



XV Jornada ADER

sobre diálisis, trasplante y generación de órganos



Festival Infantil



**Memorial
Josep Maria Alaball i Carles Vila**

QUÈ ÉS ADER?

ADER, Associació de Malalts del Ronyó de Catalunya, és la representant de les persones amb insuficiència renal crònica. És una entitat privada, de caràcter benèfic, d'iniciativa social, fundada l'any 1976 i declarada d'utilitat pública l'any 1987.

Des de la seva fundació a l'octubre del 1976, han format part d'aquest col·lectiu moltes persones i totes han treballat per a reivindicar millores en les teràpies substitutives de la insuficiència renal, com l'hemodiàlisi, la diàlisi peritoneal i el trasplantament renal. En definitiva, de la qualitat de vida.

Pots trobar més informació a la nostra web: www.aderrenal.org



El foro de nuestra web: el lugar donde expresar nuestras inquietudes

Muchos de nuestros lectores, a buen seguro, ya conocerán la página web de ADER. Para aquéllos que no la conozcan, les recordamos que se halla en la dirección www.aderrenal.org.

Como toda buena página de la red que se precie, la web de ADER tiene una sección destinada a la opinión, el contraste de pareceres y la expresión de las inquietudes de nuestros socios e, incluso, de aquéllos que no lo son. Está abierta a todo el mundo. Es el foro de ADER.

Desde esta revista -dicho sea de paso, existe una edición de la misma en formato pdf en la propia página- queremos animar a los lectores a que naveguen por nuestro foro y participen en el mismo. Ya sea en temas propuestos por otros lectores, ya sea proponiendo temas nuevos a los que el resto de la comunidad del foro pueda dar respuesta o sobre los que pueda opinar. Esta sección es única y exclusiva del lector. Les aconsejamos que la aprovechen.

Se puede hacer más

La actividad de donación y trasplantes ha experimentado un aumento durante el año 2007 con respecto del año anterior. Concretamente en los hospitales de Catalunya se han realizado un total de 470 trasplantes renales. Las listas de espera en el caso del riñón se han reducido en un 4,8 por ciento con respecto del año anterior.

Así pues, antes que nada, debemos felicitar a todos los profesionales que han hecho posibles estas cifras: Departament de Salut, (OCATT), Coordinadores hospitalarios, Médicos, Personal de enfermería, Servicio de Emergencias Médicas, Mossos d'Esquadra, etc. y, sobre todo y por ser la principal causa del éxito, a los donantes: en definitiva a todos los que han contribuido a la buena nueva de estos resultados del año 2007.

Ahora bien, llegados a esta situación, desde ADER debemos seguir insistiendo porque siempre se puede hacer más. Como ya hemos dicho otras veces deben ponerse en funcionamiento todas las medidas previstas por la Organització Catalana de Trasplantaments y el CatSalut, para que exista una buena coordinación a fin de que no se pierda ningún órgano en los hospitales extractores.

Asimismo, también conviene reducir las negativas familiares y así contribuir al descenso en las listas de espera. Nuestra obligación es insistir en que se pongan los mecanismos necesarios para reducirlas aún más. En este sentido, sería de gran ayuda el impulso de campañas de difusión, como por ejemplo la que quiere poner en marcha ONT destinada a propagar los beneficios de la donación entre la población inmigrante con el eslogan "Tu corazón no entiende de culturas y colores, el resto de tí tampoco". La campaña se llevará a cabo en castellano, inglés, francés, rumano, árabe y chino.

Pero bueno, desde ADER vamos a seguir con nuestra actitud positiva, de respaldo y colaboración con las autoridades sanitarias y, por ello, y en virtud de los éxitos de Catalunya y España en materia de donación y trasplante de órganos, felicitamos a la Organización de Trasplantes (ONT). El motivo de este reconocimiento -y más allá de unas cifras que, al igual que en Catalunya, han ido al alza respecto del año 2006-, es la designación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la ONT como Centro Colaborador de la OMS en materia de donación y trasplantes.

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENT

Sr. Matias Ponsa Saladich

VICEPRESIDENT 1r

Sr. Angel Serra Romero

VICEPRESIDENTA 2ª

Sra. Mª Teresa Biosca de Sagastuy

SECRETARI GENERAL

Sr. Antonio Tombas Navarro

TRESORER

Sr. Lluís Surós Batlló

VOCAL

Sr. Jorge Parenti Lahoz

VOCAL

Sr. Joan Masó Hervás

VOCAL

Sra. Mª José Legaz Martín

VOCAL

Sr. Juli Real Obradors

DESPATX ADER

Teresa Boldú

Coordinadora

María Jesús Rodríguez

Secretaria

ADER Boletín de la Asociación de Enfermos de Riñón de Catalunya - núm. 94

Redacción y administración:

Calle Pintor Tapiró, 4 - Barcelona

Tel. 934 408 800 - Fax. 933 337 070

e-mail: ader@aderrenal.org

www.aderrenal.org

Autoedición e impresión: Toison Edit, S.L.

Nº de depósito legal: 13267-1981

El Boletín ADER no participa necesariamente de la opinión de sus colaboradores, siendo ellos mismos los responsables de ella.

El Boletín ADER agradece todas

las colaboraciones enviadas a la redacción.

JORNADES

- XV Jornada de Ader sobre diálisis, trasplante y generación de órganos05
- Catalunya Trasplantament any 2007 resultats i pla estratègic.....05
 - Presente y futuro del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.....09
 - El trasplante de riñón de donante vivo12

NOTÍCIES

- La hiperfosforemia en la Enfermedad Renal Crónica tiene un tratamiento simplificado gracias al Fosrenol13
- Un riñón mecánico portátil lleva la esperanza a los pacientes en hemodiálisis13
- Salud y felicidad: dos conceptos análogos14
- Activadores continuos del EPO permiten corregir los niveles de hemoglobina en los pacientes renales con anemia14
- Jubilación anticipada para los autónomos con discapacidad.15
- Nota aclaratoria15
- In Memoriam15
- La Comisión Europea establece una comisión encabezada por el Clínic para preparar un código ético para los trasplantes de donante vivo16
- La tolerancia del órgano injertado prescindiendo de inmunosupresores, cada vez más cerca16
- El Nuevo Centro de Diálisis de Verge de Montserrat cumple 1 año de su apertura17

LA ENTREVISTA

- Doctor Enrique Riverola: Ozonoterapia18

ACTIVITATS

- Un Memorial amb novetats.....20
- Dia Internacional de les Persones amb Discapacitat21
- Marisa Miró exposa els seus olis a ADER.21
- El Pare Noel visita els nens d'ADER.22
- El pessebre d'ADER, premiat.23
- Ángel Saez habla sobre temas fiscales.....23
- La película "Lo mejor de mí" aborda el tema del trasplante de donante vivo24

SALUT

- El cepillo dental.....25

INFORMACIÓ

- La valoración de la incapacidad laboral contributiva desde el punto de vista médico. Aplicaciones a las patologías nefrológicas29

ESTADÍSTIQUES

- Trasplantaments 200733

BUTLLETA DE SUSCRIPCIÓ34

SERVEIS ADER35

XV Jornada de Ader sobre diálisis, trasplante y generación de órganos



De izquierda a derecha: Jorge Parenti, Ángel Serra, Maties Ponsa, Roser Deulofeu y Juli Real

Como cada año en el auditorio Novartis se celebraron las Jornadas sobre diálisis, trasplante y generación de órganos, que este año llegaban a su décimoquinta edición. Como es habitual en las jornadas que organiza Ader el auditorio registró una magnífica asistencia de público compuesto tanto por socios de Ader como por personal sanitario y personas interesadas en los temas expuestos.

Catalunya Trasplantament any 2007 resultats i pla estratègic

DRA. ROSER DEULOFEU, DIRECTORA DE L'ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT (OCATT)

Els trasplantaments renals es varen iniciar a Catalunya per primer cop a tot l'estat l'any 1965 conduïts per les mans expertes dels doctors Gil-Vernet i Caralps. Des del 1971 fins desembre de 2007, a Catalunya s'han realitzat 8.813 trasplantaments renals 8.113 amb donants cadàver i 700 amb donant viu. La donació d'òrgans va començar a augmentar a partir, sobretot, de l'any 1984 quan es va implantar el

model català de trasplantament dins el qual es va crear, com figura central i pionera a l'estat espanyol, la figura del coordinador de trasplantaments al cap de 20 anys de la implantació del model, i coincidint amb l'entrada d'una nova direcció a l'OCATT el 2004, s'observa que sobretot des del 1997 el nombre de donants d'òrgans en mort encefàlica, té un nivell numèric més alt que els anys anteriors, però està estancada. Es com si s'hagués tocat



Roser Deulofeu parla sobre les mesures preses per l'administració per a generar més òrgans

sostre amb les fluctuacions numèriques anuals normals. En aquell moment s'atribueix l'estancament al fet que les negatives a la donació a Catalunya es mouen, sense variacions entre el 18% i el 23% anual i a l'èxit de dos programes de prevenció dels que tots els catalans i els que viuen a Catalunya ens sentim molt orgullosos, el de seguretat vial i del Pla de Salut de Catalunya, ja que disminueixen la mortalitat tant a les carreteres, com a causa de malalties neuro i cardiovasculars, principals causes de mort encefàlica.

A finals del 2004 s'elabora a l'OCATT (CatSalut) el Pla estratègic 2005-2007 que es aprova pel Departament de Salut i que té entre d'altres, 3 objectius principals:

- a) augmentar la donació**
- b) disminuir les llistes d'espera**
- c) disminuir les negatives a la donació.**

En tots els casos es dota de recursos per part del CatSalut i es potencien les següents activitats i programes:

Trasplantament renal de viu

El suport als programes de trasplantament renal de viu, amb recursos administratius i pressupostaris per part del CatSalut: Dos centres amb gran experiència en aquest camp, l'Hospital Clínic i la Fundació Puigvert, han estat qui han posat en marxa els programes més actius, incrementant un 15% el global del trasplantament renal de viu a l'any 2007. L'increment ha estat d'un 15%, i des de l'any 2006 constitueixen el 16% del total de

trasplantaments renals, que es el percentatge al que vol arribar el global de l'estat espanyol i que actualment és d'un 6%.

Dels 133 trasplantaments renals fets a l'estat espanyol, 76, és a dir el 57% han estat fets a Catalunya

Programa organitzatiu per a la donació a cor aturat

Potenciació d'un programa de donació a cor aturat, el programa anomenat "CatAsistol" de l'OCATT va ser dissenyat com una organització global per a Catalunya i es va desenvolupar de la següent forma:

a. Dos cursos de formació finançats pel CatSalut, un a finals del 2004 i el segon a la primavera del 2005 amb assistència de més de 150 professionals de tots els centres de Catalunya autoritzats per l'extracció i el trasplantament d'òrgans, en cadascun dels cursos.

b. Signatura de convenis específics pel programa català de donació a cor aturat: un amb l'Hospital més expert en aquest camp, l'Hospital Clínic i l'altra amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), al mateix temps que es parlava amb el Mossos d'Esquadra, per quan es necessités el seu suport. L'organització es complexa i exigeix una dedicació extraordinària per part dels equips. El protocol va ser consensuat i aprovat per totes les parts, equips i OCATT, l'increment que es va observar a finals de l'any 2006 no va arribar a temps, per pal·liar la disminució de donants en mort encefàlica d'aquell any, però l'any 2007 l'augment del nombre de donants a cor aturat ha estat d'un +64% respecte l'any anterior.

Implantació de la figura del Coordinador Territorial

El primer pla pilot d'implantació de la Figura del Coordinador Territorial de trasplantament es va acordar entre el CatSalut (OCATT) i les regions sanitàries del Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre. Va rebre un suport incondicional per part dels coordinadors de trasplantament, per part de les gerències del CatSalut d'aquestes Regions, així com del Govern Territorial de Salut. En sis mesos es va doblar el nombre de donants en el territori, i l'any 2007 s'ha incrementat en un 30% més el nombre de donants. L'èxit d'aquest programa pilot liderat per la seva coordinadora territorial de trasplantament, va animar el 2007 a l'OCATT a implantar un segon programa a la Regió Sanitària de Barcelona, en les àrees del Vallès i el Maresme on s'ha anomenat també un coordinador territorial. Esperem els primers resultats positius pel 2008.

Estudi qualitatiu de les negatives a la donació

Per l'estudi qualitatiu psicosocial sobre l'actitud cap a la donació a Catalunya dels diferents imaginaris socials es va signar un conveni entre el CatSalut i la Universitat Autònoma de Barcelona durant l'any 2007. Actualment l'enquesta qualitativa està acabada i s'estan explotant els resultats. En consonància amb aquests, es prendran mesures per tal de disminuir les negatives a la donació.

Queden alguns objectius estratègics 2005-2007 que

no s'han pogut consolidar o iniciar, però l'OCATT ha elaborat el nou pla 2008-2010

Pla estratègic 2008-2010 de l'OCATT

Consta de dues línies d'actuació: una de continuïtat i una altra de nous projectes :

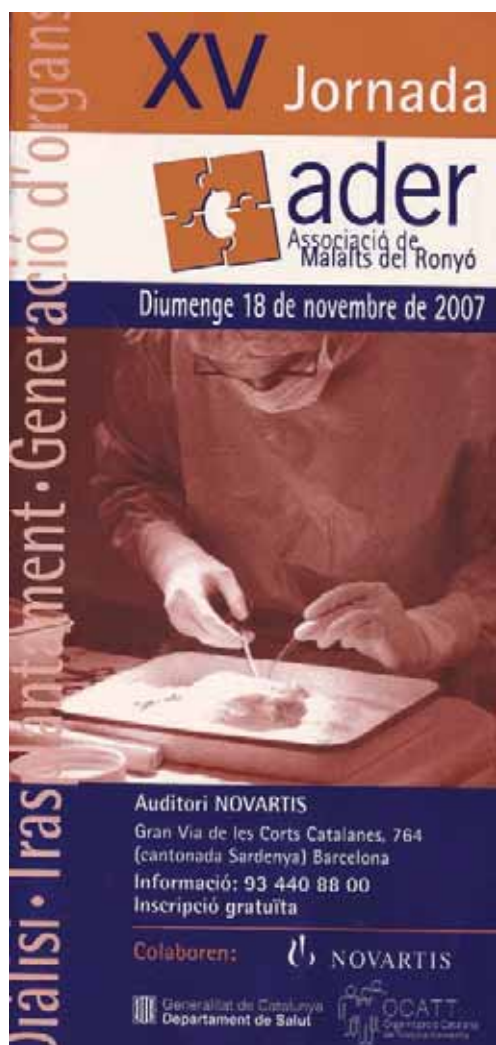
De continuïtat :

- a.** Trasplantament renal de donant viu: seguiment del programa amb mesures administratives favorables, per tal de seguir disminuint la llista d'espera, fet per equips experts.
- b.** Ampliació del programa de Donació a Cor Aturat: expandint les àrees d'actuació d'acord amb les possibilitats.
- c.** Ampliació de les àrees de Coordinació territorial de trasplantament: analitzar i potenciar, si els resultats així ho indiquen, la creació de la figura del coordinador territorial de trasplantaments a altres àrees de Catalunya.

Nous projectes:

- a. Dirigits a la població general i sanitària:**
 - I.** Finalització i presentació dels resultats, de l'estudi qualitatiu sobre els imaginaris socials de la població catalana envers la donació, iniciat l'any 2007: Posa en funcionament de les mesures derivades de l'estudi.
 - II.** Projecció intermitent de l'espot televisiu ja presentat, durant tot l'any 2008.
 - III.** Programa sobre l'Àrea d'Atenció Primària de





Salut: Aplicació de les mesures de cooperació reflectides en l'enquesta als metges de primària realitzada a nivell nacional: participació, formació i elaboració d'un manual amb preguntes i respostes sobre la donació i el trasplantament, per tal d'implicar a aquest col·lectiu en la formació i conscienciació social sobre la donació.

IV. Estudi del coneixement i actituds del col·lectiu de farmacèutics de Catalunya, proposta feta coordinadament amb els Col·legis de Farmacèutics de Tarragona (camp de Tarragona i Terres de l'Ebre) i Barcelona.

V. Potenciació de les iniciatives dels coordinadors de trasplantament amb programes de formació a les escoles amb estudiants de 15-18 anys, i amb els programes de formació al personal sanitari.

VI. Estudi d'un Pla de formació per poblacions minoritàries d'altres cultures.

b. Dirigits a millorar el model organitzatiu per augmentar la donació i disminuir les llistes i el temps d'espera:

I. Autorització de nous centres públics i privats per a l'obtenció d'òrgans i teixits, per tal d'ampliar la possibilitat d'obtenció d'òrgans.

II. Creació d'equips interhospitalaris de suport a l'obtenció d'òrgans.

III. Redistribució del flux de malalts en llista d'espera.

LLISTAT D'HOSPITALS GENERADORS I TRASPLANTADORS D'ÒRGANS 2007

Generadors i trasplantadors

- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona **R-F-C-Panc**
- Hospital Universitari de Bellvitge **R-F-C**
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau / Fundació Puigvert Iuna **R**
- Hospitals Vall d'Hebron: (nens i adults) **R-F-Cp-Pulm**
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol **R-Panc**
- Hospital del Mar **R**
- Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues (pediàtric) **R**

R (ronyó)	Pulm (pulmó)
F (fetge)	Cp (cor-pulmó nens i adolescents)
C (cor)	Panc (pancrees)

Sols generadors

- Pius Hospital de Valls
- Clínica Sagrada Família
- Hospital de l'Hospitalet
- Hospital Dos de Maig
- Institut Dexeus
- Hospital Universitari Sant Joan de Reus
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova
- Hospital de Sant Pau i Santa Tecla
- Hospital de Barcelona
- Corporació Sanitària Parc Taulí
- Hospital Mútua de Terrassa
- Althaia-Manresa
- Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
- Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII
- Hospital General de Catalunya

IV. Programes especials destinats a col·lectius de pacients hipersensibilitzats o amb temps en llista d'espera superior a la mitjana de Catalunya.

c. Programes especials

I. Pla de Qualitat de l'OCATT.

II. Implantació del Pla de Biovigilància de teixits i cèl·lules (RD 1301/2006).

III. Definició dels criteris de planificació i desenvolupament legal del protocol de l'obtenció i l'emmagatzament de sang de cordó umbilical com a font de progenitors de la hemopoèsi pel trasplantament de "medul·la òssia".

IV. Pla de formació i cooperació internacional.

V. Estudi de la qualitat de vida dels malalts

trasplantats (òrgans sòlids).

L'èxit del pla estratègic 2005-2007 no hagués estat possible, sense una població generosa, solidària i responsable, uns equips d'obtenció d'òrgans i trasplantament motivats, una col·laboració decidida del personal sanitari i no sanitari dels hospitals dels Serveis d'Emergències Mèdiques (SEM) i dels Mossos d'Esquadra, de les companyies aèries, i dels serveis d'ambulàncies, una col·laboració incondicional de les associacions de malalts i de les associacions de trasplantats i un decidit recolzament del Departament de Salut i de les direccions dels hospitals. No tenim cap dubte de l'èxit del nou pla estratègic 2008-2010.

Presente y futuro del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica

DR. JOSÉ IGNACIO MERELLO, DIRECTOR DE COORDINACIÓN MÉDICA DE FRESENIUS MEDICAL CARE ESPAÑA

Hablar de presente del tratamiento de la insuficiencia renal crónica en España, es hacerlo teniendo en cuenta cuatro aspectos del mismo:

1-Prevención. Teniendo en cuenta que las causas que llevan a la insuficiencia renal crónica han experimentado un rotundo cambio desde los años 70, que es cuando se generalizó su tratamiento, con escasa presencia de neuropatía diabética o nefroangiosclerosis.

2-Diálisis Peritoneal con dos modalidades de tratamiento y líquidos con composición estándar de glucosa, poca presencia de bicarbonato y niveles estándar de productos de la degradación de la glucosa.

2.1. DPCA:

2.1.1. Frecuencia y tiempo: cuatro intercambios diarios con glucosa como elemento osmótico.

2.2. DPA (Automatizada):

2.2.1. Frecuencia y tiempo: Intercambios cada 90 min. durante 10 a 12 horas.

2.2.2. Intercambio diurno de 12 horas con líquido que no se reabsorba.

3-Hemodiálisis con diferentes modalidades de tratamiento y agua purificada como estándar salvo para tratamiento especiales:

3.1. Hemodiálisis convencional o de alta eficacia:

3.1.1. Frecuencia y tiempo: tres días por semana y cuatro horas por sesión.



José Ignacio Merello diserta sobre el presente y futuro del tratamiento de la IRC

- 3.1.2. Filtros (celulósicos, sintéticos, baja, media y alta permeabilidad).
- 3.1.3. Flujo del acceso vascular y del líquido de diálisis.
- 3.2. Hemodiafiltración:
 - 3.2.1. En línea: más de 12 litros de substitución.
 - 3.2.2. AFB, Biofiltración, PFD.
 - 3.2.3. Dos esquemas (Pre y post dilucional).
- 3.3. Hemofiltración.
- 4- Trasplante renal con un estancamiento en España de donantes procedentes de accidentes de tráfico si bien manteniendo la posición de liderazgo mundial de donación de órganos. La actividad trasplantadora se estructura así:
 - 4.1. Donante de cadáver:
 - 4.1.1. Preferencia a la histocompatibilidad. (Europa)
 - 4.1.2. Sin preferencia por la histocompatibilidad. (E.E.U.U.)
 - 4.2. Donante vivo:
 - 4.2.1. Relacionado (La mayoría)
 - 4.2.2. No relacionado

Hablar del futuro del tratamiento de la Insuficiencia renal crónica en España, es hacerlo teniendo también en cuenta los cuatro aspectos anteriormente tratados:

1. Prevención: la diabetes y el envejecimiento de la población

Han producido un cambio radical en las causas de padecimiento de una Insuficiencia Renal Crónica; sin embargo un nuevo escenario se está produciendo con la llegada de personas procedentes de otros países que

aportan más juventud a la población española y otros tipos de patologías que habrá que tener en cuenta para su prevención y el tratamiento basado en la experiencia anterior como las glomerulonefritis.

La prevención de la diabetes pasa por una concienciación en cuanto al control del peso corporal con dieta y ejercicio y en cuanto a la diabetes tipo I además de la dieta, a los efectos beneficiosos del estricto control de la glucemia mediante la liberación gradual de la insulina con bombas, el trasplante o el implante celular.

La hipertensión mediante la reducción de la ingesta de sal, el sobrepeso y la medicación.

Otras formas de prevención son el uso racional de los analgésicos, el consejo genético y la medicación basada en el conocimiento de los genes implicados en algunas patologías como la Enfermedad de Fabry.

2. Diálisis Peritoneal

El futuro de esta técnica se basa en la extensión del uso de nuevos líquidos de diálisis en los que se disminuya la concentración de glucosa como elemento osmótico y la aparición de elementos más biocompatibles y que tengan pocos productos de la degradación de la glucosa. Mayor presencia de alcalinizantes fisiológicos como el bicarbonato una vez superados los problemas de su mezcla con otros componentes.

Es de esperar además mejoras en la automatización de los monitores y en la conectología para minimizar al máximo el riesgo de las peritonitis.

La Sociedad Española de Nefrología establecía así lo que debería contener un líquido de diálisis ideal.





De izquierda a derecha: Jorge Parenti, Àngel Serra, Maties Ponsa, Roser Deulofeu y Juli Real

3. Hemodiálisis

El futuro se está planteando en los siguientes términos:

3.1. Cambios en la frecuencia y duración del tratamiento, siguiendo las enseñanzas y experiencias de los grupos que desde siempre han apostado por ello como el grupo de Tassin en Francia, Toronto en Canadá y Perugia en Italia, sin descartar que para ello se investigue y extiendan dispositivos que lo permitan sin menoscabo de la autonomía de los pacientes como la reciente aparición de noticias de monitores de pequeño tamaño portables por el individuo.

3.2. Nuevos filtros que combinen altas permeabilidades con escasa o nula pérdida de albúmina u otras sustancias necesarias para el ser humano. Con estos filtros se podría profundizar en la extensión de la técnica de hemodiafiltración como técnica de hemodiálisis estándar, ya que hasta el momento actual es la que más se asemeja a la función renal y conseguir así volúmenes de intercambio superiores a los 25 litros en una sesión de 4 horas de duración.

3.3. Niveles de pureza en el agua de hemodiálisis similares a los que se exigen para la sueroterapia, lo que se consigue con la producción instantánea de agua

sin almacenamiento posterior.

3.4. Monitorización del peso seco y controles instantáneos de composición del líquido corporal para evitar hipotensiones y cambios hemodinámicos.

4. Trasplante renal

El futuro pasa por aumentar las posibilidades de recibir un riñón de cadáver no histocompatible incluso sin compatibilidad de grupo ABO, por medio de la mejora en drogas inmunosupresoras o terapias que supriman la respuesta inmune como plasmaféresis, etc.... También mejoras en la conservación del injerto para permitir mayores tiempos de búsqueda de receptores. En relación a la recepción de riñones de vivo relacionados, tratar de extender su uso ante la disminución de donantes por menor número de accidentes, por medio de una mejora en la supervivencia del injerto y un trasplante precoz. La donación de riñones de donantes vivos no relacionados, su uso está muy restringido en España y, salvados todos los aspectos éticos y legales, la mejoría igualmente de la supervivencia del injerto por el uso de nuevas drogas y terapias inmunosupresoras, es la única vía de conseguir resultados.

El trasplante de riñón de donante vivo AB0 incompatible

DR. F. OPPENHEIMER. JEFE DE LA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL (UTR) DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA



Federico Oppenheimer habla sobre el trasplante de donante vivo


Empezó su exposición recordando que el primer trasplante de riñón de donante vivo se efectuó el año 1952 en el hospital Necker de París pero el trasplante no tuvo éxito. La operación se repetiría dos años más tarde, a cargo del doctor Pete Biert, en el Bigyam Hospital de Boston.

Ya en nuestra época, en que la operación se realiza con éxito, señaló que en el año 2006 en Estados Unidos se hicieron más de 6.000 trasplantes y que en Brasil se llevan a cabo más de 1.700 por año. No obstante, se da la circunstancia de que el país que presenta mejor promedio anual es Irán debido a que el trasplante está controlado por el estado, que compensa económicamente a los iraníes -sólo a los nativos- lo cual incentiva la donación. En España, el récord anual está en 102 trasplantes.

A continuación, Oppenheimer desarrolló lo que sería la tesis de su conferencia señalando que era menester implementar el trasplante de riñón de donante vivo para contribuir al descenso de las listas de espera y dio, paralelamente, dos buenas noticias: la primera, que la intervención se puede efectuar por vía laparoscópica, lo que reduce la invasión quirúrgica (en 2006 se llevaron a cabo 100 operaciones con esta técnica); la segunda, que se puede optar por el trasplante de donante vivo como primera posibilidad.

Desde un punto de vista estadístico, solventa un problema

muy habitual en los enfermos renales, que se da en la franja de entre 30 y 45 años. Normalmente, a estas edades, con gran esperanza de vida y además dado el descenso en los accidentes de tráfico, suele haber problemas para encontrar donantes de cadáver; así pues, la posibilidad del donante vivo abre nuevas perspectivas para quienes se encuentran en este tramo vital. En este caso, pueden ser de vital importancia los cónyuges. El doctor Oppenheimer señaló, a su vez, que en los últimos cinco años el 97 por ciento de estos trasplantados sigue vivo y en un 93 por ciento, el riñón trasplantado funciona a la perfección. Como factor contribuyente al éxito, el facultativo señaló el hecho que, actualmente, se llevan a cabo trasplantes en casos de AB0 incompatibles, posibilidad que vio la luz a partir de paliar algunos errores en el trasplante. Está calculado que a las tres semanas el riñón implantado ya se ha acomodado, pierde toda la incompatibilidad posible y tiene que durar toda la vida. Concluyó el jefe de la UTR del Clínic subrayando tres aspectos:

- El AB0 incompatible se convertía en compatible, a tenor de los resultados.
- Los pacientes pueden ser tratados de diferentes maneras y evitan la extirpación del bazo.
- El trasplante de riñón de donante vivo contribuye a paliar el déficit de órganos. 

La hiperfosforemia en la Enfermedad Renal Crónica tiene un tratamiento simplificado gracias al Fosrenol

FUENTE- DIARIO MÉDICO

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) están de enhorabuena pues un nuevo fármaco contribuirá a paliar uno de los grandes problemas que se derivan de esta patología como es la hiperfosforemia (exceso de fósforo). Se trata de Fosrenol, un quelante de fósforo no-cálcico diseñado para paliar el tratamiento de esta disfunción elaborado por la compañía Shire Pharmaceutica, basado en el carbonato de lantano, efectivo en monoterapia, y que demuestra su efectividad en estudios a largo plazo con sólo un comprimido administrado durante cada comida.

El control de los excesos de fósforo es especialmente crítico con los enfermos renales pues puede conllevar serios problemas como alteraciones

minerales y óseas o enfermedades cardiovasculares, causa de prácticamente la mitad de muertes en pacientes en diálisis.

Según Jorge Cannata, presidente de la Sociedad Europea de Nefrología, Diálisis y Trasplante (ERA-EDTA), *“las causas de la hiperfosforemia se deben fundamentalmente a que el fósforo aportado por la dieta o por la resorción ósea es superior al que se elimina ya sea a través del riñón o del tratamiento con diálisis. Así, la ventaja de Fosrenol radica en su eficacia y sencillez posológica, lo que permitirá una mayor adherencia al tratamiento. Además, en su composición no hay calcio ni aluminio, dos elementos que han demostrado ser perjudiciales en pacientes con ERC”*

Un riñón mecánico portátil lleva la esperanza a los pacientes en hemodiálisis

Un ensayo piloto, cuyos resultados se publicarán en la revista científica The Lancet, ha permitido a cinc pacientes con insuficiencia renal testar las ventajas de un nuevo dispositivo de hemodiálisis.

El test ha sido llevado a cabo por Andrew Davenport, de la Universidad de Londres y del Centro de Nefrología de la Universidad Royal Free y ha dado como resultado este dispositivo que no genera cambios cardiovasculares importantes ni tampoco tiene efectos adversos en las cifras de electrolitos séricos ni en el equilibrio sanguíneo.

Además, tanto los índices de flujo sanguíneo y de aclaramiento de creatinina y urea han sido

completamente satisfactorios, si bien inferiores a los obtenidos con la diálisis convencional. Por ejemplo, el flujo sanguíneo alcanzó los 59 miligramos frente a los 300 que son habituales en el Reino Unido, si bien al cabo del tiempo la máquina portátil conseguía reducir diferencias.

Por lo que respecta a los pacientes, cabe decir que han mostrado su satisfacción total con la nueva posibilidad e incluso quienes lo deseaban pudieron dormir plácidamente durante el transcurso de la hemodiálisis.

Se calcula que 1.300.000 pacientes en todo el mundo podrían beneficiarse de los efectos del riñón mecánico portátil.

Activadores continuos del EPO permiten corregir los niveles de hemoglobina en los pacientes renales con anemia

Una nueva familia de fármacos activadores continuos de la eritropoyetina (EPO) permite una corrección de los niveles de hemoglobina con una sola dosis al mes frente a las tres dosis semanales que habitualmente eran necesarias. La consecuencia práctica de la novedad farmacéutica es una mayor eficacia y rapidez en la corrección de la anemia renal.

La novedad ha sido presentada en el transcurso de las primeras Jornadas de actualización sobre la enfermedad renal crónica que se han celebrado en Bilbao. En el marco de las mismas, Jesús Montenegro, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital de Galdácano (Vizcaya) ha asegurado que “el manejo de la anemia renal resulta trascendental, toda vez que el deterioro de la calidad de vida relacionado con este déficit es el único que permite detectar una pérdida de función renal en los estadios más precoces de la enfermedad”.

En los aspectos que se refieren a la calidad de vida del paciente, y en relación a la novedad farmacéutica, ha incidido el doctor Javier Arrieta, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital vizcaíno de Basurto que reclama unos protocolos clínicos que incluyan “una fórmula matemática necesaria para la detección de la pérdida de función renal. Con la lectura de los parámetros de los análisis de sangre y orina es muy difícil detectar una pérdida de la función renal por debajo del 50 por ciento. Lamentablemente, en la mayoría de los casos, ésta se detecta cuando al riñón sólo le queda un 20 por ciento de su función y el daño ya es grave. Además, con el incremento de la esperanza de vida aumentan las personas mayores de sesenta años que sufren una enfermedad renal crónica. En estos casos, la detección precoz es más urgente, ya que el riñón es la vía de eliminación del cuerpo humano y es muy probable que tengan que reducirse las pautas de dosificación de otros fármacos que estén tomando”.

La opinión de Alfonso Lampreave, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital de Cruces, en Vizcaya, es que “si bien antes del trasplante todos los enfermos renales padecen anemia, más de la mitad logran remontar este déficit de hemoglobina espontáneamente después del trasplante, si bien uno de cada cuatro pacientes no logra normalizar estos niveles al año del trasplante debido a la edad del donante, posibles infecciones, retraso en la recuperación renal del injerto, una mala absorción de hierro o la interacción de fármacos. La nueva eritropoyetina abre un campo de esperanza para ellos”.

Salud y felicidad: dos conceptos análogos

FUENTE: EL PERIÓDICO DE LA FARMACIA

Salud y felicidad son dos conceptos que van unidos. Esta teoría, que ha sido aceptada siempre por los anales de la medicina, ha vuelto a saltar a la palestra con su periodicidad habitual a raíz de las afirmaciones de Carmelo Vázquez, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid que ha recordado que “sabemos que las personas felices viven más años. Hay datos muy claros que empiezan a demostrar ya no solo que la infelicidad o la depresión acortan años y calidad de vida, sino que el optimismo y la alegría tienen el efecto contrario”. Vázquez ha hecho estas declaraciones a partir de recientes investigaciones que apuntan a que las emociones positivas -amor, humor e inspiración, pero también optimismo, ética en el trabajo y esfuerzo en superación personal, empatía o altruismo- pueden ser potenciadas y ayudan a prevenir determinadas enfermedades.

En la misma línea, parece demostrado que una actitud positiva refuerza nuestro sistema inmunológico, según algunos estudios sobre la materia, sobre los que ha incidido la doctora Ascensión Marcos, profesora de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas que afirma que “un estado positivo es fundamental porque las funciones del organismo responden mejor ante cualquier agresión externa”.

En la misma línea, también hay estudios que demuestran que el optimismo beneficia nuestro corazón pues “los individuos más felices presentan menor frecuencia cardíaca y presión arterial sistólica (la máxima) y menores niveles de cortisol (la hormona del estrés). Asimismo, el riesgo asociado de desarrollar una angina de pecho, infartos e hipertensión se halla inversamente relacionado con un estado emocional positivo”, indica la doctora Ana Adán, profesora titular del área de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Jubilación anticipada para los autónomos con discapacidad

Los autónomos con discapacidad podrán acogerse a la jubilación anticipada “en las mismas condiciones que los trabajadores por cuenta ajena”. Así lo dispone la Ley del Estatuto del Trabajo Autónomo.

Las condiciones para que se pueda aplicar tal condición son tener un grado de discapacidad en un grado igual o superior al 65 por ciento, que ya se recogían en el segundo párrafo del apartado 161 de la Ley General de la Seguridad Social, desarrollada por Real Decreto 1539/2003, pero que no

han sido efectivas hasta el 12 de octubre de 2007, fecha en que entró en vigor el Estatuto del Trabajador Autónomo, que equipara a estos los derechos y deberes de los trabajadores por cuenta ajena contemplados en la Ley General de Seguridad Social. Cabe destacar que la propuesta se debe a la iniciativa del CERMI (Comité Español de Representantes de Minusválidos) acogida por todos los grupos parlamentarios.

FUENTE: CERMI

NOTA ACLARATORIA

En la página 29 de nuestra anterior revista (nº 93) donde dice: **La Incapacitat Permanent Absoluta i la Gran Invalidesa són compatibles amb qualsevol ocupació, SE ACLARA, que dichas invalideces sólo son compatibles con un trabajo solicitándolo a la Seguridad Social, lo que implica la suspensión del pago de la pensión.**



IN MEMORIAM

El día 23 de noviembre nos dejaba para siempre Gregorio Sebastián, uno de los socios más activos y colaboradores de ADER desde sus inicios. A Gregorio, para muchos conocido como “el maño”, le podemos recordar, por ejemplo en el Festival Infantil repartiendo el desayuno entre los asistentes. Sin duda una persona entrañable de quien siempre quedará el recuerdo.



Asimismo, Gerardo Izquierdo, socio de ADER desde prácticamente los inicios de esta entidad falleció el 15 de enero de este año. Gerardo había formado parte de la junta directiva de ADER y siempre destacó por su optimismo que le acompañó hasta los últimos días de sus vida.

Descansen en paz.

Desde ADER queremos hacer llegar nuestro pésame a los familiares que en todo momento han estado a su lado animándoles y ciudándoles hasta el fin de sus días. Ellos también se merecen nuestro más entrañable reconocimiento.

La Comisión Europea establece una comisión encabezada por el Hospital Clínic para preparar un código ético para los trasplantes de donante vivo

FUENTE - DIARIO MÉDICO

***El 68 por ciento, en el caso del riñón, son mujeres entre 28 y 76 años**

La escasez de órganos ha puesto en alerta a la Comisión Europea de cara a posibles actuaciones faltas de ética por lo que respecta a la donación en vivo, por lo que ha creado un grupo consultor destinado a establecer las pautas de garantía de calidad y de protección al donante. El grupo consultor, que encabeza el Hospital Clínic, agrupa, asimismo, 12 centros de 11 países.

El jefe del servicio de Coordinación de Trasplantes del Clínic, Martí Manyalic, ha explicado que en muchos países no existe legislación sobre la materia, a pesar del creciente número de donantes, ni tampoco un registro del procedimiento quirúrgico, sus efectos adversos y el seguimiento médico a largo plazo del donante. Esta circunstancia provoca una creciente preocupación por la posibilidad del llamado “turismo de trasplante”.

Por otra parte, una encuesta realizada por el propio Hospital Clínic entre 159 pacientes revela que mayoritariamente las donantes de riñón vivo son mujeres (68 por ciento), entre 28 y 76 años.

Manyalic ha aclarado que el 27 por ciento de los casos de donantes de riñón vivo no tienen a un familiar como receptor, mientras que en un 20 por ciento de casos la operación se da entre hermanos y en un 1,5 por ciento son hijos que donan a sus padres.

Paralelamente, Federico Oppenheimer, coordinador de la Unidad de Trasplante Renal del mismo hospital, ha explicado que “la oferta de órganos de personas fallecidas es insuficiente. Hay jóvenes en listas de espera que tienen pocas posibilidades de recibir un riñón con tiempo suficiente”, Tras señalar que los trasplantes entre personas vivas reducen la necesidad de hacer diálisis, Oppenheimer señala que la mejor opción para los casos que presentan diabetes es “realizar el trasplante en prediálisis”.

La tolerancia del órgano injertado prescindiendo de inmunosupresores, cada vez más cerca

Es el avance más ansiado en el campo de los trasplantes y parece que está próximo. Conseguir la tolerancia del órgano trasplantado sin necesidad de inmunosupresores puede llegar a ser pronto una realidad si nos atenemos a tres trabajos publicados en *The New England Journal of Medicine*. La revista describe casos de varios pacientes que han podido mantener una buena función incluso durante más de cinco años.

En dos casos, el trasplante se ha llevado a cabo mediante células madre hematopoyéticas; en el tercer caso, el quimerismo aparece en una paciente sin infusión de células madre.

Así, los tres estudios abordan las líneas de investigación más recientes y que se basan en, por un lado, la observación de los casos espontáneos de quimerismo y por otro en la inducción artificial por medio de infusión de linfocitos o de células progenitoras hematopoyéticas.

Los estudios han sido llevados a cabo por los equipos de los doctores David H. Sachs, del Centro de Investigación en Biología del Trasplante del Hospital General de Massachussets (Boston); el profesor de Inmunología y Reumatología de la californiana Universidad de Stanford, Samuel Strober, que ve fructificar un proceso de 25 años de investigaciones; Y Stephen Alexander, de Centro de Investigación Renal del Hospital Infantil de Westmead de Sidney (Australia).

El Nuevo Centro de Diálisis de Verge de Montserrat cumple 1 año de su apertura

El continuo esfuerzo de Gambro Healthcare Catalunya (ahora Diaverum) por mejorar la atención a los pacientes con insuficiencia renal que siguen tratamiento con hemodiálisis en sus clínicas, se ha hecho evidente una vez más, con la puesta en marcha del nuevo centro de diálisis Virgen de Montserrat, el cual ha cumplido un año de su apertura el pasado 18 de diciembre de 2007.

En su antigua ubicación, en la Avda. de la Mare de Déu de Montserrat, inició su actividad en el tratamiento de enfermos renales hace 30 años y a partir de 1999 entró a formar parte de Gambro HC Catalunya . Aunque durante todos estos años ha existido la voluntad de mejorar continuamente equipamientos e instalaciones, actualmente se hacía necesaria una profunda remodelación y actualización para adecuarse a las necesidades asistenciales de hoy.

Gambro tomó la opción, como hizo previamente con otros centros adquiridos, de trasladar la actividad a un nuevo local cuyas características arquitectónicas garantizaran tanto la accesibilidad de los medios de transporte sanitario, como la movilidad de los pacientes en el interior del centro y que dispusiera además, de la amplitud y posibilidades de distribución adecuadas para un trabajo del personal sanitario, más cómodo, eficaz y seguro en su labor asistencial.

Las nuevas instalaciones, que incorporan los últimos avances tecnológicos, permiten disponer de agua tratada de elevadísima calidad para su utilización en las distintas técnicas de diálisis, con un sistema que permite la desinfección diaria por calor del anillo de distribución, aportando garantías de esterilidad por métodos de alta seguridad al evitar desinfectantes químicos, y de un sistema de distribución de concentrados que facilita la adecuación de la

diálisis a las necesidades del paciente.

La disponibilidad de nuevos monitores ha permitido iniciar nuevas técnicas depurativas, como la HDF on-line, que estamos comprobando mejora la calidad de tratamiento de algunos de nuestros pacientes, que cada vez más añosos y con más enfermedades asociadas presentan una peor tolerancia a los cambios de volumen producidos durante la diálisis.

La amplitud de las salas de tratamiento y de los vestuarios, los nuevos sillones para los pacientes, y el esfuerzo por conseguir, creemos que alcanzada en gran parte, una temperatura adecuada en las salas de tratamiento, demuestran el interés por ofrecer a los enfermos un entorno lo más cómodo y agradable posible durante su estancia en la clínica. Aunque en este nuevo centro se han aplicado las mejoras que aporta la experiencia de haber puesto en marcha ya, tres nuevas clínicas Gambro en Catalunya.

El pasado mes de Abril, a los tres meses de haber iniciado la actividad asistencial en el nuevo local, tuvimos el honor de contar, en el acto de inauguración oficial, con la visita de la Consellera de Sanitat, honorable Sra. Marina Geli, así como la de representantes de las administraciones locales, entidades, servicios de nefrología y centros de diálisis de nuestra ciudad. En su parlamento, la Consellera destacó la importancia de la colaboración entre los distintos organismos o entidades implicados para conseguir una mejora en la calidad asistencial global de nuestros pacientes. Sin duda, nuestra disposición en este sentido es total y máxime cuando se trata de entidades, como ADER y ALCER que acogen y representan las inquietudes y necesidades de los pacientes por los que trabajamos diariamente.



DOCTOR ENRIQUE RIVEROLA

“Creo que la ozonoterapia llegará a ser considerada como terapia tradicional, aunque hoy en día no está incluida en el sistema sanitario público español”

Entrevista: Mònica Pin Álvarez

Una técnica que lleva funcionando 15 años en España pero que en países como China o Cuba lleva aproximadamente 50 años “con protocolos muy interesantes”, según afirma el doctor Enrique Riverola. Estamos hablando de la ozonoterapia, especialidad a la cuál el doctor Riverola dedica toda su sabiduría en la materia desde el centro Ozono Medical Center no sin quejarse del poco interés que hay en nuestro país por el tema “a raíz de la presión de los laboratorios que ven cómo su aplicación elimina la razón de ser de muchos medicamentos”. Con este médico, de familia de abogados que insistían en que siguiera la tradición, pero que “contra viento y marea” decidió llevar a cabo su vocación y cuyos hobbies son el golf y la música -“toco la guitarra y canto”- hablamos de los beneficios de la ozonoterapia. Pasen y vean.

¿Cuánto tiempo lleva realizando la técnica de la ozonoterapia?

Cinco años. Empecé en la clínica Quiroga donde monté la primera unidad de ozonoterapia; después, cuando vi que las posibilidades de acceder a un mayor número de pacientes se daban fuera de la clínica, creé otra unidad en la avenida Portal de l'Àngel de Barcelona y finalmente vine a este centro privado donde he desarrollado plenamente esta técnica.

¿Cuáles son, por decirlo de algún modo, las materias primas que se manipulan en la ozonoterapia?

Exclusivamente, oxígeno y ozono. El ozono se fabrica a través del oxígeno que se hace pasar a través de una máquina que ioniza los átomos de oxígeno y los convierte en ozono. Si el oxígeno es O₂, el ozono es O₃: es una forma muy inestable, que se llama Alatrópica del oxígeno, y permite almacenarlo durante unos seis minutos aproximadamente porque su inestabilidad hace que se pierda enseguida, así que hay que fabricarlo y administrarlo en el acto.

¿Qué factores diferenciales aporta a la llamada medicina tradicional la terapia con ozono?

Creo que la ozonoterapia llegará a ser considerada como terapia tradicional, aunque hoy en día no está incluida en el sistema sanitario público español. Dicho esto, cabe señalar que tiene unas enormes propiedades rehabilitadoras, antiinflamatorias y maduradoras que no tiene la medicina tradicional. Y con esto no quiero decir que no se deban tomar medicamentos, que quede claro; lo que sí digo es que, en ocasiones, el ozono permite prescindir de ellos. Por ejemplo, en casos como inmunología, en trasplantados, para solucionar problemas reumáticos, en todos ellos la ozonoterapia puede ser una solución óptima.

He oído también que puede ser útil en casos de insomnio...

Bueno... A ver, hay pacientes a los que trato de otras patologías que no tienen nada que ver con el insomnio que me han comentado que duermen muy bien, que cogen el sueño muy rápido y este sueño es muy reparador.

Bien, entonces, concretando, ¿a qué patologías se puede aplicar la ozonoterapia?

Para todas aquellas que suponen una alteración evidente de la calidad de vida del enfermo, empezando por los problemas de tipo degenerati-

vo. Mediante el ozono se modula la respuesta del individuo. Pensemos que todos, cada día, sufrimos agresiones biológicas, es algo inherente al proceso vital diario y ya nuestro cuerpo goza de unos mecanismos que nos permite el equilibrio, la reparación a estas agresiones. Por ejemplo, nuestras células se van oxidando, de ahí que veamos anuncios que nos dicen “tóme-se esto, que lleva muchos antioxidantes naturales” o “esto contiene Omega 3” o similares. Estas sustancias, de hecho, ya las fabrica el propio cuerpo humano, pero no está de más contribuir a mejorar su aparición.

Claro....

Pues bien, mediante el ozono lo que hacemos es estimular estos sistemas antioxidantes para devolver al cuerpo su equilibrio natural, no de manera brusca y exagerada sino de forma fisiológica. Así, tratamos con mucho éxito problemas degenerativos de articulaciones, rodillas artrósicas, columnas vertebrales con hernias discales, problemas inflamatorios, reumáticos, cervicales o de caderas, manos, etc. También aquellas alteraciones vasculares que conllevan alteración de la circulación en general, pues al aplicar el oxígeno y el ozono conseguimos aportar

mucho más nutriente oxígeno periférico en todo el cuerpo y, a partir de ahí, como podrás entender, se beneficia todo el cuerpo humano.

Está claro.

Si llevamos más oxígeno al cerebro, a los riñones, al hígado, al páncreas, a nuestras piernas, por ejemplo... Sobre todo en pacientes mayores que presentan problemas circulatorios debido a un riego sanguíneo un poco más deficiente. La aparición del ozono activa el riego, mejora la parte de oxígeno en zonas donde llegaba poco y dentro de esta situación, como ya he dicho antes se solucionan problemas inmunitarios. Y es muy efectiva en casos de cáncer.

¿En qué sentido?

Bueno, a los pacientes de cáncer se les suele aplicar la quimioterapia, que deja al enfermo con una sensación de abatimiento. El ozono le devuelve la vitalidad, le prepara primero, le mantiene durante el tratamiento y después los efectos secundarios de la quimioterapia son mucho menores, por lo que el enfermo se encuentra mucho más reconstituido.

¿Existe algún tipo de intolerancia?

No. No existe. Yo no he visto en todo este tiempo ningún tipo de intolerancia en toda mi experiencia al oxígeno y al ozono, nadie. Es muy raro que exista. Y efectos secundarios, sí: el bienestar del enfermo. Ese es el gran efecto secundario de la ozonoterapia, que está tratando otra patología del enfermo y éste dice "sí, yo he mejorado mucho del, supongamos, dolor de rodillas pero es que a parte me encuentro mejor, más resistente, me canso menos..." Ahora bien, contraindicaciones formales, pues en casos de hipertensión arterial, el hipertiroidismo descompensado y la mujer embarazada. En estos tres casos, no se aconseja utilizar ozono.

En pacientes con insuficiencia renal crónica o trasplantados, ¿usted aconsejaría el tratamiento?

Sí. Vamos a ver, son dos casos diferenciados. En el enfermo renal crónico, si vamos a mejorar la circulación del riñón, vamos a reactivar las células, las nefronas, los túbulos renales mejorarán mucho con la presencia del oxígeno y del ozono, los enfermos van a bajar sus niveles de creatinina. Son los efectos más evidentes, el enfermo empieza a filtrar y a hacer un filtraje más efectivo, esto, antes de llegar a la diálisis. Incluso puede no tener que llegar



a diálisis o prolongar mucho su inicio, pero también después de llegar a esta situación el enfermo, abatido por los efectos de la misma, se encuentra muchísimo mejor con ozono.

¿Y los trasplantados?

En este caso, puedo decir que mejoramos mucho la respuesta inmunitaria, es decir, combatimos el rechazo, con lo cual la medicación anti-rechazo que deben tomar estos enfermos es menor o mucho mejor soportada. El enfermo recibirá ese riñón en mucho mejores condiciones que el enfermo que no ha sido tratado con ozono. Y el enfermo que recibe inmunosupresores notará que los efectos secundarios de los mismos son mucho menores. Y que ese riñón, además, tiene muchas más posibilidades de éxito porque el oxígeno y el ozono mejorarán su función rápidamente.

“La ozonoterapia es un tratamiento ideal tanto para pacientes en diálisis como para trasplantados”

¿Usted ha practicado la técnica con enfermos del riñón?

Sí. Hemos tratado enfermos con insuficiencia renal crónica. En algunos casos, venían directamente consultando por problemas de insuficiencia renal, en otros casos eran enfermos que venían con otra patología a la que se sumaba

la insuficiencia renal crónica. Entonces hemos tratado de forma global al paciente y han mejorado ambas patologías.

Sin duda, está claro que el ozono mejora la calidad de vida.


Bueno! Aquí en la clínica nosotros mismos nos la aplicamos! Porque a veces, que si el estrés u otras circunstancias. Igual que el psiquiatra necesita de un psicoanalista o el confesor de otro confesor, nosotros también necesitamos una ayudita.

Ya que hablamos de temas del riñón.

¿Conoce ADER?

Sí. desde mis tiempos de estudiante de medicina. Cuando eres estudiante, eres muy altruista y tienes ilusiones nuevas y no sé porqué me llegó lo de ADER. Y eso, pues recuerdo que tendría yo 19 ó 20 años cuando escribí a ADER e hice donación de mis riñones. Lo que pasa es que luego no he mantenido mi contacto con ellos... No sé si mis riñones valdrán. Los he castigado mucho.

¿Qué mensaje daría usted al respecto de la donación de órganos?

Que no debería ser algo voluntario sino obligatorio. Tras la vida viene la muerte, que nos permite la destrucción de los órganos que nos han permitido vivir. Es indignante pensar que nuestros órganos se pudren en un ataúd cuando pueden dar la vida a otra persona. Y aunque somos uno de los países con mayor índice de donación, deberíamos ser un ejemplo todavía mayor. Ah, y es un acto de soberbia decir "pues bueno, ya que estoy muerto, que me quemem". Bueno, pues quemando tus riñones estás quemando la posibilidad de salvar a otra persona. Claro y con otros órganos, igual. 

Un Memorial amb novetats



Un dels actes més esperats cada any pels socis d'ADER és el Memorial Josep Maria Alaball i Carles Vila, en què s'enfronten dos equips de futbol sala. L'ocasió suposa, més enllà de la competició, el retrobament de gent que potser no té massa oportunitats de reunir-se durant la resta de l'any i que aprofiten aquell dia per fer una mica de germanor.

Aquest any, el Memorial arribava a la seva setena edició i va presentar una novetat respecte a anys anteriors. Tal com s'havia acordat en l'edició anterior i ateses les ganes de jugar dels més petits, es va organitzar un partit per a nens i nenes d'entre 7 i 10 anys.

Així, la jornada, que va tenir lloc el dia 2 de desembre al complex esportiu Nova Icària, va començar amb el partit dels més menuts, que va constituir tot un èxit que es va allargar amb el dels més grans. Per acabar la festa, un suculent aperitiu va servir com a colofó a la jornada matinal.

Cal recordar que Josep Maria Alaball i Carles Vila van ser dos socis d'ADER que ja fa uns quants anys que ens van deixar i que sempre van tenir una presència força activa al sí de la nostra associació, sobretot alhora de potenciar l'esport entre els nostres socis.



Dia Internacional de les Persones amb Discapacitat

Els dies 4 i 5 de desembre va tenir lloc la celebració del Dia Internacional de les Persones amb Discapacitat, que aquest any presentava com a novetat el fet que, tot i seguir mantenint la seva denominació, s'allargava dues jornades.

Com cada any, ADER va participar en els actes que van tenir lloc al Centre Cultural de les Corts, de la mateixa manera que també va participar en un altra novetat d'aquesta edició. Així, les entitats que col·laboren en la iniciativa han editat un calendari per a l'any 2008 que es presenta d'una forma força original. En una capsula tipus CD, cada una de les entitats representa un mes, en fulls independents, i acompanya la seva presència amb una frase significativa de la seva tasca. ADER ocupa el mes de juny amb la frase, -que sempre comença de la mateixa manera- "Un any.. per aprendre que donar també és guanyar", mentre que la frase genèrica és: "Un any... amb moltes coses per fer".

Els actes van començar amb una sessió informativa/formativa amb el títol "Formació sobre les diferents discapacitats", a càrrec de Manel Antoni Martí i Salvador, president de l'Associació Catalana de Cecs i Disminuïts Visuals. Posteriorment, hi va haver una taula rodona sobre "Un any... amb moltes coses per fer", que va presentar la regidora del districte, Montserrat Sánchez, i que va comptar com a

ponents amb el crític de cinema Esteve Riambau, i l'antropòleg i fotoperiodista Martín Correa autor, precisament, de les fotos del calendari. Una audició musical a càrrec del grup "Protagonistes nosaltres" i un refrigeri van tancar la primera jornada. El segon dia, el va centrar la sessió formativa "Per què i com cuidar-se del propi treball?", a càrrec del psicòleg clínic, supervisor i docent Carlos Rey.

El Dia Internacional de les Persones amb Discapacitat és una iniciativa de l'ONU destinada a la presa de consciència i a la difusió de mesures destinades a millorar la vida de les persones discapacitades, per tal de fomentar la igualtat d'oportunitats per a tothom.



Marisa Miró exposa els seus olis a ADER

La sòcia d'ADER Marisa Miró exposa la seva obra pictòrica a la seu d'ADER des del 28 de febrer fins al 28 de març.

L'obra de Miró està formada per un conjunt d'olis en què recrea, entre altres coses, diversos paisatges de Catalunya, com aquest del poble de El Vilosell, a les Garrigues, que podeu veure en la il·lustració.

L'exposició és oberta al públic cada dia, de 10 del matí fins a les 19 h de la tarda, excepte dissabtes i festius.



El Pare Noel visita els nens d'ADER

Com cada any, el Pare Noel va fer una petita excepció a la seva visita obligada a les llars del 24 de desembre i es va avançar uns dies per fer acte de presència al Liceu Francès de Barcelona on va poder lliurar en persona els seus regals a la mainada allà concentrada.

Tot, enmig del ja tradicional Festival Infantil que celebra la nostra associació. Així, i tot i que els membres i els col·laboradors més actius d'ADER ja hi eren des de feia una bona estona per ultimar els preparatius, a les 10.30 hores del diumenge 16 de desembre s'obrien les portes per començar la xerinxola. Després de l'esmorzar, a un quart de dotze del matí, el mag Lari feia obrir els ulls com a plats a petits i grans amb els seus increïbles números de magia.

Una hora més tard, la il·lusió la portava, com ja hem dit, l'home de la barba blanca i el vestit vermell que va repartir joguines a tort i a dret.

Ara bé, perquè ningú quedés descontent, no van ser tan sols els més petits els que van gaudir dels regals. Els pares, avis i resta d'acompanyants van poder temptar la sort en el sorteig d'una magnífica panera i també van viure altres sorpreses.



AGRAÏMENTS: Volem agrair el suport a totes les persones i entitats que han col·laborat en l'èxit del festival, com ara comerços de joguines, laboratoris, centres de diàlisi, hospitals, entitats públiques i privades, a més de tots els socis i col·laboradors d'ADER.



El mag Lari va fer les delícies de grans i petits

El pessebre d'ADER, premiat

El pessebre que va fer ADER i que es va poder veure instal·lat al vestíbul de la seu de l'entitat ha estat distingit amb el primer premi que li ha concedit l'església de la Sagrada Família de les Corts per la seva contribució a fomentar la tradició de "posar un pessebre a la teva llar". L'edició d'aquest any del concurs de pessebres de l'església esmentada i a la qual ADER s'ha presentat per primera vegada ha estat la número 13. El pessebre va estar elaborat per Cinta Rodríguez, com sempre disposada a contribuir en les activitats d'ADER, i Marisa Miró, que va ser la impulsora de la idea.



Cinta Rodríguez i Marisa Miró

Ángel Sáez habla sobre temas fiscales



El que fue presidente de Ader en la última junta de la asociación, Ángel Sáez, ofreció una conferencia en Terrassa sobre temas como gestión del patrimonio, hipoteca inversa y autotutela. El evento fue organizado por Ader Terrassa con la colaboración del Ayuntamiento de la localidad. Ángel Sáez en su condición de graduado social aproximó estos temas, a veces de difícil comprensión pero de gran interés, al público que se dio cita en el Centre Cívic President Macià el 20 de febrero de 2008. La comparecencia de Ángel Sáez vino precedida por una introducción a cargo del actual presidente de Ader Maties Ponsa, que explicó a grandes rasgos que significa Ader en el contexto de los enfermos afectados de insuficiencia renal.

La película “Lo mejor de mí” aborda el tema del trasplante de donante vivo

No se trata del riñón, sino que el órgano que centra el argumento de la película “Lo mejor de mí” es el hígado, pero el mensaje es el mismo: Cuando era pequeña, Raquel no podía entender por qué en todas partes se hablaba de amor: en la radio de casa, en la tele, en las películas del sábado por la tarde y, sobre todo, en las canciones. Y pensaba qué pasaría si no encontraba a nadie que la quisiera.

Ahora Raquel se va a vivir con Tomás. De querer a alguien de verdad. Deberá plantearse que está dispuesta a hacer por amor y descubrirá lo bonito y difícil de querer a alguien de verdad.



“Lo mejor de mí” está dirigida por la novel Roser Aguilar y cuenta en su reparto con Marián Álvarez, en el papel de Raquel y Juan Sanz en el de Tomás, su compañero.

Como principales actores están Lluís Homar, Alberto Jiménez, Pablo Derqui, Marieta Orozco y la colaboración especial de Carmen Machí, conocida sobre todo por su papel de Aida en la serie del mismo nombre.

La película, que tiene previsto su estreno para el 7 de marzo en los cines Renoir de Barcelona, tuvo un fuerte respaldo en el Festival de Locarno (Suiza) donde ganó el Boccattino de Oro a la mejor película y el premio a la mejor actriz para Marián Álvarez. Asimismo fue seleccionada para la Sección Oficial de la Seminci 2007 (Semana Internacional de Cine de Valladolid).

Para la realización de esta película la directora contó con el asesoramiento y colaboración de la OCATT, asociaciones de trasplantados, diversos pacientes afectados y profesionales sanitarios.

El cepillo dental

Actualmente existen cepillos manuales, eléctricos, con ultrasonidos, etc. Nos centraremos en analizar el cepillo manual. El cepillo actual consta de dos partes: mango y cabeza.

Cabeza del cepillo

La parte más importante del cepillo es la cabeza, es la parte activa. Está formada por penachos de filamentos y a diferencia del mango, las diferencias entre cabezales son importantes.

Calidad de las fibras y número de hileras de las mismas:

Uno de los criterios fundamentales para conocer la eficacia de los cepillos dentales es el número y la calidad de sus fibras. Cuantos más filamentos incorpore el cabezal, mayor será la superficie limpiadora y más efectivo resultará el cepillado.

La longitud de las fibras influye en el desgaste del cepillo y en su eficacia de limpiado. Si el cepillo ofrece mechones a diferentes alturas, se adapta mejor a la forma del diente, y llega mejor a zonas curvas y espacios interdientales. Los filamentos en diferentes direcciones y alturas son muy aconsejables para hacer más efectivo el cepillado.

Otro factor a tener en cuenta en los cepillos es el

número de hileras de penachos de filamentos que tiene. Veremos que varían de 2 a 6 hileras, vamos a resumir el porqué de ésta diferencia.

Consideraremos la indicación de cada cepillo en cada momento, no es lo mismo la técnica de cepillado en una persona con buena salud bucal o en una que padezca una enfermedad periodontal (enfermedad de las encías y del hueso de soporte de los dientes)

Los cepillos que presentan 2 o 3 hileras de filamentos son cepillos que usaremos para los enfermos periodontales, son los llamados cepillos periodontales o surculares y se usan para eliminar mejor la placa bacteriana presente debajo de la encía.

Los cepillos de 4 a 6 hileras son cepillos para uso normal, para las personas que no tienen problemas bucales y la variación del número de hileras están justificadas por cada casa comercial, no llegándose muchas veces a una unanimidad de criterios.

Un cepillo muy eficaz es el diseñado para los pacientes que llevan ortodoncia con aparatología fija (bandas y brackets), la hilera central es más corta para que así se pueda limpiar los brackets estropeándose menos el cepillo.

La marca Oral-B incorpora unas cerdas de color





azul que actúan como indicador de desgaste, decolorándose cuando el cepillo debe desecharse.

Cerdas duras y blandas:

A cada tipo de boca le corresponde un tipo de cepillo. Los cepillos de cerdas “suaves” o blandas son los menos agresivos con las encías y el esmalte de los dientes, a cambio de una vida útil menor. Los cepillos “duros” ofrecen una mayor capacidad de eliminar mejor la suciedad y duran más, pero someten a los dientes a un desgaste mayor.

En general los dentistas aconsejamos cepillos de dureza media, siempre que no exista patología bucal que aconseje el uso de cepillos más suaves. Así, tenemos cepillos con diferentes durezas, **blandos**, **medios** y **duros**, aunque las casas comerciales han aumentado esta clasificación, con la aparición de cepillos ultrasuaves, cepillos para dientes sensibles, cepillos para post cirugía, etc.

Capuchón protector:

Hay cepillos que tienen un capuchón protector y otros no, ha sido otro tema polémico y actualmente hay las 2 tendencias.

Los que tienen capuchón quedan más aislados desde el punto de vista higiénico y se preserva mejor la forma del cepillo. En contra, según algunos autores, los capuchones por muchos agujeros que lleven evitan la aireación del cepillo.

Mango del cepillo

Este factor adquiere relevancia sobre todo en aquellos casos de dificultad de movimientos en manos o brazos. También es posible modificar artesanalmente los mangos alargándolos o doblándolos.

Sistema antideslizante en el mango:

Muy útil si se tienen las manos mojadas

Mango flexible:

Hay mangos con un codo flexible que según sus diseñadores sirve para llegar mejor en zonas de la boca de acceso más difícil.

Forma del mango:

Mangos recto y curvo

El mango puede tener diferentes diseños, no hay estudios evidentes de que tipo de mango es mejor, hay mangos rectos o mangos con una curvatura o acodados lo que hace que el cabezal quede a otro nivel, las casas comerciales argumentan que los curvos llegan mejor a zonas posteriores.



Forma de la cabeza:

Todas las cabezas tienen un final redondeado para evitar irritaciones en la boca. Las cabezas más estrechas, más manejables dentro de la boca al llegar con más facilidad, son entre otras: Oral-B (11,9 mm.) y Lacer, (12,3 mm.),

Y para acabar, recuerde...

Los cepillos se deben cambiar a menudo, su duración efectiva depende como hemos dicho de la dureza y de la técnica del cepillado. Los cepillos deben cambiarse cuando veamos que los filamentos no están rectos (aproximadamente cada tres meses cambiar de cepillo).

Los dentistas recomendamos cepillarse los dientes después de cada comida, sin dejar que transcurran más de quince minutos entre el final de la comida y el cepillado. Para hacerlo, conviene seguir estos pasos: 1) Cepille las piezas en grupos de dos o tres 2) Hágalo poco a poco y siguiendo un orden, empiece por las superficies externas, luego internas y por último las masticatorias.

El cepillado más importante es el de la noche: durante el sueño la producción de saliva disminuye y los movimientos linguales se hacen más es-

porádicos, lo que favorece la aparición de la placa bacteriana

No siempre el mejor cepillo es el más caro: observe, analice y compare

Los cepillos eléctricos o altamente sofisticados no mejorarán automáticamente su higiene, sólo una adecuada técnica y duración del cepillado aportarán salud a su boca.

Si tiene más dudas consulte a su dentista (o a su higienista). 



Bibliografía:

“Profilaxis de la caries y tratamiento conservador” Peter Riethe. Ed.Salvat.

<http://revista.consumer.es>

<http://www.odontocat.com> <http://www.carlosboveda.com>

<http://medicinaprepagada.comeva.com.co>

Dr. Miguel Angel Carreño Hernández

Director medico

Clinica Miravé - Mil.leni

Travesera de Gracia, 71 bajos

Tuset 36

08006 Barcelona

90110110 / 932176889

email: atencionpaciente@clinicamirave.es

www.clinicamirave.es

©Miguel Angel Carreño Hernández



MÁS CERCA DE TI

www.opcionrenal.com

VIVIR BIEN CON SU
OPCIÓN RENAL



La valoración de la incapacidad laboral contributiva desde el punto de vista médico. Aplicaciones a las patologías nefrológicas

DR. EMILIO JARDÓN

COORDINADOR MÉDICO DE LOS EQUIPOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES (EVI)

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Constitución española de 1.978, en su Artículo 41 dice que: “ Los poderes públicos mantendrán un Régimen Público de Seguridad Social para todos los Ciudadanos que garanticen la asistencia y prestaciones sociales suficientes en casos de necesidad...”.

Las prestaciones, se diferencian por el tipo de financiación, y así distinguimos las **prestaciones contributivas** (es decir las que se financian básicamente con las cotizaciones sociales de los trabajadores y los empresarios) y la **pensiones no contributivas** (Es decir financiadas a cargo de los presupuestos del Estado y que han venido a sustituir a las pensiones de beneficencia) (Art. 7º de la LGSS).

Adicionalmente a esta diferente vía de financiación, las prestaciones contributivas y las no contributivas, se diferencian por la situación a proteger. En el caso de la contributiva, las situaciones a proteger, convergen en la relación con una falta de ingresos económicos por el cese en un trabajo. Por el contrario las no contributivas, no se relacionan únicamente (en general) con el cese laboral y su correspondiente falta de ingresos. En esta situación, la protección económica es para cubrir un

abanico mas amplio de causas (sociales, marginación, etc.). Entre las prestaciones económicas del sistema, una de las de mayor incidencia es la de incapacidad, contemplada ésta como la situación del trabajador que no puede realizar sus tareas por razón de enfermedad o lesión.

En esta situación de incapacidad, podemos distinguir varios aspectos terminológicos.

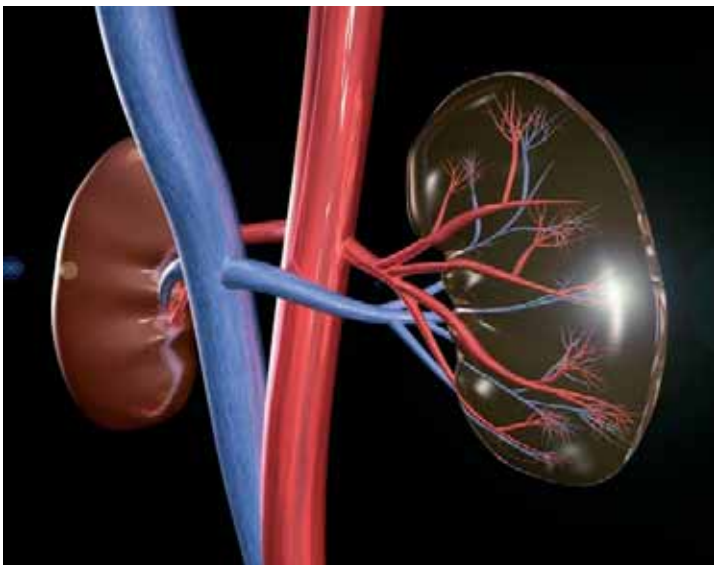
- a) De temporalidad
- b) De graduación

a) Temporalidad: En la medicina existen muchas enfermedades que son curables y otras muchas que hoy no lo son. Las primeras necesitan un periodo, más o menos largo, para el diagnóstico, tratamiento y, en su caso, rehabilitación. Periodo durante el cual, puede existir incapacidad para el trabajo.

Ese periodo constituye lo que denominamos **incapacidad temporal**. Tras él y, en la mayoría de los casos, se produce la reincorporación laboral.

Por el contrario existen otra serie de enfermedades o lesiones que con las técnicas terapéuticas actuales, no existe esa reversibilidad de la capacidad laboral. Esta situación de incapacidad laboral en que no se produce la curación completa o el estado residual después del tratamiento no permite la reincorporación al trabajo es lo que denominamos **incapacidad permanente**.

b) Graduación: La incapacidad laboral está en relación con la gravedad de la enfermedad y de los requerimientos laborales; es por ello que la LGSS establece



diferentes **grados de invalidez**:

La incapacidad permanente parcial, se define como la situación del trabajador, que como consecuencia de haber padecido una lesión o enfermedad, tiene una merma en su capacidad laboral superior al 33 %, pero no le impide la realización de las labores fundamentales de su trabajo habitual.

La incapacidad permanente total, se define como la situación del trabajador que tras haber sufrido una enfermedad o lesión, está incapacitado para las tareas fundamentales de su profesión habitual. Cuando adicionalmente, el trabajador tiene más de 55 años y no encuentra trabajo, se considera la denominada: **permanente total, “cualificada”**.

INSS asumirá la gestión de la incapacidad permanente en todos sus trámites.

Como consecuencia se aprueba el Real Decreto 1300/95 de 21 de Julio, que crea los equipos de valoración de incapacidades, órgano colegiado integrado en INSS.

El RD. 1300/95 y su desarrollo la OM de 18 de enero, antes mencionados, establecen lo que son las competencias de los EVI (en Catalunya ICAM, Institut Català d’Avaluació Mèdica). La valoración en temas médicos se hace a través de la unidades médicas, con dotación suficiente de médicos evaluadores. Básicamente la función primordial de los médicos evaluadores, es la emisión del documento en que se resumen y valoran las patologías alegadas por el interesado como causa de incapacidad, con el fin de asesorar al EVI (constituído en órgano colegiado) en dicha materia. Ese documento se denomina **informe medico de síntesis (IMS)**. Para su

La Incapacidad, la situación a proteger (es decir la enfermedad) debe ser valorada u objetivada, por el Organismo encargado de la Gestión de las Prestaciones, es decir el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La I. P. Absoluta, se define como la situación del trabajador que, tras haber sufrido una lesión o enfermedad, ésta le impide la realización de todo tipo de trabajo o profesión.

La gran invalidez, es la situación del trabajador que, tras haber sufrido una **enfermedad o lesión**, ésta no sólo le impide la realización de un trabajo, sino que además le impide la realización de la mayor parte de las **actividades de la vida diaria** necesitando de la ayuda de una tercera persona.

La incapacidad, la situación a proteger (es decir la enfermedad) debe ser valorada u objetivada, por el Organismo encargado de la Gestión de las Prestaciones, es decir el **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**.

La Ley 42/1.994 de 30 de Diciembre establece que el

confección el médico evaluador debe recabar la mayor información objetiva posible.

El INSS como institución pública **no sanitaria** no dispone de infraestructura para determinadas exploraciones y por ello debe solicitar las exploraciones al sistema sanitario público. (Existen firmados conciertos con la mayoría de sistemas públicos). Cuando el SNS sea insuficiente, se puede concertar con las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social (MATEPSS).

La función de los médicos evaluadores es por tanto la elaboración del IMS que, de alguna forma “traduzca” la situación clínica y ello y con el conocimiento de los requerimientos de los puestos de trabajo poder hacer la valoración de la incapacidad en tres términos fundamentalmente:

- Limitaciones funcionales

- ❶ Contingencia (etiología)
- ❷ Graduación de la incapacidad

A la hora de objetivar y valorar nos apoyamos en dos aspectos de la enfermedad:

- ❶ Las alegaciones del trabajador enfermo
- ❷ Las pruebas objetivas que objetiven lo anterior.

En el caso de las patologías nefrológicas nos apoyamos en el conocimiento y estudio de:

1) Alegaciones: Existen una serie de síntomas que pueden ser alegados por el paciente y que menoscaban en distinta intensidad la funcionalidad del paciente, existiendo síntomas locales y generales.

- ❶ Síntomas relacionados con trastornos de la micción: disuria, poliuria, polaquiuria, dolor renal o de vías.
- ❷ Síntomas generales: edemas, anemia y otras alteraciones hematológicas;

osteodistrofia renal, alteraciones de esfera sexual, alteraciones en la piel, manifestaciones neurológicas; Síntomas relacionados con estado nutricional.

- ❶ Síntomas relacionados con el acceso vascular o el catéter de diálisis peritoneal.
- ❷ Síntomas de hipertensión arterial.
- ❸ Síntomas relacionados con la inmunodepresión.
- ❹ Dependencias terapéuticas (sustitutivas y/o farmacológicas fundamentalmente).

2) Exploraciones y pruebas: El objetivo de la exploración del medico evaluador será la objetivación de dichas alegaciones y, en su caso la mensuración de las mismas. La mayor parte de ellas van destinadas a objetivar la funcionalidad renal. Existen muchas pruebas o exploraciones que permiten conocer la situación funcional del riñón. **Dado que no siempre es factible la disponibilidad de ellas se ha establecido el siguiente cuadro:**

PRUEBA	CARACTER	INDICACIÓN	PROBLEMAS	PARÁMETROS	CRITERIOS
Bq de Orina	Básica	No útil si Diálisis	No	Densidad -Hematuria Proteinuria	1003-1030 < 2hemat/campo < 150mg/día
Hemograma	Básica	Siempre	No	Hematíes. Medición de la Hemoglobina o hematocrito	Hemoglobina: 11 a 12 gr/dl Hematocrito: 33 a 36 %
Bioquímica en Sangre	Básica	Siempre	No	Creatinina Plasmática Calcio,Fósforo , Albumina	H: 0,8-1, mg/dl M:0, 6-1, mg/dl 8,5 a 10,5mg/dl 2, 5 a 4, 5 mg/dl. 3,5-5 gr/dl
Aclaramiento de Creatinina Plasmática.	Básica	No útil si anuria o diálisis.	No	ml/min.	90-130ml/min.
PTH en sangre	Básica	Siempre en GRADO >II	No	pg/ml	11-24 pg/ml
Ecografía Renal	Básica	Siempre	No	Valoración tamaño y morfología renal.	Tamaño entre los 10-12 cms en eje axial, y adecuada diferenciación cortico-
Biopsia Renal	Opcional	Interés asistencial	Sólo por Indicación Nefrólogo.	Según Anatomía patológica.	Criterios de especialista
** Kt/V	Básico	SI DIÁLISIS	Realizado por Nefrólogo		1-1,5
*** PCRn	Básico	SI DIÁLISIS	Realizado por Nefrólogo		1 -1,4 gr/kg/día

Con toda esa información se han considerado unos grados orientativos de graduación que se traducen en una serie de limitaciones:

Grado 0

- Criterios de inclusión: presencia de enfermedad renal, sin síntomas aparentes ni requerimientos terapéuticos que menoscaben la actividad laboral. Normalidad bioquímica en parámetros de funcionalidad renal. filtrado glomerular >70 ml/min.
- Limitaciones: ninguna.

Grado 1

- Criterios de inclusión: presencia de enfermedad renal, con sintomatología leve o intercurrente. Puede precisar tratamiento, pero éste no menoscaba la actividad laboral. Normalidad bioquímica en la mayoría de las ocasiones. Filtrado glomerular entre 40 y 69ml/min.
- Limitaciones: Para grandes requerimientos físicos en intensidad y tiempo.

Grado 2

- Criterios de inclusión: presencia de enfermedad renal, con sintomatología moderada (poliuria, nicturia). Incluiría paciente trasplantado renal, sin rechazo o enfermedad crónica del injerto, sin proteinuria y con función renal normal. Precisa tratamiento la mayor parte del tiempo, pero éste no menoscaba la actividad laboral. Bioquímica alterada en la mayoría de las ocasiones, tales como aumento de residuos nitrogenados, alteración Ca/P. Filtrado glomerular entre 20 y 39ml/min.
- Limitaciones: Para requerimientos físicos moderados en intensidad y tiempo, como también en algún caso para requerimientos mentales elevados.

Grado 3

- Criterios de inclusión: presencia de enfermedad renal, con sintomatología moderada-severa. Precisa de tratamiento médico continuamente y puede estar en tratamientos sustitutivos de la función renal, tales como la hemodiálisis o diálisis peritoneal. También podría considerarse al paciente trasplantado renal con injerto funcional,

pero con enfermedad crónica del injerto (proteinuria, función renal anormal). Los parámetros hematológicos y bioquímicos estarán anormales, aunque podrían estar controlados a expensas de un tratamiento médico amplio, incluyendo el tratamiento sustitutivo renal. Filtrado glomerular entre 19 y 10 ml/min. Si existe tratamiento sustitutivo renal, los parámetros de adecuación dialítica se encontrarán en el rango normal: Kt/V (1 - 1,5), PCRn (> 1,1 g/kg/día), Albúmina (>3,5gr/dl).

- Limitaciones: Para requerimientos físicos y psíquicos moderados en intensidad y tiempo, en la mayoría de las ocasiones, no podrá realizar esfuerzos continuados. Deberán tenerse en cuenta las limitaciones de los horarios de trabajo, que estarán reducidos o adaptados al tratamiento sustitutivo de la función renal (Hd o Dp). Se deberá tener en consideración el acceso vascular par la Hd o el acceso percutáneo para la Dp y el riesgo de que éstos puedan deteriorarse o funcionar incorrectamente, según el tipo de actividad profesional.

Grado 4

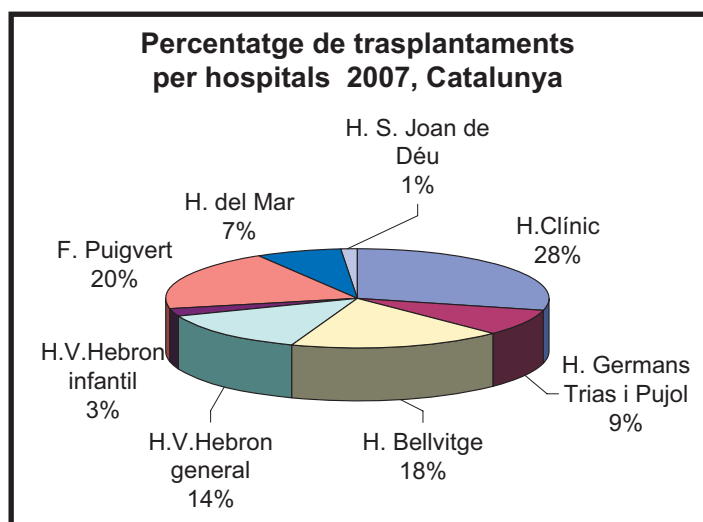
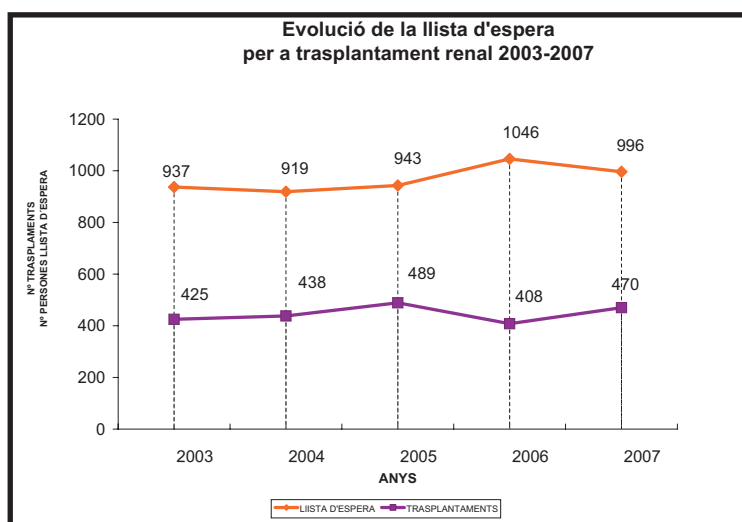
- Criterios de inclusión: presencia en enfermedad renal, con sintomatología moderada-severa, a veces con complicaciones muy severas que requieren ingresos hospitalarios frecuentes. Precisa de tratamiento médico y sustitutivo renal continuamente, a pesar de lo cual no llegan a controlarse todos los síntomas renales o sistémicos que padezca el enfermo, si existe injerto renal, éste no es funcional. La mayoría de los parámetros hematológicos y bioquímicos están anormales en gran parte de las ocasiones, a pesar del tratamiento. Filtrado Glomerular <9 ml/min., lo que implica el inminente comienzo con un tratamiento sustitutivo de la función renal. Si están en tratamiento sustitutivo renal, podrán tener alguno o varios de los parámetros de adecuación dialítica en el rango anormal: Kt/V (<1) y/ o PCRn (< 1,1 g/kg/día) y/o Albúmina (< 3,5gr/dl).
- Limitaciones: Capacidad laboral abolida y en algún caso pueden precisar de ayuda para realizar actividades de la vida diaria.



Trasplantaments 2007

Segons paraules de la Dra. Roser Deulofeu: *Podriem dir que l'any 2007 es l'any de la recuperació del ritme d'activitat en donació i trasplantament a Catalunya. Això s'ha aconseguit gràcies sobretot a la nostra societat que dona els òrgans i gràcies també a l'esforç i dedicació de molts professionals, que a més, han recolzat les estratègies endegades per l'OCATT i aprovades pel Departament de Salut. Ha augmentat la donació en un 10 % i els trasplantaments globals en un 11 % (+15% el de ronyó). La taxa de trasplantament renal per milió de població (pmp) és junt amb dos CCAA la més alta del món, 65,1 pmp mentre que en el global de l'estat és del 48,9 pmp. Les llistes d'espera de ronyó i pulmó disminueixen en un 5% i un 25% respectivament a 31 de desembre d'enguany.*

Trasplantaments renals per hospitals					
	2003	2004	2005	2006	2007
H. Clínic	144	126	158	124	136
H. Germans Trias i Pujol	30	35	44	34	40
H. Bellvitge	74	97	90	86	85
H.V.Hebron general	48	57	67	48	64
H.V.Hebron infantil	15	16	15	12	12
F. Puigvert	84	77	81	67	93
H. del Mar	25	28	29	34	34
H. S. Joan de Déu	5	2	5	3	6
Totals	425	438	489	408	470



**INSCRIBE A
DOS SOCIOS
Y GANA UNA
BOLSA COMO
ESTA**



Colabora con nosotros en la captación de nuevos socios. Ellos te lo agradecerán ya que podrán disfrutar de las ventajas que supone pertenecer a una asociación como la nuestra. ADER también te lo agradecerá regalándote una magnífica bolsa por cada dos nuevos socios que consigas.

En el momento de hacer un primer socio, remite el cupón correspondiente. No esperes a conseguir el segundo. Gracias.

2

Socio Numerario Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:

Domicilio Población

C.P. Tel. Fecha de nacimiento

Firma

ADER garantiza la total privacidad de los datos que figuran en este cupón, por lo cual los mismos no serán cedidos ni vendidos a terceros bajo ningún concepto.

Socio Numerario Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:

Domicilio Población

C.P. Tel. Fecha de nacimiento

E-mail:

Orden de pago domiciliación bancaria

Titular Domicilio

Población Caja o Banco

Código de entidad Oficina DC Número de Cuenta

Domicilio de la entidad bancaria Población

Cuota anual 38 euros 50 euros
 45 euros otros

Firma

ADER garantiza la total privacidad de los datos que figuran en este cupón, por lo cual los mismos no serán cedidos ni vendidos a terceros bajo ningún concepto.

1

Socio Numerario Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:

Domicilio Población

C.P. Tel. Fecha de nacimiento

Firma

ADER garantiza la total privacidad de los datos que figuran en este cupón, por lo cual los mismos no serán cedidos ni vendidos a terceros bajo ningún concepto.

Socio Numerario Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:

Domicilio Población

C.P. Tel. Fecha de nacimiento

E-mail:

Orden de pago domiciliación bancaria

Titular Domicilio

Población Caja o Banco

Código de entidad Oficina DC Número de Cuenta

Domicilio de la entidad bancaria Población

Cuota anual 38 euros 50 euros
 45 euros otros

Firma

ADER garantiza la total privacidad de los datos que figuran en este cupón, por lo cual los mismos no serán cedidos ni vendidos a terceros bajo ningún concepto.

SERVEIS ADER



Assistència Social

Servei: Gratuït



Quiromasatge i reflexologia podològica

Dies de visita: de dilluns a divendres
Horari: de 9:00 a 14:00 i de 16:00 a 20:00h

Tractaments cervicals, cames, esquena i espatlles
Sessions de 45 minuts



Assistència Laboral i jurídica

Dies de visita: a convenir
Horari: a convenir
Cal concertar visita prèviament
Truqueu a ADER
tel. 93 440 88 00



Reiki

Dilluns de 16:00 a 19:00 h
Dimarts de 10:00 a 13:00 h
Truqueu per demanar dia i hora
al telèfon: 93 440 88 00



Psicologia clínica

Dies de visita: a convenir
Horari: a convenir
Cal concertar visita prèviament
Truqueu a ADER
tel. 93 440 88 00



Altres Serveis

Informació, reserva i gestió de places d'hemodiàlisi a altres províncies i a l'estranger



loga

Dies de visita: dimarts i dijous
Horari: de 10:00 a 11:00 h
Preu: 7,21 euros/mes



Assessorament dietètic

Dies de visita: a convenir
Només per a malalts en diàlisi i trasplantats
Truqueu per demanar dia i hora
al telèfon: 93 440 88 00

DEMANEU INFORMACIÓ AL CENTRE



C./ Pintor Tapiró, 4 - Barcelona
Tel.: 934 408 800 - Fax. 933 337 070
e-mail: ader@aderrenal.org
www.aderrenal.org