



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA EL 9 DE MAYO DE 1984

Cantabria



1971-2021
50 AÑOS DE DIÁLISIS EN
CANTABRIA

¿Te gusta conducir?



NUEVO BMW SERIE 2 COUPÉ. CONFÍA EN TU INSTINTO

Descubre el diseño deportivo de tres volúmenes del nuevo BMW Serie 2 Coupé, con parrilla de solapas estilo turbina y una arquitectura de tracción trasera única que garantiza una conducción ágil y deportiva. No te conformes con verlo, ven a probarlo a tu concesionario BMW.

Grünblau Motor

B.º La Venta, s/n
Tel.: 942 58 09 37
Camargo

www.grunblaumotor.concesionariobmw.es

Consumo WLTP (l/100km): 4,6-8,8. Emisiones WLTP (g/km): 120/200

Ejemplar gratuito
Nº 76
Mayo 2022

Boletín informativo
de **ALCER CANTABRIA**,
Asociación sin ánimo
de lucro,
Declarada de
Utilidad Pública

Dirección y Redacción:
JUNTA DIRECTIVA

Administración:
Plaza Rubén Darío s/n
39005 SANTANDER
Tfno.: 942 27 60 61
Fax: 942 27 23 48
E-mail:
info@alcercantabria.org
www.alcercantabria.org

D. Legal: SA-264-2000

ALCER CANTABRIA
no comparte necesariamente
los criterios de sus colabora-
dores en los trabajos publi-
cados en esta Revista.



Agenda



Día Nacional del Donante



*Día Mundial del
Cáncer Renal*

4 EDITORIAL

Contigo

5 RECORTES DE PRENSA



6 50 AÑOS DE DIÁLISIS

Dr. Juan Carlos Ruiz San Millán



8 HABLAN LOS PROFESIONALES

Rosa Alonso



16 HABLAN LOS PROFESIONALES

Isabel Hernández



20 HABLAN LOS FAMILIARES

Antonio Balbuena



22 HABLAN LOS FAMILIARES

Mercedes García



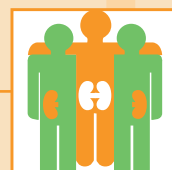
24 CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN

Día Mundial del Riñón 2022



25 ACTIVIDADES

Asambleas Generales 2022



26 AVANCE DE ACTIVIDADES

Segundo cuatrimestre de 2022





Editorial

Este boletín representa un homenaje al Servicio de Nefrología en Cantabria por sus 50 años. Un servicio que comenzó su andadura en 1971 de la mano del Dr. César Llamazares, fallecido en un trágico accidente de avión en Madrid el 7 de diciembre de 1983. A lo largo de estos 50 años han ido evolucionando las técnicas y los equipos, ha aportado su trabajo una multitud de profesionales pero, lo más importante, se ha mejorado, con mayor o menor éxito, la calidad de vida de centenares de personas afectadas por enfermedades renales y sus familias.

En este boletín se van a encontrar testimonios y recuerdos de esta historia a la que tanto profesionales como pacientes han contribuido a construir. Entre los profesionales, contamos en primer lugar con la valiosa aportación de Rosa Alonso, primera enfermera del servicio que vivió los comienzos de la Nefrología en Cantabria (y en España), y, a lo largo de su carrera profesional, ha contribuido a su evolución y adaptación a los cambios. Una persona que, por su inmensa dedicación a los pacientes, ha dejado huella tanto en los propios pacientes como en sus familiares y a quien en otros testimonios se hará referencia precisamente por esa implicación con las personas afectadas por la enfermedad renal. También contamos con un maravilloso testimonio de Isabel Hernández, auxiliar de enfermería, ahora felizmente jubilada después de dedicar casi toda su vida profesional al Servicio de Nefrología. Desde la hemodiálisis hasta la consulta de diálisis peritoneal, es otra profesional que igual que Rosa Alonso ha vivido en primera persona la evolución del servicio desde sus inicios. En representación de los pacientes de esos inicios de la Nefrología hemos querido incorporar dos emotivos testimonios y recuerdos. Por un lado, el de Mercedes García, viuda de Manolo, primer paciente crónico que se dializó en Cantabria. Por otro lado, el de Antonio Balbuena, viudo de Agustina, una paciente del Servicio de Nefrología, y socio número 1 de ALCER Cantabria. Ambos testimonios nos presentan cómo se vivía en los años 70 del pasado siglo el diagnóstico de la insuficiencia renal, en un momento en el que la Nefrología como especialidad médica estaba en proceso de creación y desarrollo, con unos profesionales que estaban aprendiendo al tiempo que atendían a sus pacientes.

En mi corta pero intensa andadura como persona con enfermedad renal no he llegado a coincidir con Rosa Alonso, pues ella ya se había jubilado poco antes de que yo conociera el Servicio de Nefrología, pero hay un hecho incuestionable que todas las personas que sí coincidieron con ella me han transmitido: su gran vocación por los pacientes, esa vocación que, ya retirada, sigue manteniendo y de la que sí he sido testigo. Es un verdadero placer y un honor haber podido contar con su aportación recordando los primeros años del Servicio de Nefrología, con sus luces y como no puede ser de otra manera, también sus sombras. Gracias por tu colaboración, Rosa.

Con quien sí he tenido el gusto de coincidir y de quien guardo un cariñoso recuerdo es Isabel, Isa. Ella, junto con el resto del equipo de peritoneal a quien no quiero olvidar, esto es, Dra Palomar, Araceli, Ana (también jubilada) y Elena estuvieron cuidándome durante mis tres años en diálisis peritoneal, un tiempo especialmente duro y doloroso en lo personal. Muchísimas gracias, Isa, por tus recuerdos y comentarios, y muy especialmente por la multitud de imágenes que nos has proporcionado para ilustrar este boletín.

También quiero agradecer el emotivo relato de Mercedes, que muestra el lado más cruel de la enfermedad en general, de cuando llega, trunca todo tipo de planes e ilusiones sin preguntar siquiera. Un relato que, aunque ya lo conozca de hace tiempo, me sigue estremeciendo el corazón. Muchas gracias, Mercedes, por tu aportación y por seguir siempre a nuestro lado en ALCER.

De igual modo, quiero agradecer a Antonio su relato personal, el de un leonés que, con su familia, tuvo que cambiar de ciudad y empezar una nueva vida para que su esposa pudiera acceder a la diálisis. Lo que ahora nos parece normal, acceder a tratamiento de diálisis, en los 70 desgraciadamente no lo era y precisamente de esa necesidad surgió ALCER Cantabria. Y es por su contribución a todas las personas que tenemos enfermedad renal, tanto quienes la tuvieron en los 70 como quienes la tenemos actualmente, por lo que también le estoy tremendamente agradecido. Su contribución en la creación de ALCER Cantabria así lo merece.

Por último, y no por ello menos importante, debo dar públicamente las gracias a dos personas. Primero, a Sara Saras, por proponerme la maravillosa idea de realizar un boletín monográfico sobre los 50 años de historia del Servicio de Nefrología. Segundo, a Begoña Lázaro. Ella ha sido la verdadera artífice de este boletín y quien ha dedicado mucho tiempo a recoger y redactar los testimonios de nuestros cuatro colaboradores. Ha realizado esta inconmensurable tarea a modo de último servicio prestado como vicepresidenta de ALCER Cantabria, incluso varias semanas después de haber abandonado su cargo en el pasado mes de abril. Lo demás ha sido únicamente ponerlo todo en orden.

Jesús Gómez Gandarillas
Presidente de ALCER Cantabria

Recortes de Prensa

<https://elpais.com/sociedad/2022-06-01/he-donado-un-riñon-a-un-desconocido-la-historia-de-los-18-buenos-samaritanos-que-hay-en-espana.html>



<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-28/una-historia-a-corazon-abierto-el-trasplante-de-conchita.html#?rel=mas-sumario>



<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-18/video-en-dialisis-vivir-gracias-a-una-maquina.html>



50 años de diálisis en Cantabria, pasado, presente y futuro

En las primeras fases era sin duda un procedimiento heroico, tanto para los pacientes como para el personal que les atendía por la complejidad y duración del mismo (en las fases iniciales las sesiones duraban hasta 9 horas, a las que había que añadir el tiempo de preparación previo), pero con los años se fue sistematizando y optimizando de forma que hoy en día, aunque no alcance los resultados del trasplante renal en cuanto a calidad de vida y supervivencia sí que permite una vida más que aceptable y supervivencias muy prolongadas, incluso de varias décadas.

A lo largo de estos años la demanda ha ido creciendo progresivamente y como no puede ser de otra manera la oferta se fue ampliando de forma paralela. Esta oferta consistió inicialmente en unos pocos puestos de diálisis instalados en la Residencia Cantabria seguido de la construcción en 1976 de una Unidad de Diálisis en el Hospital Valdecilla con 12 puestos y un diseño moderno para aquella época. Es de destacar que en aquel momento el número de pacientes en diálisis era de aproximadamente 25 y se creó una unidad con capacidad para dializar al doble de pacientes.

En el año 1984 la capacidad de la Unidad de Diálisis del hospital había llegado ya a su límite y en ese momento se crea el centro de diálisis extrahospitalario (DIALSAN) como centro de apoyo externo, permitiendo dializar a los pacientes que estaban en mejor situación, sin tener que acudir al hospital y permitiendo, por tanto, mantener una vida un poco más "independiente". Desde esa fecha hasta nuestros días este esquema de una unidad de diálisis hospitalaria más un centro de diálisis extrahospitalario se ha mantenido sin cambios con la

salvedad de que el incremento de pacientes a lo largo de los años ha sido siempre asumido por el centro extrahospitalario, como no podría ser de otra forma.

En el año 1986 se pone en marcha la diálisis peritoneal como modalidad alternativa a la hemodiálisis y desde entonces aproximadamente un 15-20% de los pacientes en diálisis están con esta excelente técnica.

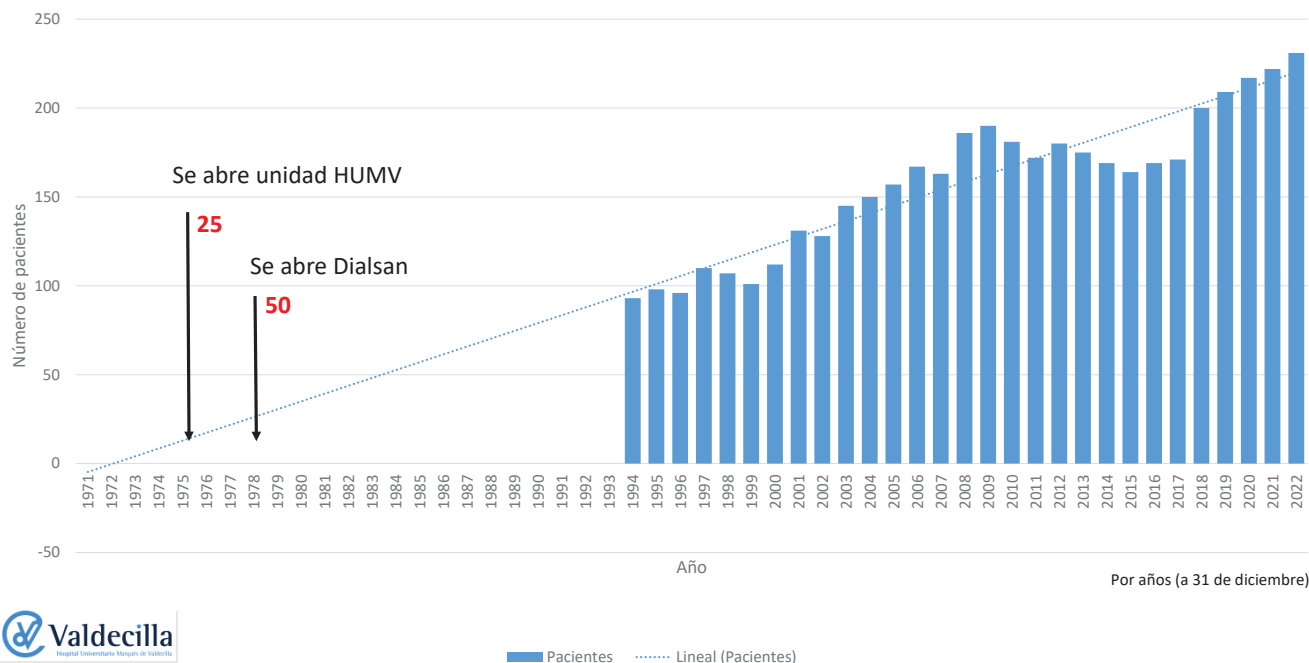
El único cambio relevante que podríamos considerar en las últimas 3 décadas es el inicio de la hemodiálisis domiciliaria con sistema transportable que se puso en marcha a finales del año 2020 en nuestra comunidad y que en este tiempo han utilizado ya 5 pacientes. Hasta esta fecha, unos pocos pacientes (en casi 50 años) se habían dializado en su domicilio con un monitor de diálisis convencional pero la complejidad de la instalación hacía que fuera siempre un sistema muy marginal. La previsión es que este tratamiento que ofrece unos excelentes resultados en cuanto a calidad de vida crezca de forma importante en los próximos años, sobre todo teniendo en cuenta su facilidad de manejo.

La situación actual de la diálisis en Cantabria, teniendo en cuenta el progresivo aumento en el nú-

mero de pacientes que requieren tratamiento renal sustitutivo, adolece de algunas deficiencias que es preciso destacar. En primer lugar el modelo de que los pacientes con patologías asociadas (que requieren un seguimiento más estrecho) se dializarían en el hospital y los pacientes en mejor situación en el centro de diálisis, que se ha intentado mantener durante todos estos años hace tiempo que no es fácil de cumplir porque la unidad hospitalaria no tiene capacidad suficiente para todos los pacientes que "sería conveniente" que se dializaran en el hospital. En segundo lugar, el centro de diálisis ha crecido de forma muy importante y Cantabria no tiene infraestructura para afrontar contingencias que pudieran surgir en dicho centro y que no permitieran su funcionamiento adecua-



Prevalencia de pacientes en hemodiálisis en Cantabria



do, como un incendio, inundación, fallo en la planta de tratamiento de aguas, etc. En una hipotética situación de ese tipo no quedaría más remedio que, transitoriamente, enviar a los pacientes a dializar a otras unidades de diálisis de las que están en las comunidades autónomas limítrofes, con lo que eso supondría en cuanto a desplazamientos tres veces por semana.

En estos momentos hay aproximadamente 230 pacientes en hemodiálisis en Cantabria (más otros 35 en diálisis peritoneal) y la previsión en un escenario realista es que el número total de pacientes se incremente entre 5 y 10 pacientes por año (el balance entre los nuevos pacientes que inician diálisis y los que abandonan bien porque se trasplantan o bien porque fallezcan). Esto supone que dentro de 10 años podría haber alrededor de 330 pacientes en hemodiálisis.

Es decir, que a los problemas organizativos actuales descritos se añade una insuficiente capacidad para afrontar las necesidades de los próximos años. Por estos moti-

vos y algunos otros, hace un tiempo se ha diseñado un Plan de Diálisis de Cantabria para el próximo decenio que intenta conseguir una organización de la diálisis en Cantabria optimizada para garantizar la asistencia en todo momento con la mayor calidad posible y con capacidad de asumir las necesidades futuras.

Este plan incluye como medidas principales la construcción de una unidad de diálisis nueva en el hospital, de mayor tamaño, al menos el doble y la división del centro de diálisis extrahospitalario en dos centros físicamente separados (aunque cercanos) que permita que ante cualquier contingencia que pudiera ocurrir en cualquiera de las tres unidades de diálisis las otras dos pudieran con facilidad asumir a los pacientes sin necesidad de tener que derivar a ninguno a otras unidades fuera de nuestra comunidad.

Estas dos actuaciones estratégicas para la diálisis de nuestra comunidad están en marcha y la previsión es que en 1-2 años estén opera-

tivas. El próximo contrato para la diálisis extrahospitalaria se firmará en los próximos meses y ya incluye como cláusula obligatoria la prestación del servicio en 2 centros separados. Por otro lado, el proyecto de la nueva unidad de diálisis hospitalaria está en marcha desde hace tiempo, está el espacio físico asignado y la previsión es que se pueda ejecutar la obra a lo largo del año 2023. Esta nueva unidad, junto con otras actuaciones que están previstas en paralelo en la planta de Nefrología van a permitir una mejora sustancial en las infraestructuras del Servicio de Nefrología que sin duda van a repercutir en una mejor atención a nuestros pacientes.

El futuro se presenta, por tanto, con excelentes perspectivas para garantizar una atención de máxima calidad a nuestros pacientes en los próximos años como siempre ha sido en estos 50 años.

Juan Carlos Ruiz San Millán
Jefe del Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Confidencias de Rosa Alonso

Soy Rosa Alonso Nates. He tenido la fortuna de trabajar en el Servicio de Nefrología durante 44 años. El ser la primera me dio el privilegio, no otro mérito, de convertirme en Supervisora de dicho Servicio, ejerciendo como tal 42 años. Y digo la fortuna porque he podido convivir estrechamente con compañeros y pacientes, lo cual me ha ayudado en mi caminar por la vida. Ésta es mi única tarjeta de presentación. Ahora, diez años de jubilación no me han alejado de los problemas de los pacientes.

Empezamos la diálisis muy tímidamente en Cantabria, primero en la Residencia Cantabria, luego en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla –hay que recordar que eran dos hospitales independientes, el primero perteneciente a la Diputación y el segundo a la Seguridad Social. La unión de ambos se hace en 1973 cuando el Dr. López Vélez los fusiona. Hablar de diálisis en Cantabria el año 1971 era de ciencia ficción. Nadie sabía por aquel entonces lo que era. Los pacientes que entraban en coma urémico se morían, no había más.

Cuando te remontas en el tiempo en el mundo del trasplante o el mundo de la diálisis en España tienes que ir a la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Allí se produjo el nacimiento de la diálisis con el Dr. Hernando. Y simultáneamente en el Clínico de Barcelona. Un poco más tarde se incorporó el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, éste ya con Unidad de Diálisis, hospital que era la élite de la Seguridad Social. En la Fundación mencionada trabajaba el Dr. Llamazares junto al Dr. Leno Valencia. De allí vino el Dr. Llamazares a trabajar a la Residencia Cantabria como adjunto de

Medicina Interna, no existía aún la especialidad de Nefrología.

Él era un hombre muy especial, hijo y nieto de médicos, persona de talento extraordinario, sabio en conocimientos, con un afán inmenso de ayuda, una imaginación tremenda, una gran inteligencia emocional que se manifestaba en su empatía con los pacientes y con todas las personas de su alrededor, carismático y humilde, tenía una personalidad que arrastraba.

Médico culto, leía muchísimo, hablaba inglés y francés cuando no se llevaba hablar idiomas. Él fue el principal impulsor de la diálisis en Cantabria. En agosto de aquel año –el 71-, ya había dializado a un primer paciente con DPI (Diálisis Peritoneal Intermitente), que era una cosa costosísima y durísima. Pero un día en el semisótano de la Residencia Cantabria, que era donde se almacenaban las cosas, vio una RSP (riñón artificial) y no paró hasta que la puso en marcha.



En este artículo aparecen imágenes extraídas de **Acceso vascular para hemodiálisis. Impacto en la calidad de vida del paciente**, de Ana Isabel Garrido Díaz

En septiembre se corrió la voz por el hospital de que estaba funcionando un riñón artificial. Yo, en aquel entonces, trabajaba en cirugía y animé a una compañera para que bajáramos, en el tiempo del café, a ver qué era eso de lo que hablaban. Cuando bajamos, nos encontramos una habitación en penumbra, una máquina grande, una paciente joven y guapa, y un médico sentado a su lado. Ella era Guillermina Ortiz Skantz, que fue la primera paciente que hizo una necrosis cortical y la primera persona que se dializó (Luego la trasplantamos y afortunadamente aún está con vida). Cuando le preguntamos, él con mucha paciencia comenzó a explicar... Por primera vez sentí una satisfacción enorme como enfermera, pues no era común que un médico dedicara su tiempo a explicar nada – en aquel entonces les teníamos que poner la bata, siempre estar detrás de ellos, etc.-, pero él entendía que nosotras debíamos saber. Pero lo que más me llamó la atención en ese primer encuentro es que tenía una mesa auxiliar donde tenía lo que necesitaba, todo muy ordenado: la batea con las jeringuillas de sangre, las jeringuillas vacías –en aquel entonces no era nada desechable, había que bajarlo a esterilización-, las torundas de algodón hechas... Le pregunté quién le ayudaba y me dijo que estaba solo y que se había quitado la bata para echársela a la paciente porque tenía frío. Esto refleja quién era el Dr. Llamazares. Salí de allí diciendo, “con este hombre yo he de trabajar algún día”.

Por eso, cuando oí que se necesitaba gente para diálisis, me ofrecí voluntaria. Hablé con la monja responsable de enfermeras que me advirtió de lo duro que iba a ser y con el Dr. Llamazares quién, además de advertirme de que no se podía empezar antes de las 14:00 de la tarde tras acabar con su labor

de médico internista porque era la condición que el director le había impuesto, no teníamos que hacer mucho ruido porque hablar de un proyecto del que nadie sabía nada era como apostar por la nada. No se sabía el gasto que iba a suponer. Al final el Dr. Cuadrado – que era el director y que luego nos trató con deferencia- le autorizó a empezar.

En noviembre se dializa el primer crónico y es cuando yo me incorporo. Era un paciente joven y culto que tenía una polineuropatía severísima que le impedía, incluso, pasar las hojas del libro por sí mismo – en aquel entonces para que no les subiera la urea a los pacientes con insuficiencia renal se les restringía mucho las proteínas y los nervios se iban al garete- y era director de una sucursal del Banco Exterior de España, algo que vino a ayudar a que se pusiera en marcha la diálisis. El Dr. Llamazares le dijo “...hay una máquina abajo que puede salvarte la vida. Pero... tenemos que luchar para conseguir ponerla en marcha.” Y así, del esfuerzo conjunto nació lo que sería la primera unidad de diálisis. El segundo paciente fue Saturnino Crespo Sierra y después vino una niña, Elisa Santiago Abascal, natural de Heras. La cuarta, M^a Dolores Pérez Hernando, era hija del jefe de mantenimiento de Rayos. Ya estábamos consolidados, ya no se podía parar, ya se nos conocía. Aparecieron otros pacientes como Oliveri de Valladolid –después hemos trasplantado a tres de sus hijos – que le dializaba la mujer en casa y que aprovechaba toda la familia a cenar tortilla de patata el día que él se dializaba para que la pudiera comer él también. Después muchos más que nunca hemos podido olvidar.

Después tuvimos un niño, Melchor, que le pasó la rueda de un carro en un pueblo de León. Vino medio muerto con más de 7 mg de pota-

sio. Era un chiquillo muy primitivo, analfabeto pero muy “salao”. Recuerdo que estaba sentado el Dr. Llamazares a sus pies, en un sillón bajo que teníamos, tomándole la tensión y controlando su estado, y después de hora y pico cuando ya estaba más estable hemodinámicamente se levantó para estirar las piernas y el chaval le dice: “Oye tú, no te muevas de ahí que cuando te levantas me pongo más malo”. Le enseñamos a leer mientras estuvo ingresado y él estaba muy contento porque podía leer los anuncios de la estación de su pueblo. Era tan primario que cuando el Dr. Llamazares le preguntaba si había hecho de vientre él decía: “Hombre, ensuciar he ensuciao un poco pero no me ha salido la cagada”. Y yo le decía “Melchor al jefe le tienes que tratar con respeto” y él me miraba y me decía “Anda yaaaa”. Pasó con nosotros las Navidades y como le gustaban mucho los trenes, le regalamos uno. Se lo montaron el Dr. Zubimendi y el Dr. Llamazares y cuando lo vio se puso en medio y corría más que la locomotora dando vueltas. Después se enamoró de mí y me mandaba unas cartas... Un día trajeron pasteles y a él no le podíamos dar y le dije: “Mira Melchor, ahora no puedes comerlos, cariño, pero te prometo que cuando puedas te van a salir hasta por las orejas y me contestó: “Ya me las taparé yo bien, ya”. Las monjas le mimaban mucho y él estaba agradecido con todo. La comida le encantaba, siempre decía que estaba tan buena como la de su madre.

Aquellos tiempos nos dieron mucha vida, mucha historia, pero a la vez nos exigió mucho compromiso, porque se iniciaba todo. Estaba todo por hacer. Fue una época de mucho trabajo. El Dr. Cubría hizo la primera fístula, después se incorporó el Dr. Gómez Urani a pesar de que éramos otro hospital diferente a Valdecilla, como ya he men-



cionado. Precisamente la segunda RSP la obtuvimos por donación de Valdecilla porque la habían comprado para una señora que tenía mucho dinero con intención de que se dializara, pero no se pudo poner en funcionamiento porque no había infraestructura ninguna ni médicos con conocimiento del funcionamiento de un riñón artificial. Entonces, nos la donaron.

Las dificultades fueron grandes, no teníamos apenas mobiliario, aun-



que yo cogía de aquí y de allá todo lo que podía. Nos ayudó mucho Nanín, jefe del personal subalterno de la Residencia Cantabria, y Terán, trabajador de mantenimiento que nos arreglaba el único monitor que teníamos hasta que venía el técnico, pero como era mecánico aprendió a repararlo estupenda-

mente. Es verdad que hubo mucha gente que nos ayudó muchísimo.

Otro hecho que puede hacer idea del semblante del Dr. Llamazares fue lo que ocurrió con Solita, una paciente que vino de Suances a parir a la Clínica El Pilar (donde está ahora el Hotel NH de Menéndez Pelayo) del Dr. Lastra y que tuvo una rotura de útero y la trajeron al hospital de forma urgente. Era joven, pero estaba tan hinchada que parecía mucho mayor. Yo no me creía que tuviera 25 años. Le sobraban 40 kilos de agua, tenía las manos tan hinchadas que la alianza no se le veía. Yo le dije al Dr. Llamazares que había que pedir un alicate a mantenimiento para rompérsela, pero él la sacó muy pacientemente con una lánita que le enrolló en el dedo. Y me dijo: "Cuando pase esto, si la alianza está cortada va a recordarlo siempre". Esto marca. Indica cómo era él como persona. Yo no había conocido a ningún médico que se preocupara así por el paciente. Te puedes imaginar que la paciente no tenía dinero, 25 años ella, él 27, otro niño en casa. Y decía el jefe "...pasa la nota, lo que se te ocurra, pero poco". Yo, entonces,

apuntaba lo menos posible. Esto indica la preocupación que él tenía para que no le fuese gravoso al paciente. Solita fue de los 24 casos en el mundo que sobrevivió sin diálisis durante unos años. Se quedó con 27 nefronas hasta que se gastaron. Luego se dializó durante muchos años.

Fuimos pioneros en muchas cosas, probamos todos los monitores. Cuando venían los representantes nos veían con tantas ganas de probar y aprender que nos dejaban todos los tipos que iban saliendo. A lo largo de los años han evolucionado mucho.

Probamos el primer Centriuno, el primer riñón de paso único que llegó a España, pero no lo podíamos usar porque en aquel entonces se utilizaba el agua de la red y cuando llovía aquí en Santander era muy frecuente que el agua llevara barro y el aparato no distinguía entre la sangre y el barro, con lo que se pasaba todo el tiempo pitando, volviéndonos locos a pacientes y profesionales. Además, el agua estaba muy calcificada - de hecho, muchos cántabros tenemos el cartílago cricoides calcificado desde

Recortar por la línea de puntos, envíala a la dirección de ALCER CANTABRIA y recibirás tu tarjeta de donante.



YO _____

Deseo ser Donante de Órganos

Y hago donación de mis órganos y tejidos, por propia voluntad, para que puedan ser trasplantados a otras personas después de mi fallecimiento.

D.N.I. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA SOLICITUD _____

DOMICILIO _____ POBLACIÓN _____

PROVINCIA _____ C.P. _____ TLFNO _____

Testigo D.N.I. _____

Testigo D.N.I. _____

Firma _____

LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD NO NECESITAN TESTIGOS

Firma _____

Firma del donante _____

entonces- y, al no existir descalcificadora, esa cal pasaba a la sangre de los pacientes.

Utilizamos el KOLFF que consistía en un tanque de 100 litros para la solución dializadora. Era como la bañera de metal que llevaban las mujeres que iban a lavar. En medio tenía la bobina dializadora, abajo un corcho y una varilla que rozaba el fondo y que una bomba hacía girar para hacer circular el líquido del tanque por la bobina dializadora y así no dejar depositar los solutos. Se añadían el potasio, el sodio, el magnesio, previamente pesados. Cada cuatro horas se saturaba toda el agua de impurezas y se drenaba. En aquel entonces las diálisis duraban nueve o diez horas.

Teníamos que reutilizar las membranas de diálisis - las utilizábamos hasta 14 veces - porque era lo más caro. Si hacíamos mucho gasto el Sr. Cuadrado iba a decir, éste sí, pero ninguno más. Una vez acabada la diálisis teníamos que someter la membrana a un lavado profundo con agua del grifo. Teníamos que poner un cubo limpio y uno sucio y teníamos que pinzar y despinzar repetidas veces para que soltasen los esfalcelos y detritus y así evitar tiritonas a los pacientes en la diálisis siguiente. El doctor me decía con un cubo y medio vale, yo tres. Las guardábamos en formol, la diálisis empezaba a las 14:00 pero a las 12:00 ya teníamos que empezar a lavar el COIL con el agua del grifo, yo le ponía de todas las maneras posibles para evitar que los pacientes saltasen de la cama.

Visité todos los centros donde se hacía diálisis en España y aún vi en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid funcionando el tambor rotatorio de KOLFF, (riñón artificial que tuvo gran éxito en la guerra de Corea en 1952). Esto funcionaba

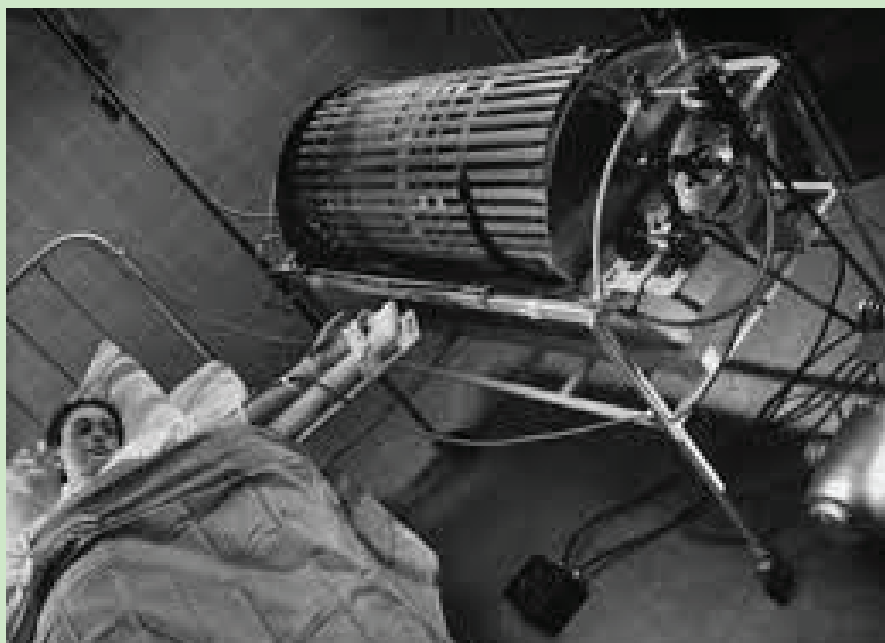
en la élite de la Seguridad Social en aquellos años.

Los circuitos hidráulicos se fueron perfeccionando pasando del riñón rotatorio al "Monitor de Recirculación" de cuba o "canister" y posteriormente al RSP (Recirculation Single Pass) de la casa Baxter. Estos monitores utilizaban inicialmente dializadores de tipo "coil" o bobina.

Hubo hechos que ayudaron a la consolidación de la unidad de diálisis. Un día, una enfermera histórica de Valdecilla y muy buena llama diciéndome que tenía una hermana que, tras haber hecho una insuficiencia renal como consecuencia de una enfermedad vascular severa, estaba en coma urémico y le habían dicho que no tenía solución, pero había oído que en la Residencia Cantabria había algo que salvaba a la gente. Yo le contesté que efectivamente, así era. Ella, que pertenecía a Valdecilla -y en aquel entonces era como trabajar en Houston ahora- era reacia a sacar a su hermana del hospital, pero le pesaba más la vida de su hermana y la subió a la Residencia. Allí, la dializamos y eso le permitió vivir más tiempo. Este hecho fue

decisivo para la consolidación de la unidad de diálisis.

Uno de los problemas que teníamos era el agua, que como he dicho venía de la red. Luego se supo cómo se debía tratar, pero en aquel entonces era lo que teníamos. A pesar de tener ya la descalcificadora hubo en España una epidemia que se llamó encefalopatía aluminica. Teníamos algunos pacientes que comenzaron a decir tonterías, los familiares se quejaban de las tonterías que decían. En Inglaterra y Suiza empezó a haber publicaciones de casos semejantes. Al principio se le atribuyó al hidróxido de aluminio que se daba como quelante del fósforo, ya que los pacientes con insuficiencia renal se les disparaba el hiperparatiroidismo. Entonces se quitó, pero no cesaba y aparecían los mismos síntomas en otros pacientes que ya no habían tomado hidróxido de aluminio. Al final se publicó casi simultáneamente en todos los lugares que eran las conducciones de agua las causantes de dicho problema. Eran metálicas y tenían aluminio. Entonces se quitaron todas las conducciones y ese problema se solucionó, excepto en Suiza que siguieron teniendo brotes de en-





cefalopatía porque habían puesto cobre en las conexiones finales y los pacientes hacían encefalopatía al cobre. En los demás lugares, que se había puesto plástico o PVC –lo que había entonces-, no sucedió.

Una vez venía yo de un Congreso de Barcelona en el que las enfermeras del Hospital Valle Hebrón presentaron una comunicación llamada “La hemólisis por el agua”. Que si el agua del Llobregat para arriba, el agua del Llobregat para abajo... Nosotros no habíamos tenido problemas, sabíamos que nuestra agua estaba descalcificada - no todas las unidades tenían descalcificadora- y a mí eso ya me parecía que aquello era “la madre que lo parió”. Le comenté al jefe la intoxicación por cloraminas que habían tenido en Barcelona - porque el agua era de tan mala calidad que la cloraban a mano-. El exceso de cloraminas al contacto con la sangre la hemolizaba. Pues bien, no habían pasado quince días cuando me llama la mujer de un paciente que se dializaba en su domicilio, en Viveda, para decirme que la sangre de su marido salía roja, pero volvía como agua de lavar carne. En ese momento, re-

cordé lo que había aprendido en Barcelona y le dije que parase la diálisis inmediatamente y que no retransfundiera. Fuimos el Dr. Llamazares y yo a Viveda. Yo había oído a las de Barcelona que lo habían corregido echando vitamina C al baño, ya que ésta corregía las cloraminas. En efecto, aquel paciente se pudo dializar solicitando permiso al ayuntamiento para añadir tres ampollas de vitamina C al agua de diálisis.

Todo estaba por descubrir. Pero había un gran interés por saber por parte de todos, y no había Internet y, además, había mucha franqueza, porque en los Congresos no solo se contaba lo bien que lo hacíamos sino también lo que nos salía mal. La enfermería de Nefrología en este país fue pionera en muchísimas cosas porque los médicos aprendían al mismo tiempo que aprendíamos nosotros de una materia.

Nosotros fuimos los primeros que tuvimos diálisis domiciliaria y tuvimos muchos pacientes en Santander, pero también en Laredo, Solares, Suances y en otras partes del Norte: Asturias, Valladolid,

León, Burgos, Palencia... Los pacientes no tenían diálisis allí y se presentaban en urgencias. Venían hinchados, con unas estrías... Los que eran de lejos les tenías que poner en casa porque no teníamos espacio físico. Enseñábamos a las mujeres. Como siempre estaban ellas más dispuestas a dializar a sus maridos que a la inversa. Aunque también tuvimos algún caso de mujeres que, tras haber dicho en un principio sí, no querían dializar y amenazaban con cortar las líneas al marido.

Fuimos pioneros en muchísimas cosas. Ahora hablan de deporte en diálisis, nosotros hacíamos deporte. Antes no había psicólogos, pero no importaba porque estábamos pendientes de todos los pacientes, te enterabas de qué pasaba. Te decían no tengo para comer, y nosotros les decíamos pues no te preocupes que ya intentamos arreglarlo.

El Dr. Llamazares tenía, además, mucha visión de futuro. Él me pedía que escribiese cómo me imaginaba que tenía que ser el Servicio después de cinco años. Y yo pensaba, escribía... y tras entregárselo... me pedía que pensara cómo quería que fuera después de diez... Que me gustaría que tuvieran nuestros pacientes... Me hacía pensar si era mejor estar abajo donde estaríamos más cerca de los especialistas o quedarnos arriba aislados.

Tuvimos también personas que no ayudaron tanto. El Dr. Llamazares empezó a pedir al laboratorio cosas que hasta entonces no se pedían - solo se pedía urea y glucosa- y que nos preocupaban, incluso por la noche si era necesario. Y las enfermeras protestaban: “Antes se apañaban, ahora no hacen nada más que pedir...”. Pero lo peor era que los enfermos venían oliendo a urea y los resultados del laborato-



rio venían con 0,30 g. Bajábamos muchas veces para asegurarnos de que el resultado era el correcto. Era tan evidente el error que nos obligó a hacer las ureas nosotros mismos con el ureómetro del Dr. Barrón.

Añadiendo una gota de plasma y un reactivo, agitabas y se formaba una espuma en una columna que marcaba la concentración de urea. Entonces veíamos que había pacientes con concentraciones de 3 g en vez de 0,3 g. Así nació nuestro primer laboratorio de Nefrología. Esto es tan verdad que años más tarde el jefe del laboratorio vino a hablar conmigo, tras entrar su mujer en diálisis, y me dijo: "Me hubiera gustado hablar con el Dr. Llamazares, pero como él no está pues le vengo a pedir perdón a usted que sé que bajaba muchas veces a ver si estábamos seguros". Hasta el jefe de cirugía llegó a decir años más tarde: "Jodido riñón, no sabía yo que era tan importante".

Hicimos un estudio importante en personas sanas con la recogida de orina de las 24 horas. Yo salía "de pesca" a ver a quién convencía para que lo realizara. A todo el que pasaba por el pasillo yo les preguntaba si podían hacernos un favor y todo el mundo muy solícito nos decía que sí hasta que les dabas las garrafas para que recogieran la orina de las 24 horas. Entonces, muchos empezaban a poner pegatas...pero yo les decía: "¡Hombre, ya te has comprometido!". Y así, conseguimos realizar un estudio muy interesante sobre la importancia de los diferentes ingredientes de la sangre. Esto me recuerda también el miedo que nos tenían los médicos que salían de guardia, que dormían en la misma planta donde teníamos la descalcificadora, ya que de ésta había que extraer la cal y funcionaba como los pozos en el lejano Oeste, lo cual cansaba una barbaridad. Se corrió

la voz por toda la Residencia de que a primera hora de la mañana era mejor no pasar por la primera porque te pillaban para darle al manubrio.

Una de las anécdotas graciosas que he tenido a lo largo de mi vida profesional está relacionada con el uniforme de las enfermeras. En aquel entonces llevábamos bata y delantal, pero los controles de las RSP estaban en la parte superior del monitor y cada vez que teníamos que intervenir tanto bata como delantal se subían dejando al descubierto "buenas vistas" como decían algunos pacientes. Yo, entonces, vi que en la Fundación Jiménez Díaz las enfermeras llevaban pijama y les pregunté cómo lo habían conseguido a lo que me contestaron que es que los pacientes ya las identificaban por el color de las bragas, más que por el nombre. Cuando volví, pedí hablar con la monja responsable y le solicité el cambio de la bata por el pijama. Pero en aquel entonces ese cambio suponía un cambio de ley en el Boletín Oficial del Estado donde se hallaba recogido el tipo de uniforme que debíamos llevar las enfermeras y me remitió al director. En la entrevista con el director – en aquel entonces, el Dr. Maestre- y tras leerme el artículo de dicho BOE donde se indicaba cómo debía ser el uniforme- yo me puse de pie dispuesta a repetir el gesto que hacíamos cada día para controlar los monitores. Él que vio mis intenciones me dijo muy atorado: "no, no, señorita, no hace falta, la creo, la creo, veré lo que puedo hacer". Al día siguiente recibimos una circular en la que se nos autorizaba a las enfermeras de diálisis –cuando hablo de enfermeras quiero decir también auxiliares- al uso de pijamas. Al año siguiente en el Congreso de Enfermería de Nefrología les pregunté si tenían algún problema con las bragas y les comuniqué que en Santander

ya teníamos pijamas. Cuando me preguntaron cómo lo habíamos conseguido contesté que enseñando las bragas al director, lo que produjo un montón de carcajadas. Pero esto permitió que también en otras partes del país las enfermeras y auxiliares de Nefrología usaran pijamas.

EL Dr. Llamazares era joven y muy seguro y con visión de futuro. Él pedía que vinieran a aprender pues había pacientes de muchos lugares y era inhumano hacerles venir de tan lejos...así se fue abriendo la diálisis en Bilbao, Vitoria, etc. También con respecto al trasplante decía: "Ahora que tenemos un buen servicio de diálisis, nunca será bueno si no conseguimos que los pacientes se liberen de la esclavitud de la diálisis. Hay que trasplantar". Además, en ocasiones, se tuvo que enfrentar a críticas – era un hombre de izquierdas en una ciudad de derechas- y a otras opiniones diagnósticas, que siempre acababan dándole la razón.

Hubo un parón en el programa de trasplantes, a nivel nacional, en aquel entonces - en el 73- porque los pacientes se negaban a trasplantarse y lo hacían porque si el riñón trasplantado iba mal, otro ocupaba la máquina y eso significaba la muerte. Las donaciones de cadáver eran aún escasas. El Clínico en Barcelona empezó a trasplantar de vivo, pero yo no estuve de acuerdo con esa política ni lo estoy, ya que muchas familias se enfrentaban por ese tema. La información debe darse, pero no se puede forzar a ningún miembro de la familia – por muchas identidades similares que tenga- a que done su riñón.

Maite, una compañera, y yo le preguntamos al Dr. Llamazares qué se necesitaba para hacer un trasplante y el jefe nos respondió que no nos preocupáramos, porque lo



iban a hacer abajo. "Ya" - repliqué yo - "pero nosotras queremos saber". Con mucha paciencia nos fue diciendo todo lo necesario. Íbamos apuntando todo y preparamos dos cajas con todo el material que se necesitaba y lo renovábamos cada mes (los paños, y otros materiales que se esterilizaban). El caso es que el primer trasplante se precipitó. Había venido el Dr. Cuquiara, que ya había hecho trasplantes en Italia con un concierto de formación entre países. De pronto, lo cancelan y este doctor se tiene que ir. Entonces, fuimos conscientes de que había que hacer uno antes de que se fuera porque era el único que tenía esa experiencia.

Entonces una mañana me dijo el jefe que bajara para asegurarme de que estaba todo preparado. Cuando bajé preguntando por la unidad de trasplante me quedé pasmada cuando me enseñan una habitación que estaba de obra. Las camas, los accesorios con las cuerdas como habían pedido para que no se perdiese nada, etc. "No, no" - dije yo - "la unidad donde se va a hacer el trasplante esta tarde". Había otra unidad, sí, pero se utilizaba de almacén de cardiovascular. Llamoé al jefe para decirle: "Yo creo que estoy, pero aquí no hay nada preparado". Yo no conocía a nadie en Valdecilla. Me dio la vida la casualidad de que había impartido, junto con otras dos enfermeras, Nené y Patricia, los primeros cursos del PPO* para auxiliares de enfermeras y encontré a algunas de ellas que, tras saludarme con mucho cariño, las involucré en el asunto. Fregamos paredes, suelos..., fueron horas de trabajo sin descanso. A las 16:30 estaba preparada y bajamos la primera caja. Así se hizo el primer trasplante a Tomás (donado por su hermana Juanita). El segundo, se lo hicimos a Luis.

La segunda unidad la vaciamos los



profesionales que estábamos disponibles. Los enfermeros estaban dializando. El Dr. Llamazares en una unidad, y yo en la otra. Nadie se responsabilizó de aquello. Luego, tres enfermeras en Polivalentes para cuando se producía la alarma. No dejábamos entrar a nadie, Nosotros fregábamos, fumigábamos...a veces no veíamos nada, con una niebla.

*PPO promoción profesional obrera fue un programa de formación profesional para el empleo con el objetivo de reconvertir a los trabajadores del sector primario en trabajadores de la industria y de los servicios (principalmente turismo).

En el año 74 ya estábamos instalados en Valdecilla. Desde entonces, la evolución del conocimiento técnico ha sido imparable al ser una especialidad muy joven. Venían los representantes presentando nuevos monitores, nuevos materiales...El Dr. Llamazares les decía que hablaran conmigo. Ellos decían: "es el único médico que no quiere que se lo presentemos a él directamente". Y el Dr Llamazares me decía: "los recursos siempre son escasos, prueba lo que te enseñen y de lo que te guste, lo más barato". Era todo nuevo. Sin probarlo no sabías qué hacer. Había que probar.

El mayor cambio que he observado en todos estos años es ael de las relaciones humanas. Porque es lo que más notan los pacientes. Siempre me preocupé por la formación y la retroalimentación del conocimiento entre el personal del Servicio, pero siempre le comentaba a mi gente: "Los pacientes nunca os van a preguntar cuántos másteres tenéis, lo que les importa a los pacientes es vuestra impronta. Claro que la formación os dará seguridad, y hay que formarse por responsabilidad, por supuesto. Todo conocimiento nace de una pregunta, y hay que preguntar, interesarse por todo, tener curiosidad por aprender. Hoy tenéis el conocimiento científico como nunca se ha tenido. Pero, además del conocimiento, será la forma de estar ante el paciente la que va a determinar vuestra calidad, como personas y como profesionales.

Hace unas semanas escuchaba a una enfermera que hablaba estupefactamente del cuidado de los ancianos en la residencia donde trabajaba. Pero yo la miraba...y veía sus uñas de silicona de 2 cm de largo pintaditas con dibujitos... Evidentemente, mirar la piel de los ancianos en el aseo, comprobar si está bien hidratado - que eso se mira en los flancos- ver si hay agua de más, si hay una espalda

entumecida etc. para hablar con el médico y aumentar el diurético si es necesario, acostar a una anciana con las piernas elevadas para ver si se le deshinchon las piernas, eso no lo hacía. Y eso es enfermería.

Hoy en día habría que preguntar a los profesionales y a los gestores qué rumbo quieren que coja nuestra profesión. Si se abandona el aseo del paciente, o estar pendiente de las condiciones de salubridad, alimentación y limpieza de sus viviendas desde los centros de Salud, o la preocupación por los problemas de la familia...desde mi punto de vista es un mal camino. Porque hay un gran abanico que conforma la salud, ésta no es la ausencia de enfermedad, sino el conjunto de muchas cosas. Si no conseguimos que los profesionales sientan que lo que les toca hacer en ese momento es lo mejor del mundo, nunca tendremos buenos profesionales. A los pacientes hay que mirarlos a la cara. Porque hasta donde yo sé, con solo mirarles hablan, aunque no abran la boca. El color de la piel, la existencia o no de edemas, una mirada ansiosa o deprimida, movimientos involuntarios, etc.

Pero si se quiere que el personal de enfermería tenga mayores responsabilidades, hay que dejarlo por escrito para que el médico no sienta que invaden sus competencias. Los médicos no deberían estar para prescribir un paracetamol o un jarabe para la tos. La enfermería podría asumir muchas más funciones, de mayor responsabilidad y cobrar en función de ella.

Pero, ¿qué hace el sistema? Aumenta un curso para que sea Grado, pero solo dos meses de prácticas en cuatro años. No les da tiempo ni a entrar en una habitación. Pero cuando llegan a planta, le dan diez carpetas con la historia de cada paciente y hala...Hay que

aumentar el número de alumnado en las escuelas de enfermería, que, además, a veces sufren a profesionales que no les gusta la asistencia. Está claro que no se puede transmitir lo que no se vive, no saben lo importante que es limpiarle el culo a alguien que no quiere enseñarle. Y no hay suficientes plazas y se tienen que ir a otras provincias o países. Y luego nos faltan profesionales. Además, tienen una lista, yo la llamo "subnormal". Viene una persona a cubrir un periodo vacacional y está seis meses en la Unidad, aprendiendo todo lo que tiene que aprender a través de los compañeros que están cansados de enseñar. Pero resulta que cuando se le va a acabar el tiempo del contrato, que es cuando ya tiene los conocimientos adquiridos, surge una baja pero no la puede cubrir porque hay que ir a la Lista y hacer que venga otra persona que no tiene ni idea y vuelta a empezar.

La salud de un pueblo no puede estar en manos de gestores y políticos que no se preocupan por el bienestar del paciente, que es lo más importante. En una ocasión, acudí a un seminario de la UIMP con enfermeras de todo el mundo. Y allí se expuso la pérdida de los valores a los que se antepone la gestión. Pero los hospitales son un reflejo de la ciudadanía, están ocupados por gente muy formada, pero... ¿dónde están los valores? La formación de nuestra enfermería está reconocida en el extranjero. Un médico de Inglaterra me comentó: "qué enfermeras las españolas, qué bien preparadas. Yo tengo dos en mi Unidad, pero me gustaría que fueran todas." Todo ese capital se ha marchado de nuestros hospitales. ¡Es una pena!

Por otro lado, la sociedad reclama Salud, como si la Salud se comprase. Lo queremos todo aquí y ahora. Pero hay que saber tratar al paciente. Nosotros hemos tratado a los

pacientes más conflictivos. Tanto por ser crónicos (ya que saben de su enfermedad, nosotros les enseñamos) como por la confianza, la adquieren con el tiempo, que nosotros le damos. Hemos tenido pacientes que nos decían: "Esta no me pincha". Si yo estaba presente le decía pues tienes dos opciones...o te quedas o te vas. Si está aquí es porque yo la he mandado venir y si la he mandado venir es porque está capacitada para hacerlo y tú no eres nadie para dudar de su capacidad. Y puede que le salga mal porque se ponga nerviosa de escucharte, pero no tienes ningún derecho a hacer lo que estás haciendo. Alguno se levantaba, iba hasta la puerta de entrada y volvía...

Y yo le decía a mi gente: "Nunca discutáis con el paciente, él siempre tiene razón, puede que no entienda algo, decidle, entonces, que hacéis lo que yo os mando". Entonces les conminaba a que me los enviaran a mi despacho. Cuando estaban en el despacho les dejaba desahogarse...y cuando ya empezaban a repetir, les decía: "Entiendo que ya ha acabado porque ya está repitiendo" y entonces yo les explicaba. No había uno que no salía sin decir: "¿Le puedo dar un abrazo?"

Hay que tener empatía con el paciente porque es el más vulnerable en la relación entre profesional y paciente. Hay que saber transmitirles cariño, comprensión, que entiendan el mensaje.

En fin, ha sido toda una vida aprendiendo, una vida recibiendo, una vida inquieta. Nunca me he aburrido. Siempre habéis estado a mi lado. He sido muy afortunada...

Rosa Alonso Nates
Enfermera y antigua supervisora de Nefrología en HUMV.



Confidencias de Isabel Hernández

Hola, soy Isabel Hernández Gutiérrez y estoy recién jubilada tras 44 años como auxiliar de enfermería en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. La mayor parte de este tiempo he ejercido en el Servicio de Nefrología.

Comencé inicialmente mi andadura profesional en el año 1976 en el Servicio de Neurocirugía, en el cual estuve casi dos años. Me gustaría señalar aquí que yo empecé a trabajar para poder estudiar, la vocación fue surgiendo después. La verdad es que no me gustaba mucho el trabajo que allí desarrollaba y el tipo de pacientes que había. Ahora pienso que el trabajo me asustaba un poco, dado que era novata e inexperta y supongo que eso también influyó en mi decisión de cambiar. Es por ello, que a los dos años pedí cambio a lo que entonces llamábamos "riñón artificial", dado que había oído que funcionaba muy bien. Por aquel entonces no existía ni la nefrología, ni diálisis, sino el servicio llamado de "riñón artificial", el cual estaba en la Residencia Cantabria y no se trasladó hasta el año 1974, con la apertura del antiguo edificio de Trauma del que, junto con los edificios llamados "Norte" y "Sur", formaron el que fuera Hospital Nacional Marqués de Valdecilla.

Así que un mes de julio de 1978 comencé a trabajar en ese servicio recién creado, y allí he estado trabajando hasta el año 2021 en el que me he jubilado. En mis comienzos coincidí con el Dr. Llamazares. Tengo recuerdo de él como el de un "maestro", profesional de prestigio y buena persona. A los pocos años de estar yo allí pasó a la dirección y falleció en el fatídico accidente de avión en Madrid que tantas veces recordamos. En la par-

te de enfermería coincidí también con Rosa, gran profesional y auténtica "fundadora" junto el Dr. Llamazares y posteriormente el Dr. Arias del Servicio de Nefrología como lo conocemos actualmente. Hay que recordar que, por aquel entonces -años 70- no existía la nefrología como especialidad.

Inicialmente trabajé en hemodiálisis, durante 13 años. El Servicio funcionaba con pocas máquinas de hemodiálisis y con solo seis camas. Las sesiones de diálisis duraban unas 9 horas, por lo que es fácil imaginar que los pacientes se pasaban allí todo el día, venían por la mañana, desayunaban y comían, e incluso muchos merendaban. Como había mucha demanda de tratamiento sustitutivo se abrió otra unidad, y es ahí cuando yo me incorporé, dado que precisaban más personal. Cuando comencé me sorprendió lo bien que estaba todo organizado, lo limpio y ordenado, y sobre



todo el buen ambiente, con unas profesionales de enfermería admirables con unos conocimientos del trabajo que desarrollaban que sorprendía, y más en la época de la que estoy hablando. Luego me di cuenta de que todo eso era el resultado del buen hacer, sobre todo, de Rosa, la supervisora. Como he dicho, allí estuve trabajando trece años a turnos, y cuando me fui en el año 91 ya se estaba produciendo la innovación tecnológica de las máquinas, muchas cosas que



hasta entonces hacíamos manualmente pasaban a hacerse de forma automatizada, excepto el líquido de diálisis que venía en garrafas y nosotras teníamos que hacer lo que se llamaba un “baño” para prepararla y desaluminizarla.

En el año 1991 comencé en la consulta de diálisis peritoneal al lado del Dr. Morales. Por aquél entonces se hacía diálisis peritoneal, pero no había una consulta con un sitio físico específico donde desarrollar esa actividad. Allí he estado trabajando, inicialmente con el Dr. Morales y posteriormente con la Dra. Palomar. En esa consulta también iniciamos la consulta de ERCA (enfermedad renal crónica avanzada), antes llamada pre-diálisis, que

fue una de las primeras acreditadas a nivel nacional. La atención a los pacientes era muy gratificante desde el punto de vista de enfermería, aunque, junto con la de diálisis peritoneal ha ido conllevando más complejidad y trabajo con el tiempo. Por un lado, porque los pacientes son cada vez mayores, por otro, porque la carga de trabajo es mayor, debido al crecimiento del número de pacientes atendidos.

Mi trabajo ha consistido en llevar la consulta, realizar las estadísticas de los pacientes, ayudar a los médicos en la colocación de catéteres – hemos colocado unos 500 a lo largo de estos años- y, en su momento, a la realización de biopsias renales. A los pacientes se les enseña

la técnica que, en líneas generales, aprenden en una o dos semanas acudiendo de Lunes a Viernes a la sala de aprendizaje desde las 8.30 a 14.30, y la verdad es que lo aprenden rápido.

Desde los inicios la técnica no ha cambiado mucho, lo que con los años ha cambiado, por ejemplo, son los líquidos, que son más fisiológicos e individualizados para cada paciente. Y también el advenimiento de la cicladora que ha solventado muchos problemas y ha facilitado la vida sobre todo a gente joven o a gente con actividad laboral, pue le permite hacerse lo cambios por la noche y estar libre durante el día. De hecho, bastantes pacientes eligen la peritoneal y al poco tiempo están con la cicladora. Además, a muchos de los pacientes jóvenes a los seis o siete meses ya se les trasplanta. Para la gente mayor que, por sus patologías, tienen más difícil el trasplante, la diálisis peritoneal también es una buena alternativa ya que es menos traumática, más fisiológica, y se libran del hospital al hacerlo en su casa y en el momento que quieren dándoles así mayor independencia. Como problemas más importantes están las infecciones, sobre todo las peritonitis, aunque se ha reducido muchísimo por los nuevos métodos de conexión, y además, cogidas a tiempo, se suelen resolver sin grandes problemas.

El progresivo envejecimiento, junto con las patologías asociadas, hace que el acceso al trasplante de muchos pacientes – sin duda la mejor opción- esté limitado y a ciertas edades los tratamientos sustitutivos son muy duros. De hecho, hay pacientes que desestiman la opción de comenzar tratamiento sustitutivo alguno y prefieren un soporte domiciliario paliativo, logrando vivir un par de años con una aceptable calidad de vida.





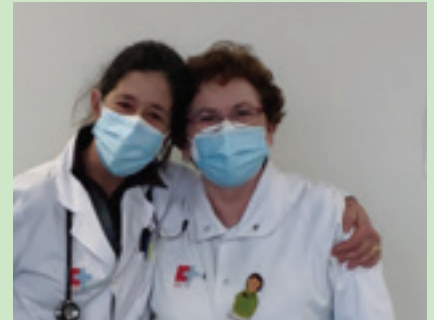
Quiero destacar la importancia de un buen soporte familiar. Siempre es un poco más complicado para una persona que vive sola, lo que desgraciadamente sucede cada vez más a menudo. Cualquier modalidad de tratamiento se lleva mejor con buen soporte familiar, pero en el caso de la peritoneal es un aspecto importante y a considerar siempre. Y siento decirlo, pero la experiencia lo pone de manifiesto, si es hombre y vive solo, suele ser peor. Las mujeres son más constantes y meticulosas con sus cuidados, y suelen tener apoyos incluso más allá de la familia, cosa que no ocurre con los hombres. Por eso, los fracasos en las mujeres son menores, aunque esto no es una afirmación "científica", solo mi percepción personal y desde mi experiencia. Ello conlleva que algunos pasen a hemodiálisis al poco tiempo de iniciar la peritoneal.

Es importante que cada uno, una vez informado, elija la técnica que mejor se adapta a su situación clínica y a su situación personal. Hay gente también que, con el tiempo, quiere pasarse de la hemodiálisis a la peritoneal, porque se adapta mejor a su estilo de vida. Dejando

siempre claro que hay tres tratamientos, hemodiálisis, peritoneal, y trasplante, y que la insuficiencia renal es una enfermedad crónica, y es muy probable que muchos pasen, con el tiempo, por los tres tratamientos.

Haciendo memoria estos días, me he dado cuenta de que he tenido como pacientes, primero, a los padres, y después, a los hijos, sobre todo en enfermedades hereditarias como la poliquistosis, y pienso que es señal de que 40 años de trabajo dan para mucho, tanto para alegrías como para penas. Hemos tenido inolvidables pérdidas entre los compañeros, como fue la del Dr. Llamazares la cual causó un gran impacto entre nosotros, pero también entre pacientes, algunos de los cuales, como pasa siempre en la vida, nos dejaron marcados.

También recuerdo momentos difíciles durante los cuales lo pasamos muy mal, como cuando se vino abajo parte de la fachada del edificio en el año 1999, dado que estaba muy próxima al Servicio y en el que fallecieron varias personas, entre ellas, el padre de una compañera. Merece la pena mencionar el



levantamiento espontáneo de protesta que hubo entre profesionales y pacientes por la dimisión de Rosa como supervisora, la cual fue como consecuencia de la ausencia de respuesta por parte de los responsables del SCS ante las malas condiciones en que se quedaba la unidad de diálisis tras dicha caída. Casi 500 personas nos manifestamos ante la dirección del hospital por su dimisión, ya que era un cese encubierto. Un tiempo después fue nombrada, de nuevo, supervisora de Nefrología.

Para terminar, quiero destacar también maravillosos recuerdos. Entonces, éramos todas, auxiliares y enfermeras, muy jóvenes -yo tenía 20 años- y había muy buen ambiente de trabajo tanto entre nosotras como con los pacientes, dado que era un contacto casi diario con ellos. Jugábamos al bingo, leíamos el diario juntos, nos contábamos nuestros asuntos familiares, etc., lo que permitía hacer a los pacientes el tiempo más llevadero y a nosotras el trabajo más agradable. El contacto era tan íntimo que éramos como una pequeña familia. Las bodas, comuniones o bautizos eran compartidos por todos, además los pacientes en aquella época también eran muy jóvenes lo que facilitaba esa relación generacional, y hacíamos hasta excursiones juntos los domingos. Aún es hoy el día que quedamos con algunos pacientes de ALCER de aquellos años, como Roberto, Antonio o Eusebio para comer de vez en cuando. Cuando se hacía un tras-



plante, era una celebración, una alegría y no solo para los pacientes sino también para todos nosotros. Recuerdo en concreto el trasplante de un niño, cuya familia nos invitó a su casa para celebrarlo. Los pacientes eran muy jóvenes y tenían toda una vida por delante. Nosotros, los profesionales, también.

Con el tiempo he visto también el cambio de actitudes en los profesionales, antes se vivían los cambios y mejoras en el hospital con ilusión, con orgullo y con sentido de pertenencia a la institución, ahora creo que no es lo mismo, hay mucho individualismo. La gente mira solo por lo suyo sin importarle lo demás, y no solo en su propio servicio sino en todo lo que rodea al hospital. A pesar de haber buenos profesionales, están muy desmotivados sin ese "espíritu de Valdecilla", falta sensibilidad, falta trabajar más en equipo, ganas de vivir cada uno su profesión, y cierta falta de ambición en hacer más y mejor, faltan ganas de aprender. Posiblemente en el hospital sucede, al fin y al cabo, lo que también

vemos en la sociedad.

Lo mismo sucede con la relación médico-paciente, que creo se ha deteriorado. Vivimos en la sociedad de la impaciencia, de las prisas, de la inmediatez, lo queremos todo "aquí y ahora", y se ejerce una medicina en cierto modo defensiva, muy tecnificada, y con pérdida del contacto humano. Hace falta escuchar más, sonreír más y escribir menos. Tener en mente que los pacientes están en una situación muy vulnerable y nuestra misión es facilitar las cosas, no complicárselas más. Esta frase, que aprendí hace muchos años creo debería ser el lema de todos los profesionales de la Medicina.

Aunque mi papel ha sido secundario, siempre he tenido ganas de aprender, de formarme, de hacer las cosas mejor, y estar abierta a las innovaciones que yo veía que mejoraban a los pacientes. Pensar que el que está como paciente podría ser yo, y pensar cómo me gustaría ser tratada. He tenido mucha suerte con mi trabajo, he disfruta-

do haciéndolo, he intentado ayudar lo mejor que he podido a los médicos, y ellos me han ayudado mucho y me he sentido valorada y querida por ellos.

Quiero dar las gracias desde aquí por haberme dejado trabajar y ser útil en algo en lo que he disfrutado, primero a los pacientes de los que he aprendido mucho, a mis compañeros de los que he conseguido amistades, y a las instituciones sanitarias, las que me gustaría pedir que lucharan por intentar recuperar ese espíritu de "Valdecilla" que hace años nos sirvió a nosotras como estímulo para hacer un hospital mejor y referente a nivel nacional.

Doy gracias a ALCER también por brindarme la oportunidad de compartir mi experiencia y mi sentir. Muchas gracias a todos.

Isabel Hernández Gutiérrez
Auxiliar de enfermería jubilada
del Servicio de Nefrología del HUMV





Confidencias de Antonio Balbuena

Mi nombre es Antonio Balbuena y tengo 84 años. Nací en León, pero llevo en Cantabria más de media vida, ya que vine hace 44 años. El motivo del traslado fue la enfermedad de mi mujer que sufrió enfermedad renal en estado terminal y precisaba diálisis para continuar viviendo. Por aquellos tiempos (año 77-78), el tratamiento no se dispensaba en León, era muy desconocido. Diagnosticada por el médico de cabecera de nefritis, la ingresaron en la Residencia Sanitaria pensando que podía estar embarazada debido a la retención de líquidos que tenía. Sin embargo, su estado fue a peor y nos dijeron que la hemodiálisis era el único tratamiento que podía salvarle la vida. En aquellos tiempos solo había cuatro lugares en España donde se realizaba, Madrid, Barcelona, Pamplona y Santander.

Las referencias que nos dieron del Dr. César Llamazares como nefrólogo y ser paisano (León, 1943), nos ayudaron a tomar la decisión. Y aquí nos vinimos, toda la familia. Teniendo dos niñas de 7 y 9 años, dejando atrás nuestra casa, el trabajo y el resto de la familia para enfrentarnos a una situación nueva llena de incertidumbre, ya que no conocíamos a nadie aquí. No teníamos opción, era la única posibilidad para que siguiera con vida.

Después de unos cuantos años de mucha lucha, tras abandonar una buena posición laboral que tenía en León, tuvimos que empezar de nuevo. Afortunadamente encontré trabajo también como comerciante –mi profesión desde los 14 años– y siempre estaré agradecido a la empresa que me contrató y de la que finalmente me jubilé, por su confianza en mí y por el trato hu-

mano que recibí en mis circunstancias personales, ya que tenía que abandonar mi puesto de trabajo para llevar y recoger a mi mujer a los médicos sin que nunca me pusieran ninguna objeción. También nos ayudaron las ayudas económicas que el Gobierno daba por entonces ante traslados forzados por motivos de enfermedad. Con una cosa y otra nos permitimos comprar un piso siempre gracias al coraje de Agustina.



Mientras tanto el Dr. Llamazares nos dio ánimos ya que, además del tratamiento de hemodiálisis, se estaban haciendo los primeros trasplantes de riñón. La vida de mi mujer pendía de un hilo y todos temíamos por su vida. Si no hubiéramos tenido acceso a la diálisis no habría tenido ninguna posibilidad de seguir con vida. Comenzó su diálisis peritoneal. Recuerdo estar todo el tiempo que podía con ella en el hospital y hasta dormir en el vestíbulo durante siete días seguidos. Pero Agustina tenía muchas ganas de luchar y de vivir y empezó a notar una franca mejoría, tanto es así que se sentía curada. El milagro de la diálisis nos dio muchas

esperanzas. Tres años más tarde la trasplantaron, a los pocos días de fallecer el Dr. Llamazares en un trágico accidente de en Madrid (1983). Triste noticia para todos los pacientes renales y las personas que lo conocíamos. La calidad de vida que tuvo desde entonces y durante 10 años fue bastante aceptable. Hay que recordar que la medicación para evitar el rechazo no es como la de ahora, y tenía muchos efectos secundarios. Hubo momentos que tomaba 40 pastillas al día. Poco a poco fue perdiendo la vista hasta quedarse ciega, posiblemente por un problema neurológico. Y aunque Rosa* –nuestra Rosa– me dijo que sería inútil, mi mujer como última esperanza quiso ir a que la vieran en la Clínica Barraquer, y yo cedí por no quitarle esa esperanza, una vez allí nos dijeron que no podían hacer nada y que siguiera las recomendaciones de Valdecilla.

Finalmente falleció en 1993, naturalmente el disgusto fue tremendo, aunque con la satisfacción de haber podido gozar de años con una buena calidad vida y haber visto crecer a sus niñas. En este momento, con 23 y 20 años respectivamente, la mayor estaba trabajando de enfermera en Fuerteventura, y la pequeña, licenciada en Geografía e Historia, aquí en Santander, por lo que fue a la quien le tocó tirar más de su madre los últimos años.

Durante toda la enfermedad de mi mujer he tenido muchas vivencias y he visto muchas cosas de otras familias venidas de fuera de Santander, cómo les condicionó la enfermedad a los pacientes y a sus familiares, las ganas de vivir de unos y las desesperanzas de otros,

los llantos, las alegrías, y las amistades que necesariamente uno forja y que la enfermedad consolida. Conocí también al primer Presidente de ALCER, empresario y que recuerdo que fue a trasplantarse a EEUU, y que, aunque consiguió que el Estado le retornara parte de los gastos, el riñón apenas le duró un año. Otro caso que recuerdo fue el de Elisa, hija de un alcalde de un pueblo de aquí, y en diálisis con 17 años. Sus padres se empeñaron a ir a trasplantarse a Barcelona, y a pesar de que Rosa les recomendó que no lo hicieran, se trasplantó y al mes falleció. Rosa les había insistido que el equipo de aquí era igual o mejor que el de allí, estaba por entonces el Dr Llamazares de Jefe de Servicio, junto con los doctores Cotorruelo, Zubimendi, de Francisco y Morales.

En lo que respecta a ALCER inicialmente fue una especie de cooperativa o federación de enfermos que se estaba fraguando en España como proyecto, y de lo que nos informaron unos chicos que vinieron desde Madrid y que se estaban dializando, esto debía ser sobre el año 79 u 80. Rosa nos animó a participar porque le parecía una cosa interesante como forma de unificar las reclamaciones y necesidades de los pacientes. Al final 3 o 4 de nosotros dimos un paso adelante, así el primer local de ALCER fue mi propia vivienda, después el de José (ya fallecido), y después en una cochera de Juan (otro paciente). Finalmente, como Pepe era encargado de albañil del Ayuntamiento de Santander, se solicitó un local al Ayuntamiento, y es el que disponemos en la actualidad. He conocido a varios Presidentes (Pepe, Miruca, Juan, Roberto...) y aunque me pidieron en más de una ocasión que yo lo fuera nunca quise porque tenía muchas obligaciones personales. No obstante, siempre he colaborado y sigo haciéndolo, y me siento orgulloso de ser el socio



número 1 de la Asociación.

De todas las vivencias, me quedo con el buen trato que, tanto mi mujer como yo recibimos, lo que querían a Agustina, que, como he dicho, era muy animada y con muchas ganas de vivir -aún la recuerdo con Camino (enfermera) tocando la guitarra y amenizando algunas sesiones de diálisis- y de cómo todos la querían. Me quedo con lo bien que se portó toda la familia. Ahora, de todo lo que fue mi familia, hermanos y cuñados, tanto de mi mujer como por mi parte, solo quedo yo. Pero eso es ley de vida y supongo que es el precio de vivir. Reflexiono de todo lo pasado, y creo que gané batallas, pero, al final, perdí la guerra porque murió Agustina. Y aunque rehice mi vida y volví a tener pareja durante

un tiempo -guardo tanto mis hijas como yo un grato recuerdo de mi segunda pareja- nunca he podido olvidar a Agustina.

Me queda el recuerdo de una mujer maravillosa, optimista, positiva, siempre animosa a la que conocí con 14 años y con la que me casé después de 10 años de noviazgo. Y aunque ya va a hacer 30 años desde su fallecimiento, cuanto más tiempo pasa, más la echo de menos.

*Rosa Alonso, antigua supervisora de enfermería del Servicio de Nefrología.

Antonio Balbuena

Viudo de Agustina, paciente renal, y socio número 1 de ALCER Cantabria



Confidencias de Mercedes García

Me llamo Mercedes García Ibañez, tengo 85 años, y soy una de las socias más antiguas de ALCER Cantabria. Yo no soy paciente renal, lo era mi marido que falleció con 36 años, al poco tiempo de casarnos.

Mi marido Manolo y yo nos conocimos en Argoños a finales de verano, pues yo pasaba los veranos en casa de unos amigos de mis padres, que eran como mis tíos. Manolo era de allí y un día al salir de misa –antes los hombres se solían quedar fuera de la iglesia- le pidió a mi tío que me presentara, pero mi tío le dijo que mejor más adelante. Era un hombre muy alto, guapo y fuerte. A los pocos días nos encontramos en Santoña y ya estuvimos charlando un buen rato. Ya no nos volvimos a encontrar hasta dos o tres años más

tarde en las fiestas de Argoños, estando él de permiso militar. Yo tenía entonces unos 22 años y él 19. Me sacó a bailar y ya estuvimos bailando toda la tarde juntos. A partir de entonces quedamos para salir y hacernos novios.

Tras licenciarse y aprobar unas oposiciones para el Banco Exterior de España le destinaron a Avilés y estuvimos carteándonos durante unos años. Finalmente, nos casamos en 1967, teniendo yo 29 y él 26 años. Nos fuimos de viaje de novios a Andalucía y, como era verano, pasamos un calor tremendo. Después de un tiempo pidió traslado a Gijón y allí nos afincamos y compramos un piso estupendo cerca de la playa, pero con orientación Sur, porque las vistas al mar allí son orientación Norte. Teníamos muchos planes de vida: viajar, tener familia, etc.

Pero la vida nos tenía preparados otros planes. A los tres años de casarnos y, sin que él tuviera ninguna enfermedad previa, - aunque por esa fecha él tenía un poco de sobrepeso- comenzó con fuertes dolores de cabeza y tras acudir a la consulta del médico, nos dijo que tenía la tensión muy alta. Un poco asustados nos fuimos a un médico particular para que le hicieran una analítica y

cuando fuimos a por los resultados nos comunicó que tenía muy malas noticias y que debía mandarnos a un urólogo. En aquel entonces no había muchos nefrólogos aún. Aunque su familia era diabética, él no tenía el azúcar alto. El urólogo le puso una dieta restrictiva sin casi frutas ni verduras y le mandó hacer reposo en cama durante un mes y nos dijo que volviéramos pasado el mes. Transcurrido ese tiempo le repitió los análisis y estaban igual. El reposo y la dieta no había servido de nada. Esto nos produjo una profunda decepción. Como el urólogo trabajaba en el hospital de la Seguridad Social de Gijón, nos derivó allí para que le hicieran un estudio más a fondo. Allí le hicieron una biopsia y nos dijeron que nos pusiéramos en lo peor porque tenía una esclerosis renal muy grave. Durante un año estuvo haciendo reposo relativo alternándolo con el trabajo, además de la dieta y la medicación, repitiéndole con frecuencia los análisis.

Con el tiempo su estado iba deteriorándose. Él se encontraba francamente mal, le fallaban las piernas, no dormía por las noches, náuseas continuas y unos picores que le volvían loco. Nos dijeron que la cosa iba rápida y que no tenía solución. Así que, dado que teníamos toda la familia en Santander, nos vinimos aquí. La familia nos ayudó muchísimo – tanto la de mi marido como la mía- y me siento muy agradecida por ello. Tanto es así que, como el piso de mis padres no tenía ascensor y Manolo precisaba silla de ruedas, mis primos nos dejaron su chalet para que nos alojáramos allí. Y lo mismo hermanos, padres... todos se desvivieron con nosotros y nunca se sabe lo que se agradece ese soporte familiar en las etapas difíciles.



Un día, mi madre se encontró con una amiga cuyo hijo había estado haciendo la especialidad de rayos en EEUU y que se encontraba trabajando en la Residencia Cantabria. Esa misma tarde, este médico nos llamó – debió de contárselo su madre- y que había llegado a Santander el Dr. Llamazares que era un gran nefrólogo y que podríamos ir a verle a la mañana siguiente. El Dr. Llamazares le vio, leyó todos sus informes y le dijo que esa misma tarde le ingresaba. Pasó todo el día ingresado y, al día siguiente, estaba contentísimo porque ino había sentido picores y había dormido toda la noche! Además, le habían dado de comer

paella. El Dr. Llamazares nos explicó lo que tenía y, a los pocos días, comenzó con diálisis peritoneal. Tras una temporada con peritoneal le hicieron la fístula y posteriormente entró en hemodiálisis. Las sesiones, por aquel entonces, eran realmente largas. Recuerdo que llegábamos sobre las 8:30 de la mañana y nos íbamos bien entrada la tarde. Pero, afortunadamente, fue mejorando y recuperando la movilidad de las piernas hasta encontrarse prácticamente normal.

Manolo fue el primer paciente crónico en hemodiálisis en el hospital Valdecilla y estuvo hasta el año

1976 con ese tratamiento, unos cuatro años. Rosa* te puede contar mejor que yo cómo era la diálisis de aquel tiempo, ella estaba siempre al lado del paciente y su familia.

Y entonces, llegó el trasplante en enero de ese año. Éramos felices al pensar que todo iba estupendamente y así fue durante once meses. Tras ese tiempo, diciembre vino a ser un mes fatídico puesto que comenzó a tener graves complicaciones que lo llevaron a su fallecimiento. Para mí fue un golpe durísimo porque durante esos meses habíamos vivido con mucha esperanza y hecho planes de todo tipo. Deseaba volver a trabajar, tener los hijos que queríamos - aún recuerdo como me decía con una sonrisa "dos fijo, y el tercero ya veremos"-.

Ahora me queda el recuerdo del tiempo que estuvimos juntos que, aunque demasiado corto, fuimos muy felices porque estábamos muy enamorados. Nunca olvidaré los viajes que hacía desde Avilés a Santander cuando éramos novios y venía a verme, primero en tren y luego en moto para poder vernos tan solo unas horas el fin de semana. También recuerdo lo bien que se portaron sus compañeros del banco para facilitarle poder venir el fin de semana a verme. Y es que Manolo era una persona muy querida en todos los ámbitos donde se movía.

Aunque la vida te lleva por caminos inesperados y estuvimos casados poco tiempo, él siempre va conmigo, nunca lo he olvidado y nunca lo olvidaré.

*Rosa Alonso, antigua supervisora del Servicio de Nefrología del HUMV

Mercedes García Ibáñez
Viuda del primer paciente crónico en Hemodiálisis en HUMV.





Día Mundial del Riñón 2022

El pasado día 10 de marzo, como cada segundo jueves de marzo, se celebró el Día Mundial del Riñón con el lema "Aumentar el conocimiento para mejorar el cuidado renal".



En Madrid, la Sociedad Española de Nefrología organizó para el domingo 6 de marzo, previo a la celebración del Día Mundial del Riñón, la I Carrera Solidaria "Muévete por la Salud Renal", con un recorrido de 5 km y con la donación del 100% del importe recaudado por las inscripciones a favor de la Federación Na-

cional de Entidades ALCER.

En el ámbito más institucional, la Sociedad Española de Nefrología organizó y coordinó la iluminación en rojo de diversos edificios públicos y monumentos a lo largo de la geografía española con el objetivo de destacar la importancia del cuidado de los riñones. En Santander, el edificio del Ayuntamiento se iluminó de rojo la noche del miércoles 9 al jueves 10 de marzo.

Desde ALCER Cantabria se realizó por primera vez una campaña divulgativa a través de los llamados "MUPI", los paneles publicitarios que hay junto a las marquesinas de las paradas de los autobuses. Para ello contamos con la colaboración del Ayuntamiento de Santander, por medio de su Concejala de Juventud, Educación y Salud, D^a Noemí Méndez, a quien agradecemos su ayuda. La campaña estaba enfocada a la población infantil recordan-



do las 8 reglas de oro del cuidado de los riñones. Dicha campaña estuvo en los paneles de explotación municipal durante la semana del Día Mundial del Riñón.

Respecto a la faceta más divulgativa a pie de calle, en esta ocasión se puso una mesa informativa en la Plaza del Ayuntamiento de Santander para sensibilizar a la población general de la importancia de profundizar en el conocimiento sobre el riñón como base para mejorar su cuidado.



Asamblea General de Socios 2022

El pasado día 3 de abril tuvo lugar la Asamblea General de Socios de ALCER Cantabria. En primer lugar se realizó la Asamblea General Ordinaria. En ella se procedió a la presentación pormenorizada por parte del presidente de la memoria de actividades realizadas a lo largo del año 2021 y de los ingresos y gastos de dicho periodo. Tras su aprobación por unanimidad, se procedió a la presentación del Plan de actividades previsto realizar en el año 2022 así como el presupuesto con los ingresos y gastos para ejecutar dicho plan de actividades. Ambos fueron también aprobados por unanimidad.

Finalizada la Asamblea General Ordinaria se procedió a realizar la Asamblea General Extraordinaria con el único punto en el orden del día: renovación de la junta directiva. Se abandonaban sus cargos Begoña Lázar García, Belén Lázar García y Patricia Cubillas Pérez.



Se presentó una única candidatura, de continuidad, en la que seguirían en sus cargos el presidente, Jesús Gómez Gandarillas, junto con el vocal, Alberto Rodríguez González. Se proponía la incorporación de cuatro nuevas

personas: Rosa María Arnaiz Ruiz, para el cargo de vicepresidenta, Germán Pinedo Testa, para el cargo de tesorero, Juan Manuel Fernández Pareja, para el cargo de secretario, e Hilario Losa Martínez, para el cargo de vocal.

Se aprobó por unanimidad la candidatura propuesta, constituyéndose la nueva Junta Directiva.

Con motivo del cese de Begoña Lázar, se realizó un emotivo homenaje para agradecer su larga trayectoria de casi 25 años en la Junta Directiva ocupando diferentes cargos. En estos años, Begoña se ha caracterizado por su alto compromiso con la entidad y las personas con enfermedad renal, compromiso que ha hecho extensible a toda su familia.

Aprovechamos esta reseña para, una vez, más reiterar nuestro agradecimiento a su compromiso y dedicación. Gracias, Begoña.





AVANCE ACTIVIDADES DEL SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2022

SEDE DE LA ASOCIACIÓN: PLAZA RUBÉN DARÍO S/N - 39005 SANTANDER - TELÉFONO 942 276 061

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SOCIO

Nombre		Apellidos	
D.N.I.	Fecha de nacimiento	E-MAIL	Teléfono
DOMICILIO			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA	

Solicito mi inscripción como socio con la siguiente cuota:

CUOTA ANUAL 40 Euros	Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta

OTRA CUOTA **IBAN:**

☐ **SOCIO AFECTADO** ☐ **SOCIO COLABORADOR**

Conforme a la normativa vigente, y garantizándole la protección de los datos personales recogidos en esta solicitud y facilitados por usted, éstos serán incorporados en un fichero que ALCER Cantabria mantiene con la finalidad de gestionar la relación de socios, sus comunicaciones y la prestación de servicios por parte de los profesionales que colaboran con la Asociación. En caso de que se oponga a esta finalidad, escriba **NO** en las siguientes autorizaciones, si está de acuerdo escriba **SÍ**:

____consiento que mis datos personales figuren incorporados en el fichero que ALCER Cantabria mantiene con finalidades de gestión y comunicación.

____consiento que mis datos personales sean cedidos por ALCER Cantabria a los profesionales que prestan servicios a la Asociación.

Le rogamos que, en el caso de producirse alguna modificación de sus datos, nos lo comunique con la finalidad de mantener su información actualizada.

En cualquier caso, tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponer, o cancelar los datos referentes a su persona, incluidos en nuestro fichero por escrito dirigiéndose a ALCER Cantabria con domicilio en Plaza Rubén Darío S/N de Santander o en el correo info@alcercantabria.org

Firma del interesado

En Santander a de de

cardiva®

942 314 517 | www.sacoutil.com   



EL SACO ÚTIL
Gestión Integral de Residuos



**RECOGIDA DE RESIDUOS
PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS**



Administración y Gestión de Fincas
Peritaciones Judiciales

C/. Amós de Escalante nº 4, 4º-F Tlf./Fax. 942 219 781
39002 Santander (Cantabria) administracion@scfincas.com
www.scfincas.com



Pol. Ind. de Heras - Parcela 304
39792 HERAS (Cantabria)
Telf.: 942 526 251 - Fax 942 526 281
www.queserialafuente.com



TÉCNICOS CONSTRUCTORES SANTANDER, S.A.

TECOSAN

OBRAS Y PROYECTOS



C/Menéndez Pelayo, 60 - 1º Dcha. | 39006 Santander
Telf.: 942 27 44 00 - Fax: 942 27 44 12
www.tecosan.es | tecosan@tecosan.es



*Arte, Lujo y Exclusividad
en tu mano*

www.petusboligrafos.com



B.º Otero, s/n - Polígono Industrial - 39100 SANTA CRUZ DE BEZANA (Cantabria)
Teléfono 942 581 026 - Fax 942 581 014 - e-mail: info@palsan.es



SOLVAY

PROGRESS BEYOND



Damos apoyo a las asociaciones

Solvay, empresa socialmente responsable, colabora activamente con la enseñanza, las actividades culturales, deportivas y con las asociaciones de las localidades donde tiene presencia.

Solvay,
un buen vecino
industrial.