALCER BURGOS



ALCER CÁCERES



ALCER CASTALIA



ALCER CEUTA



ALCER CORUÑA



ALCER CORDOBA



ALCER GRANADA



HIPOFAM



DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER RENAL

ALCER HUESCA

**DÍA MUNDIAL
DEL CÁNCER RENAL**
*Necesitamos hablar
sobre el Ejercicio Físico*



ALCER ILLES BALEARS



ALCER JAÉN



ALCER MADRID



ALCER MÁLAGA



ALCER LA RIOJA



ALCER LAS PALMAS



ALCER TERUEL



ALCER TOLEDO





DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER RENAL



*Necesitamos hablar
sobre el Ejercicio Físico*

18 de Junio de 2020

www.alcer.org

www.worldkidneycancerday.org

3 de cada 4 pacientes con cáncer de riñón no realizan suficiente ejercicio físico

Los estudios demuestran que estar físicamente activo puede reducir su riesgo de padecer cáncer de riñón hasta en un 22%. El problema es que tres de cada cuatro pacientes con cáncer de riñón actualmente no realizan suficiente ejercicio físico. Por ello el tema propuesto para el Día Mundial del Cáncer de Riñón de este año, el 18 de junio, es que necesitamos hablar sobre el ejercicio físico, para ayudar a crear conciencia de cómo incluso pequeñas cantidades de actividad física suave pueden ayudar a prevenir el cáncer de riñón y transformar la vida de los pacientes con cáncer renal en todo el mundo.

El problema es que tres de cada cuatro pacientes con cáncer de riñón actualmente no realizan suficiente ejercicio físico. Por ello el tema propuesto para el Día Mundial del Cáncer de Riñón de este año, el 18 de junio, es que necesitamos hablar sobre el ejercicio físico, para ayudar a crear conciencia de cómo incluso pequeñas cantidades de actividad física suave pueden

ayudar a prevenir el cáncer de riñón y transformar la vida de los pacientes con cáncer renal en todo el mundo

Si ya tiene cáncer de riñón, incluso el ejercicio físico moderado puede mejorar los resultados del tratamiento hasta en un 15%, así como reducir la fatiga relacionada con el cáncer, la ansiedad, la depresión y mejorar la calidad de vida en general.

¿Cuánta actividad física debo hacer?

Como regla general, tanto como su condición lo permita y su cuerpo lo tolere. Si estás moviendo tus articulaciones, estirando tus músculos y elevando tu ritmo cardíaco, lo estás haciendo bien.

Caminar durante 30 minutos tres veces por semana se entiende como ejercicio físico moderado. No tiene que ir rápido (imagine que llega tarde a una reunión) y no tiene que hacerlo todo de una vez. Tres caminatas de diez minutos

tienen el mismo efecto que una caminata de 30 minutos. Los principiantes se mantienen en forma, el yoga suave, incluso caminar por la habitación tendrá beneficios para su salud.

Si te gusta nadar, jugar golf, jugar tenis o bailar, comprométete a hacer un poco más de ello. Lo que debes evitar es la inactividad, así que intenta algunos ejercicios y verá cómo funciona. Hable con su profesional sanitario sobre lo que es mejor para usted en su etapa de tratamiento.



PARA VER TODA LA INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER RENAL EN ALCER.ORG

Changing tomorrow



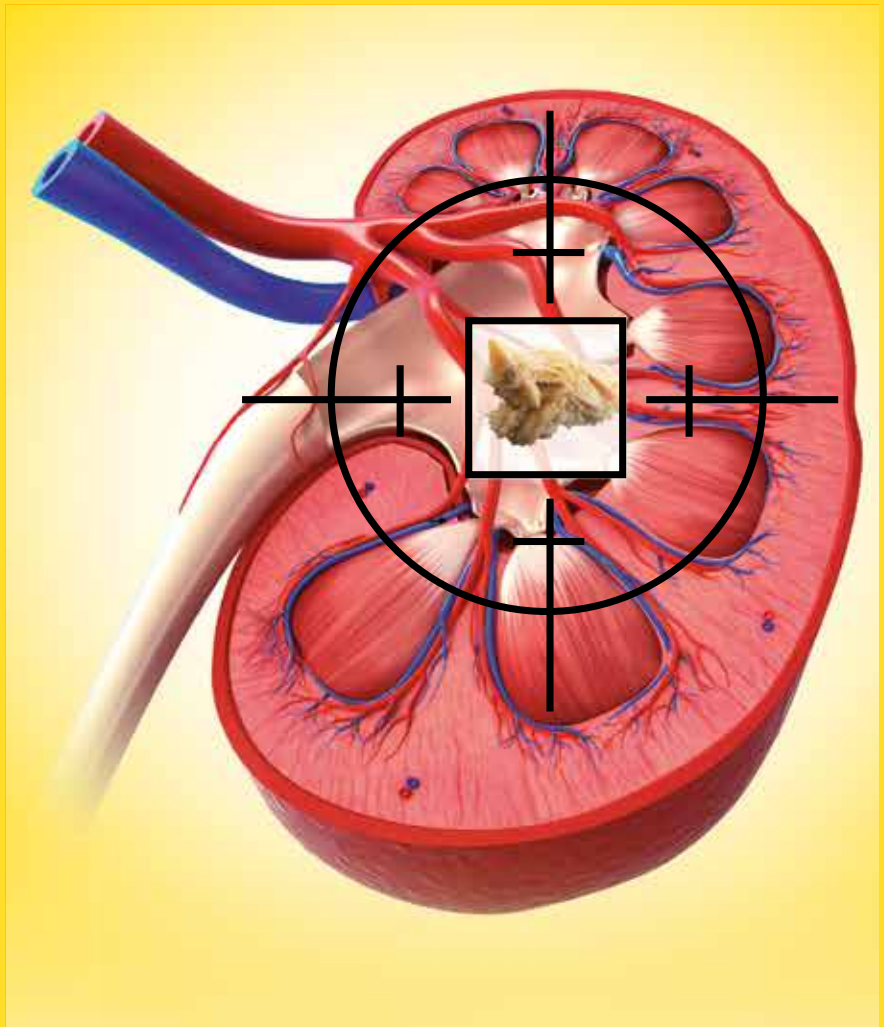
En Astellas estamos comprometidos en convertir la innovación científica en soluciones médicas que aporten valor y esperanza a pacientes de todo el mundo.

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

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

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

Las piedras en el riñón es una enfermedad con un aumento de incidencia y prevalencia en los últimos años, llegando a afectar a aproximadamente un 9-10% de la población. Aunque la mayoría de los pacientes no presentan secuelas a largo plazo tras un episodio de cólico renal, la litiasis se ha estudiado como un posible factor de riesgo para desarrollar enfermedad renal crónica (ERC). Actualmente sabemos que pacientes con historia de piedras en el riñón presentan hasta un doble de posibilidades de padecer de ERC respecto la población sana. Las piedras en el riñón pueden causar daño renal crónico a través de múltiples mecanismos.



¿PIEDRAS, ARENILLAS MOLESTIAS EN EL RIÑÓN?

La pandemia por el Covid 19 ha modificado muchas de las rutinas profundamente integradas en urología, y entre ellas, sin duda una de las más relevantes, el manejo de la patología quirúrgica. Las intervenciones quirúrgicas se han reducido y la precaución de infección por COVID 19 en Hospitales se ha extremado con la finalidad de limitar la infección en centros hospitalarios.

El confinamiento ha llevado a una vida más sedentaria y con ello un aumento de la predisposición a generar piedras en el riñón sin olvidar que los pacientes formadores de piedras tienen un riesgo mayor de padecer enfermedad renal crónica.

A los pacientes con problemas de piedras renales se les recomienda tratamiento conservador directamente ligado a medidas

preventivas. En este sentido la alimentación y los hábitos de vida saludables son grandes aliados para la prevención de las piedras en el riñón.

El doctor aconseja una dieta en la que NO se suprima el calcio, es decir, debemos incluir alimentos que nos aporten 1000-1200mg de calcio al día según la edad y sexo. Si lo acompañamos con comidas que puedan tener una mayor



carga de oxalato reduciremos su absorción. Si en los entrantes incluimos alimentos con proteínas animales, en el plato principal deberíamos limitar la ingesta de proteínas para evitar que sea mayor del 10% de calorías totales.

La necesidad de facilitar la dieta a los pacientes con piedras en el riñón ha llevado a la federación nacional Alcer, en colaboración con Deiters a desarrollar el libro digital de recetas para prevenir las piedras que ya os presentamos con motivo del día mundial del riñón. Entra en alcer.org para conocer diferentes menús.

En este artículo proponemos un menú saludable a base de recetas adaptadas a pacientes con piedras renales por una dietista-nutricionista con el aval del doctor.

Herbensurina Renal es un perfecto complemento para incluir dentro de las medidas

preventivas. 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 y reducir el tamaño del cálculo renal.

“

La pandemia por el Covid 19 ha modificado muchas de las rutinas profundamente integradas en urología, y entre ellas, sin duda una de las más relevantes, el manejo de la patología quirúrgica

LA PREVENCIÓN, UN FACTOR CLAVE

Tras haber padecido un cálculo y expulsado espontáneamente o eliminado con las técnicas adecuadas, 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. 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 de cálculos de ácido úrico.

Cambios en la dieta y hábitos de vida pueden conseguir disminuir el riesgo de formar nuevos cálculos renales a la mitad. En líneas generales las recomendaciones dietéticas son: aumentar la ingesta de agua suficiente para generar dos litros de orina al día, disminuir la ingesta de sal (no solo la sal con la que condimentamos, también evitando alimentos ricos en sal), mantener una aporte de calcio en la dieta acorde a lo recomendado según la edad y sexo del paciente, y disminuir la ingesta de proteína animal así como aumentar el consumo de fruta y legumbres. En muchos casos será aconsejable limitar la ingesta de alimentos ricos en oxalatos como las acelgas, espinacas, remolacha, chocolate, cacahuetes, etc.

RECETAS SALUDABLES PARA PERSONAS CON PIEDRAS EN EL RIÑÓN EN ALCER.ORG

La Federación Nacional ALCER en colaboración con Laboratorios Deiters presenta un libro de recetas adaptadas a personas que padecen piedras en el riñón.

La alimentación y los hábitos de vida saludables son grandes aliados para la prevención de las piedras en el riñón. Es por ello que en este libro os presentamos una serie de recetas adaptadas para personas que padecen piedras en el riñón.

A través de la página web de la Federación Nacional ALCER y por medio de las redes sociales de la Federación Nacional ALCER podrás encontrar las recetas que iremos subiendo de forma progresiva:



ACCEDE A LAS RECETAS PARA PREVENIR LAS PIEDRAS A TRAVÉS DE ALCER.ORG

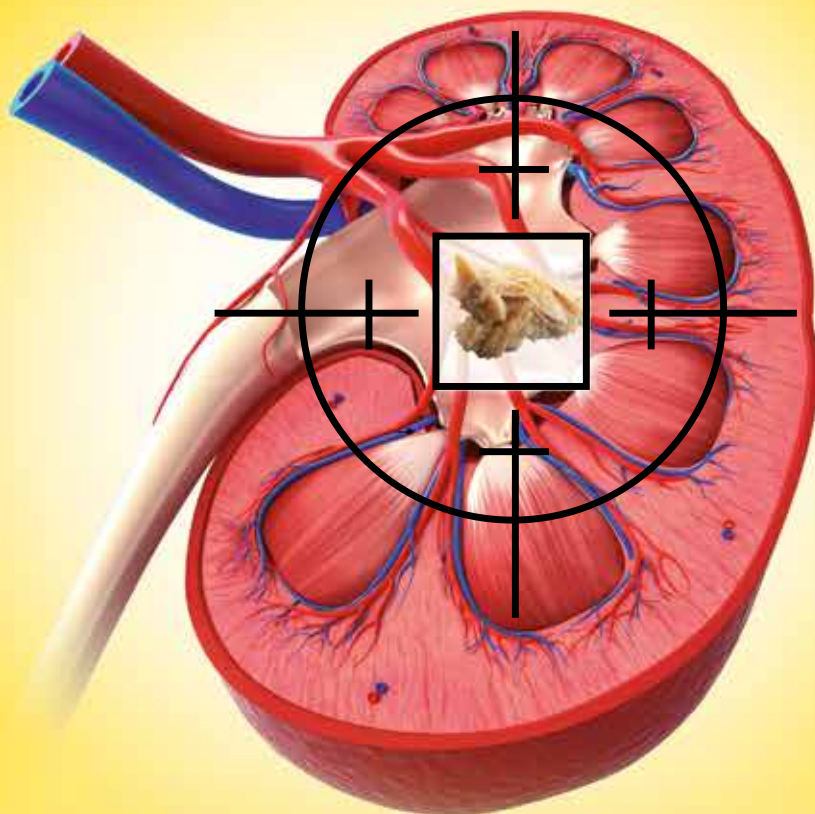
**Consulta tus dudas con el doctor en
www.alcer.org o llamando al teléfono 635 672 205**

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”

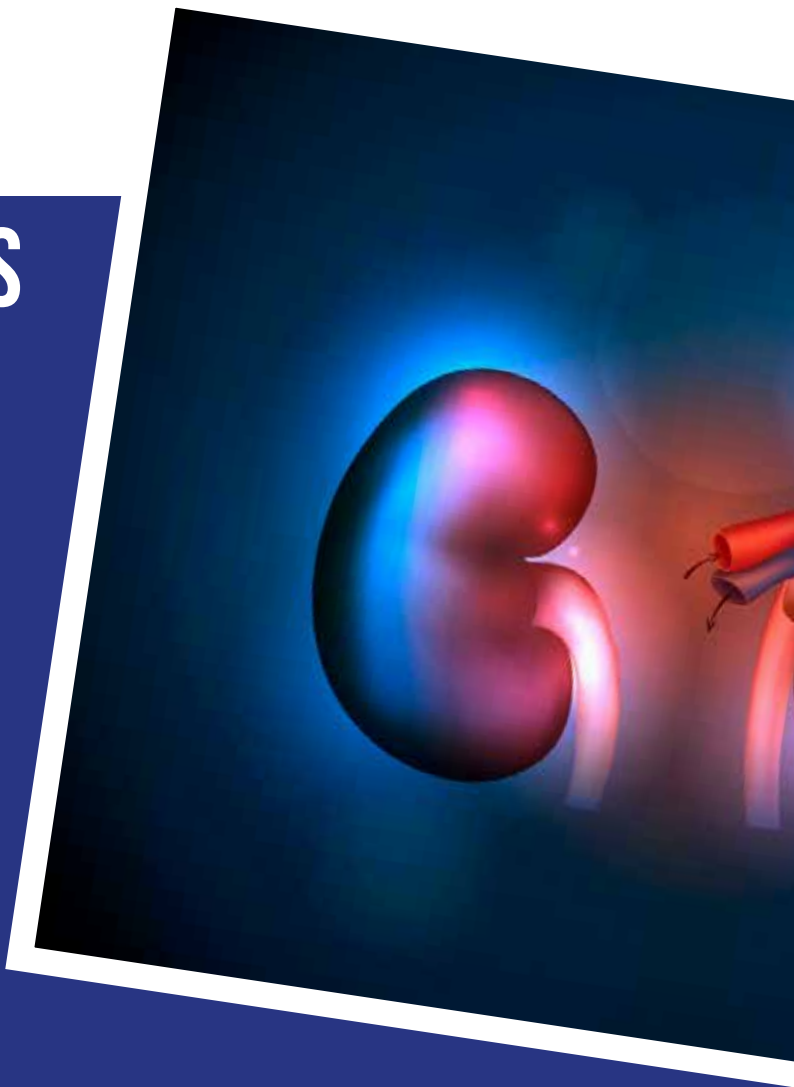
Herbensurina es una formulación a base de Herniaria, planta conocida como “rompe-piedras” complementada con otras plantas con acción diurética y remineralizante. Puede tomarse en infusión, en líquido para diluir en agua o en comprimidos.

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



GLUMEROESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA

El término glomeruloesclerosis segmentaria y focal (GSF) hace referencia exclusivamente a un patrón de lesión renal que observamos en el microscopio y que se caracteriza por la presencia de lesiones de cicatrización y esclerosis en un porcentaje variable de los glomérulos. Este mismo patrón de lesión, puede ser provocado por distintas causas y, cada una de ellas, produce el mismo tipo de lesión renal pero a través de un mecanismo distinto



► Dr. Alfonso Segarra Medrano (Jefe de Servicio de Nefrología, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida)

La incidencia se estima en unos 0,5 – 1,5 nuevos casos por 100.000 personas/año. Según datos del registro Español de glomerulonefritis, la GSF representa un 10% de las biopsias realizadas en las franjas de edad inferior a 65 años y entorno al 5% en enfermos mayores de 65 años. En Europa, su incidencia ha permanecido estable en el transcurso de los últimos 20 años. Por el contrario, tanto en Estados Unidos como en Latinoamérica, se ha descrito un aumento progresivo en el número de casos en el transcurso de los últimos años. En EEUU la GSF es, en la actualidad, la causa más frecuente de síndrome nefrótico del adulto. La GSF se clasifica en primaria o secundaria en función de si se identifica o no una causa responsable de la misma. Entre las

causas actualmente identificadas, destacan las mutaciones en proteínas de la barrera de filtración glomerular, que afectan a la estructura o función de la célula responsable de mantener la arquitectura de los glomérulos (podocitos), las causadas por infecciones víricas, entre las que se puede destacar la infección por parvovirus, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis C o el virus respiratorio sincitial, entre otros, la toxicidad por algunos medicamentos (interferón, pamidronato, anabolizantes hormonales o el consumo de drogas), o la respuesta de adaptación que hace el riñón ante una pérdida progresiva de las unidades de filtración, llamadas nefronas, la obesidad extrema o también las apneas obstructivas del sueño. Las formas primarias, también se llaman idiopáticas (término que significa de

origen desconocido) ya que no es posible identificar cual es la causa de la lesión de los podocitos. En las causas secundarias, es posible definir con mayor o menor detalle a través de que vías se produce la lesión renal, ya sea por un defecto genético habitualmente heredado con un patrón de herencia sea dominante, recesivo o de otro tipo, como consecuencia de una infección vírica o por el efecto tóxico directo de un fármaco. En las formas primarias o idiopáticas, las evidencias de las que disponemos actualmente, nos indican que podría haber alguna molécula que circula en el torrente circulatorio capaz de lesionar el podocito. El hecho de que algunos enfermos con GSF idiopática respondan a tratamiento con corticosteroides y/o inmunosupresores, ha llevado a pensar que, en determinados casos, la



mos como síndrome nefrótico en el que apreciamos que, además de la proteinuria, hay una retención de líquidos en forma de edemas, y en los análisis de sangre, observamos una reducción en el nivel de albúmina y un aumento en el nivel de colesterol. Dado que tanto el tratamiento que debe seleccionarse, como el pronóstico son totalmente diferentes en las formas idiopáticas y en las secundarias, es importante diferenciar entre ambas desde el momento del diagnóstico. Aunque no es obligatorio, las formas idiopáticas y las secundarias a mutaciones, infecciones víricas o toxicidad por fármacos, suelen presentarse en forma de síndrome nefrótico. En las formas que se deben a un crecimiento de las nefronas sanas, para compensar aquellas que se han perdido por diferentes causas, se observa proteinuria, que puede llegar a valores elevados pero, por razones desconocidas, la presencia de un síndrome nefrótico es muy infrecuente y obliga a considerar otras posibles causas.

causa puede estar relacionada con la activación de la respuesta inflamatoria y/o inmune pero no se ha podido demostrar la existencia de fenómenos de autoinmunidad ni de alteraciones en la respuesta inmunitaria capaces de causar lesión renal. El dato que con mayor frecuencia orienta a sospechar que una persona puede sufrir una GFS es la presencia de proteínas en la orina (proteinuria). A veces, la proteinuria se asocia a la presencia de pequeñas cantidades de sangre en la orina (microhematuria) a hipertensión arterial o a grados variables de reducción de la función renal, identificados por un aumento en los niveles de creatinina en la sangre y una reducción en el filtrado glomerular. Cuando la proteinuria es muy intensa (habitualmente superior a 3,5 gramos/24 horas) puede dar lugar a lo que conoce-

Para poder hacer el diagnóstico de GFS, es necesario realizar una biopsia renal en la que se aprecian los datos característicos de esta enfermedad y, siempre que sea posible, hacer un estudio mediante microscopía electrónica. Tras disponer de estos datos, debe iniciarse un estudio sistemático para diferenciar si se trata de una forma primaria o secundaria. Entre las formas secundarias, es muy importante identificar aquellas que son genéticas ya que, en principio, no van a responder al tratamiento con corticoesteroides o inmunosupresores, por lo que la exposición a estos fármacos y a sus posibles efectos secundarios, puede evitarse. Si hay antecedentes familiares claros o afectación de otros órganos como la vista, el oído o determinadas malformaciones, la sospecha de causa genética es alta y es una indicación clara para

realizar el estudio. En los casos en los que no se da ninguna de las anteriores situaciones, realizar un estudio genético depende de la edad, las indicaciones son controvertidas y van cambiando a medida que tenemos un mayor conocimiento de las mutaciones asociadas. Como regla general, el estudio genético, se indica en los casos congénitos (antes de los 3 meses de vida) y en los que se presentan antes del primer año. A partir del primer año y hasta edad adulta, se aconseja realizarlo si: 1.- hay antecedentes familiares, ya que los resultados pueden tener importancia para el consejo genético, para la selección de posibles donantes emparentados y para la predicción del riesgo de recidiva en caso de trasplante y 2.- en caso de resistencia a múltiples tratamientos, sobre todo si se considera la opción futura de un trasplante de donante vivo emparentado. En las formas secundarias, el pronóstico en cuanto a la posibilidad de que se produzca una pérdida progresiva de la función renal que requiera iniciar un tratamiento sustitutivo renal, depende de la causa. En las formas genéticas, todavía no hay un tratamiento específico. En las formas primarias o idiopáticas, el pronóstico depende de la magnitud de la proteinuria y del nivel de pérdida de función renal en el momento del diagnóstico. Los casos con proteinuria no nefrótica, suelen tener una evolución más lenta con preservación de función renal normal en más del 80% a los 10 años de evolución. Por el contrario, los enfermos con síndrome nefrótico, en ausencia de tratamiento, tienen una probabilidad de evolución a enfermedad renal crónica avanzada del 60-70% a los 15 años. Algunos enfermos presentan una evolución muy rápida en un período de 2-3 años. Estos enfermos, generalmente tienen proteinurias muy altas y resistentes a todo tipo de tratamiento.

En las formas primarias, la indicación para iniciar un tratamiento con medicamentos que pueden controlar los mecanismos que causan el daño renal, es habitualmente la presencia de síndrome nefrótico y la variable que más influye en el pronóstico de la función renal es la respuesta al tratamiento. La normalización de la eliminación urinaria de proteínas, se asocia a un pronóstico excelente mientras que la reducción parcial, mejora significativamente el pronóstico en relación a la ausencia de respuesta. El tratamiento de elección son siempre los corticosteroides por vía oral. En caso de que no haya respuesta a los mismos, es posible recurrir al tratamiento con un grupo de fármacos denominados inhibidores de calcineurina del que, los más conocidos son la ciclosporina y el tacrolimus. Algunas personas, responden bien al tratamiento pero deben seguir tomándolo para que la proteinuria no reaparezca. En esta situación, se considera que hay una dependencia del tratamiento y se mantiene la menor dosis posible y durante el menor tiempo posible pero, en ocasiones, el tratamiento de mantenimiento puede ser muy prolongado. Otras personas, presentan resistencia a todos los tratamientos mencionados y se denominan multirresistentes. Se ha intentado el tratamiento con distintos fármacos como el micofenolato mofetil, el rituximab o el oftumumab pero los resultados obtenidos han sido muy variables y discordantes. También se ha intentado utilizar distintas técnicas de limpieza o recambio del plasma, cuyo objetivo es eliminar el factor circulante anteriormente mencionado, pero los resultados de los distintos estudios, son también muy discordantes. En situación de multirresistencia, en muchas ocasiones suele repetirse el estudio genético, si anteriormente no se había realizado o hay opciones de estudiar nuevas mutaciones que

anteriormente no estaban descritas. El tratamiento en caso de multirresistencia, no se centra en obtener la remisión sino que se limita a perseguir el objetivo de alargar la función renal tanto como sea posible. Para ello, se utilizan ya desde hace años los medicamentos que bloquean la angiotensina II, por su efecto reductor de la proteinuria y protector de la función renal. Más recientemente, han aparecido nuevas opciones de tratamiento utilizando un bloqueo doble de angiotensina II y de endotelina 1, con un nuevo medicamento que se llama Sparsentan y se ha demostrado que tiene un mayor efecto reductor de la proteinuria y un mayor enlentecimiento de la pérdida de función renal que el bloqueo de angiotensina II. Además, estudios realizados en enfermos con distintas nefropatías crónicas asociadas a proteinuria, han demostrado que un medicamento inicialmente diseñado para el tratamiento de la diabetes mellitus, la dapagliflozina, puede ser capaz de enlentecer el ritmo de pérdida de función renal y retrasar significativamente el momento en el que se precise tratamiento sustitutivo renal. Su efecto es inespecífico y evidente en diversas enfermedades renales crónicas y, aunque

no especialmente diseñado para la GFS, podría ser útil para alargar la duración de la función renal. Tanto sparsentan como dapagliflozina, podrían también ser útiles en algunas formas secundarias, y en las personas en las que solo hay una reducción parcial de la proteinuria tras el tratamiento inmunosupresor. Para las personas con formas primarias o idiopáticas en las que se ha producido una evolución a insuficiencia renal avanzada, la mejor opción de tratamiento es el trasplante renal, salvo que exista una contraindicación para el mismo. Sin embargo, la GFS puede reaparecer en el riñón trasplantado con una frecuencia media del 40%, que puede ser mayor o menor en función de la edad de inicio, la etnia, la rapidez con la que se produjo la pérdida de función del riñón propio y algunas otras variables. Es posible realizar un trasplante tanto con riñones procedentes de donantes en muerte encefálica o asistolia controlada como de donante vivo emparentado. Sin embargo, en esta última circunstancia, hay que hacer un estudio minucioso y ordenado para asegurar que no está presente ninguna de las circunstancias que claramente desaconsejarían dicho procedimiento.



La Federación Nacional ALCER celebra la Asamblea General 2020

El pasado sábado 20 de junio, la Federación Nacional ALCER celebró la Asamblea General ordinaria y extraordinaria on-line.

Durante la celebración de la Asamblea General Ordinaria se aprobó la memoria de actividades 2019, auditoría de cuentas 2019, las cuentas anuales; se presentó las actividades, servicios y proyectos 2020, el presupuesto y plan de actuación 2020, código ético de la Federación y además se creó un fondo solidario COVID-19, para ayudar a las entidades que más lo necesiten por consecuencia de la pandemia.

Durante la celebración de la Asamblea General Extraordinaria, se presentó y aceptó la incorporación a la Federación como entidad adherida a AIRG-E (asociación para la información y la investigación de las enfermedades renales genéticas); de esta manera la Federación cuenta ya con 54 entidades federadas, 51 entidades y 3 entidades Adheridas.

Para terminar se aprobó la incorporación de ALCER Melilla como vocal, a la junta directiva de la Federación.



- 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





Donación de gorros quirúrgicos de ALCER Castalia a las enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Universitario de Castellón

Las entidades ALCER han continuado prestando servicio durante el confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19 a las personas con enfermedad renal, ya que han sido un colectivo muy sensible, los servicios han sido en formato on-line, principalmente se ha informado a las personas con enfermedad renal y familiares sobre la situación del COVID, como a continuación os detallamos dichos servicios.

ALCER FRENTE A LA PANDEMIA

SANITARIA DEL COVID-19

Servicio de atención telefónica, para resolver dudas y consultas de las personas con enfermedad renal y familiares, así como hacer un seguimiento telefónico a las/os socios/as para estudiar las necesidades que pudieran tener.

Servicio de atención social y laboral, dando atención a toda aquella persona que lo ha necesitado durante el confinamiento, gestionando ayudas económicas y laborales.

Servicio de atención psicológica, ha sido uno de los servicios más demandados durante el confinamiento tanto telefónicamente como en salas de diálisis, haciendo seguimiento telefónico y telemático, acompañamiento terapéutico, elaboración de guías para ayuda al confinamiento, realizando talleres de relajación, y autoestima.

Servicio de nutrición, el servicio ha sido principalmente atendido telefónicamente, con seguimiento nutricional telemático y telefónico, actualización de las recomendaciones dietéticas, elaboración de dietas adaptadas a las necesidades de las/os usuarias/os.

Banco de alimentos, se han reforzado los servicios de reparto de alimentos entre las familias más desfavorecidas de nuestro colectivo.

Programa de ejercicio físico, durante el confinamiento también han sido varias entidades las que han implantado un programa de ejercicio físico para personas con enfermedad renal crónica, diseñando y prescribiendo un programa de ejercicio físico adaptado e individualizado, asesorando de la progresión. Además han elaborado videos, guías y material didáctico.

Gestión de transporte sanitario, ha continuado en marcha la gestión permanente del transporte sanitario para las personas que asisten a hemodiálisis, trabajando todos los días en primera línea, modificando traslados individuales de pacientes infectados por COVID-19. Asegurando la desinfección de los vehículos.

Distribución de EPIS (mascarillas, guantes, gel hidroalcohol), A través de un convenio con el Ayuntamiento de Almería, ha proporcionado a todos los pacientes de la provincia que se encuentran trasplantados y en tratamiento de hemodiálisis materiales de protección (mascarillas y geles hidroalcohólicos). Desde ALCER Giralda se coordinó un grupo de voluntarios y voluntarias que elaboró y donó material de protección sanitaria el cual fue entregado a los centros de diálisis.

para la protección de personal sanitario y pacientes. En total, se han entregado 1.060 batas, 400 mascarillas, 400 botellas de gel hidroalcohólico y 125 pantallas protectoras. Además han sido muchas las entidades que han proporcionado a todos las/os socias/os, material de protección.

Gestión de plaza de diálisis, uno de los servicios de las entidades son la gestión de plaza de diálisis vacacional, en las cuales se han tenido que adaptar a esta nueva situación, resolviendo las dudas, cambiando las fechas hasta la situación este más controlada.

Servicio de recogida de medicación en farmacias, las entidades han querido estar cerca de las necesidades de nuestro colectivo, para ello han creado un servicio de recogida de medicación en farmacias y entregado en el domicilio del usuario que lo ha necesitado por no tener apoyo familiar, además de otras necesidades como comprar de alimentos en supermercados.

Servicio acompañamiento en el hogar, para cubrir posibles necesidades, para aquellas personas que residen solas en su domicilio, o son de avanzada edad, ALCER les ha acompañado durante el confinamiento acudiendo a sus hogares e identificar las necesidades que pudieran tener.

Difusión en redes sociales, Durante estos meses de confinamiento han sido las redes sociales el gran motor de comunicación para poder llegar a todas las personas de nuestro colectivo, realizando diferentes campañas, e informando de todo lo relacionado con la pandemia.



ALCER Alicante donó pantallas protectoras al personal de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Alicante



David García, Trabajador Social de ALCER Almería, hace entrega de mascarillas FFP2 y gel hidroalcohólico a la supervisora del centro de diálisis Fresenius "Los Arcos"



ALCER Giralda hace entrega de mascarillas en el Centro de Hemodiálisis Aljarafe de San Juan de Aznalfarache, Sevilla



Francisco Alcaraz, Presidente de ALCER Jaén, con cajas de toallitas desinfectantes donadas por Euroredis Pharma

SERVICIOS DESTACADOS

ALCER Castalia, Servicio de Seguimiento que permitía tener la información suficiente para actuar con urgencia ante cualquier recaída, con llamadas periódicas y valorando la evolución del paciente

ALCER Coruña, servicio de Compartiendo experiencias con Alcer", promovido desde la Federación Alcer Galicia con el objetivo de buscar un medio de interacción social a través del cual compartir experiencias e inquietudes de las personas con enfermedad renal en plena pandemia

ALCER Coruña, servicio de Voluntariado telefónico: servicio propio de Alcer Coruña en el que miembros de la junta directiva de la entidad con enfermedad renal, realizan sesiones online de acompañamiento a personas con enfermedad renal con el fin de disminuir la soledad y aislamiento

ALCER CUENCA, Grupo de apoyo virtual "pensar bien, sentirse bien" en el que participan sobre una decena de enfermos renales y familiares

ALCER JAEN, Creación del programa "Cadena Solidaria" para proveer a las unidades de diálisis y transporte sanitario de diálisis de los materiales de protección necesarios para evitar los contagios durante traslados y realización para diálisis

“ Las entidades ALCER han continuado prestando los servicios habituales y han puesto en marcha otros excepcionales para dar soporte a las personas con enfermedad renal, familiares y sanitarios durante el COVID-19 ”





DIRECTORIO

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER

C/ Constanca, 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**
D. José Manuel Martín Orgaz
Dña. Pilar Pérez Bermúdez
D. Clemente Gómez Gómez
D. 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 Balsea
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 Lanco
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
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
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. Irene San Gil
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 Carabajo Lozano
C/ Descalzos, 10 Bajo
24003 León
Tel. 987 23 66 40 / Fax 987 23 66 40
alcerleon@gmail.com

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

ALCER LUGO

Dña. María José Otero 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

ALCER NAVARRA

D. Josu Martín García
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 Civico
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
Centro Civico "El Carmen"
C/ Pintor Herrera, 2
40004 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 Repullés
Centro Social Ciudad de Teruel
C/ Yagüe de Salas, 16 - 5ª planta
44001 Teruel
Tel. 978 61 83 88 / 605 81 81 30
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

AIRG-E (Entidad adherida)

Dña. Marta Roger
C/ Cartagena, 340-350
08025 Barcelona
Tel. 690 30 28 72
info@airg-e.org

AVANCE

EN EL SIGUIENTE NÚMERO



JORNADAS NACIONALES DE PERSONAS RENALES



EMPLEO Y
ENFERMEDAD RENAL



AFECTACIÓN DEL
COVID-19 A LOS
RIÑONES



MUJER Y
ENFERMEDAD
RENAL



www.personasrenales.org

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



**El objetivo no es llegar,
sino hacer bien lo que sabes.**

**Cada vez más cerca de ti para cuidarte.
Nuevos Centros en Castilla La Mancha.**

www.avericum.com

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**