

# **EMBARAZO TRAS UN TRASPLANTE RENAL**

**EL DOCTOR ANTONIO ALCARAZ,  
PIONERO EN LA EXTRACCIÓN RENAL  
POR VÍA UMBILICAL**



**PILAR RAHOLA:  
REFLEXIÓ CONTRA CONSIGNA**

# 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](http://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](http://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.

## Más y mejor difusión

Todos conocemos los excelentes números que Cataluña arroja en cuanto a donaciones y trasplantes año tras año. También sabemos que, desde la Generalitat y con los sucesivos gobiernos, se impulsan campañas de propaganda -siendo canónicos, la publicidad sólo se refiere a la difusión de productos de consumo; la propaganda habla sobre el proselitismo ideológico. No deben confundirse ambos términos- para hacer de la donación algo cotidiano implicando al máximo número de donantes y, si puede ser, a toda la población civil en esta buena causa.

Sin embargo, algo falla, y para evidenciar esta afirmación pondremos dos ejemplos bien recientes que todos nuestros lectores podrán contrastar. Como se recordará, en la última edición de esta revista, entrevistábamos al escritor y lingüista Màrius Serra. Desde luego -y esto es algo que podrán corroborar aquéllos de nuestros lectores que, paralelamente, sigan su trayectoria- no puede decirse que no sea una persona informada. Y socialmente combativa -lean, en este sentido, su libro *Quiet* o *Quieto*, en versión castellana, donde habla de sus circunstancias con un hijo que padece una grave enfermedad- más allá de sus circunstancias personales. Bueno, pues, aún así, desconocía que todos somos donantes por defecto y tampoco tenía muy claro como, a pesar de su voluntad, podía convertirse en donante activo: “Es una cosa que quiero hacer pero es aquello de ‘ya lo haré’ porque tampoco sé muy bien cómo funciona”, venía a decirnos.

Llegados a este punto, cabe preguntarse, ¿son efectivas las campañas que, con variaciones, se están llevando a cabo año tras año? y, aún más -y es necesario caer en la cuenta- nosotros conocemos estos esfuerzos de difusión institucional y, por espejismo, nos parece que son de dominio público, pero, si nos paramos a pensar, el común de los ciudadanos, ¿ha oído hablar o tiene constancia de la existencia de tales campañas? Seguramente, no.

Sin ánimo de entrar en polémica, tal vez haya sido más efectiva la efímera -quién se acuerda hoy de ella, pese a los ríos de tinta que generó- la campaña de los ateos en los autobuses a principios de año que todas las referidas a la donación que los diferentes gobiernos de la Generalitat han impulsado hasta la fecha.

Y, desde luego, no criticamos la voluntad sino el acierto, la consecución de objetivos. Tal vez a las campañas incentivadoras de la donación impulsadas por la Generalitat les pase lo mismo, que no acaben de acertar con su objetivo. Consecuencia: cabe afinar la puntería.

## 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. 98  
 Redacción y administración:  
 Calle Pintor Tapiró, 4 - Barcelona  
 Tel. 934 408 800 - Fax. 933 337 070  
 e-mail: [ader@aderrenal.org](mailto:ader@aderrenal.org)  
[www.aderrenal.org](http://www.aderrenal.org)

Autoedición e impresión: Toison Edit, S.L.  
 Foto portada: © F.G.R. Barcelona  
 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.

## MEDICINA

- Embarazo tras un trasplante renal.....05

## NOTÍCIES

- Primera extracción en España de un riñón por vía umbilical ..... 11
- La ONT bate su propio record de donaciones coordinadas en un solo día..... 12
- El 9,2 por ciento de los españoles sufre algún tipo de disfunción renal y de estos un 6,8 está afectado por sus formas más avanzadas ..... 12
- Los arándanos, contra las infecciones urinarias ..... 13
- Las nuevas tecnologías 3D, al servicio de la reconstrucción del riñón ..... 14
- 23-F, un día glorioso..... 14
- La aplicación de bajas temperaturas demuestra su efectividad en el tumor renal ..... 15
- Un atlas cataloga anticuerpos que atacan al injerto renal..... 15
- In Memoriam ..... 16
- Asamblea General Ordinària d'ADER..... 18
- El día mundial del riñón se centra en la hipertensión arterial ..... 18

## LA TEVA PÀGINA

- Historia de Vicente Cuartero Cuevas ..... 19

## L'ENTREVISTA

- Pilar Rahola: "La intel·ligència, el pensament o l'anàlisi crítica no són a la televisió ni hi han de ser" ..... 20

## ACTIVITATS

- ADER, amb ritme..... 25
- ADER visita Tarragona i les Terres de l'Ebre ..... 26

## INFORMACIÓ

- ADER, present al 2n Congrés del Tercer Sector Social de Catalunya ..... 29
- ADER i el Dia Nacional del Trasplantament..... 29
- Un viatge de 150 anys a través del temps en 300.000 fotografies ..... 30
- Premio Fundació Laporte ..... 31
- Aniversario de la primera hemodiàlisis..... 32
- El Departament de Salut presenta el Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció al Pacient Nefrològic ..... 33

## BUTLLETA DE SUSCRIPCIÓ..... 34

## SERVEIS ADER..... 35

# Embarazo tras un trasplante renal

VICENÇ CARARACH, FEDERICO OPPENHEIMER Y MARIBEL GRANDE

SERVEI DE MEDICINA MATERNO-FETAL (ICGON) I UNITAT DE TRASPLANTAMENT RENAL (ICNU)  
HOSPITAL UNIVERSITARI CLÍNIC-UNIVERSITAT DE BARCELONA.

## INTRODUCCIÓN

Se acaban de cumplir 50 años desde el primer embarazo tras un trasplante renal, periodo que permite una visión amplia de sus posibilidades, complicaciones y recomendaciones. En un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* (McKay i Col., 2006), se analizan estas posibilidades y se estima que ya se han descrito más de 14000 embarazos en pacientes con algún tipo de trasplante. Entre todos los tipos de trasplante, en los que se han descrito más embarazos son, con diferencia, los de riñón, seguidos de lejos por los de hígado, médula ósea, riñón y páncreas, y corazón, mientras que el resto se pueden considerar anecdóticos (Fig 1 y 2).

Excepto en raras ocasiones en que se dispone como donante un gemelo univitelino, la preservación del órgano trasplantado exige el uso de inmunosupresores con el fin de evitar el rechazo, hecho que sin duda constituye un handicap para el paciente trasplantado, ya que, a

parte del efecto tóxico que algunos de éstos representan sobre diversos órganos, la inmunosupresión supone no sólo un riesgo más elevado frente a infecciones (tanto víricas como bacterianas) sino también el incremento de algunas patologías, como ciertos cánceres. Sin embargo, la mujer con trasplante renal, con la experiencia de haber vivido pendiente del dializador y que ya ha normalizado su vida en muchos aspectos, ve el embarazo como una meta de normalización absoluta, aunque se le ha de recomendar que no lo intente hasta que se cumplan una serie de condiciones hoy bastante establecidas.

Efectivamente, después de recibir un trasplante renal, muchas de las mujeres que estaban amenoreicas antes de éste, recuperan sus ciclos menstruales normales y por tanto la fertilidad, así como un grado de independencia y de bienestar general que les hace plantearse la posibilidad de tener descendencia. La posibilidad de tener un hijo vivo del embarazo en estas condiciones son en conjunto superiores

al 90% (Davison JM, 1976), aunque su riesgo sigue siendo como mínimo de 5 a 10 veces mayor que en las gestantes sin factores de riesgo. Actualmente se puede decir que hay suficiente experiencia para saber cuales son los factores de riesgo y en que casos se ha de desaconsejar un embarazo, así como la forma idónea de conducir los embarazos que se produzcan. Es necesario puntualizar que en pacientes en hemodiálisis la recomendación es esperar que se hayan trasplantado para iniciar un embarazo, ya que las posibilidades de éxito de la gestación pasan del 50-60% a cerca del 95%, si se cumplen las recomendaciones para permitir un embarazo en una mujer transplantada.

Ya en 1991, Davison contabilizaba 1141 embarazos que llegaron a la semana 28 de gestación en 849 pacientes con trasplante renal, con los siguientes resultados: 92% de éxito en el embarazo y 11% de complicaciones a largo plazo si no habían aparecido complicaciones antes de las 28 semanas de gestación. El éxito se reducía al 73%, con un 24% de problemas a largo plazo, si las complicaciones del embarazo aparecían antes de las 28 semanas (Tabla 1). Actualmente estas cifras sin duda han



PRONÓSTICO DE EMBARAZO EN MUJERES CON TRASPLANTE RENAL	
Complicaciones del embarazo (%)	46
Evolución perinatal favorable (%)	92 (73)
Complicaciones a largo plazo (%)	11 (24)

Adaptado de Davison JM, 1991.

TABLA 1. Datos basados en 1141 embarazos de 849 mujeres que llegaron a las 28 semanas de gestación (entre paréntesis si las complicaciones fueron anteriores a la semana 28).

**EMBARAZOS ESTIMADOS. PERIODO 1976-2003**

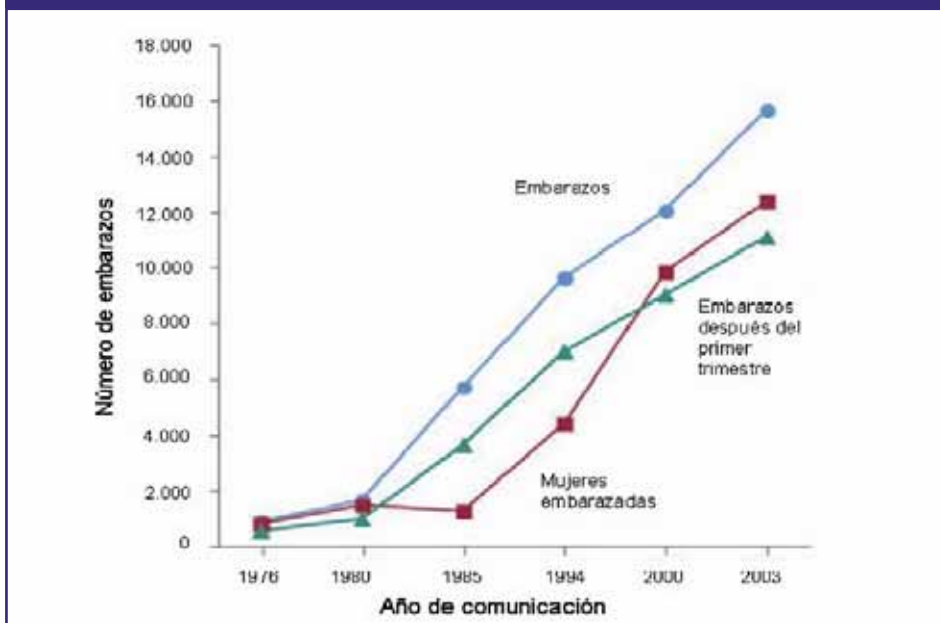


Fig 1. Extraído de McKay i col, 2006

mejorado, pero siguen siendo gestaciones de riesgo con morbilidad en muchos casos multiplicada por 10 respecto a los embarazos sin riesgo.

Disponemos también de datos españoles obtenidos en una encuesta dirigida a todos los servicios de obstetricia y a las unidades de trasplante renal en 1989, a los 25 años del primer trasplante realizado en nuestro país (Tabla 2), que indican que, de 133 embarazos, hubo 13 (10%) abortos espontáneos y 21 (16%) interrupciones voluntarias o terapéuticas (Cararach y col., BJOG 1993). De los 99 embarazos restantes se obtuvieron 103 fetos (4 gemelares), con 46 partos pretérmino y 53 a término, 8 fetos muertos anteparto y 3 postparto. Lo cual significa una mortalidad perinatal de 107 por mil, mucho más alta de lo que corresponde a los mismos departamentos en la misma época, pero que suponía un 90% de fetos vivos. En las madres apareció proteinuria significativa en más del 50% de los casos e hipertensión en el 36%. 6 mujeres (5%) tuvieron un empeoramiento importante de la función renal, que supuso reiniciar la diálisis, durante o en los seis meses posteriores al embarazo. En otras 15 (11%) hubo una disminución menos importante de la función renal. En una segunda encuesta se obtuvieron datos completos de 66 de las gestaciones anteriores que puso

de manifiesto que la hipertensión, los antecedentes de crisis de rechazo en el año anterior a la gestación y el nivel de creatinina previo > 1.5mg/ml son factores que empeoran los resultados.

Hace cuatro años se intentó una nueva encuesta nacional, pero el número de repuestas obtenidas no fue suficiente para poder valorar los datos actuales, aunque probablemente, y dados los datos del Hospital Clínic de Barcelona, los resultados actuales serían mucho mejores (Tabla 3),

como mínimo en cuanto a la mortalidad perinatal, que ha sido nula en nuestro servicio en las mujeres trasplantadas en los últimos 15 años. Aunque probablemente debido al uso de ciclosporina A (CYA) haya más hipertensión y restricción del crecimiento intrauterino (CIR), las posibilidades de control actual han permitido extraer el feto en el momento oportuno y la maduración pulmonar con corticoides para evitar la enfermedad de las membranas hialinas, que antes provocaba muchas de las muertes neonatales, mejorando así los resultados perinatales. También el control materno ha sido mejor, con menos complicaciones, ya que se dispone de más posibilidades de acabar el embarazo en tiempos más tempranos de la gestación, además de disponer de tratamientos más inocuos.

**RECOMENDACIONES PARA ACEPTAR UNA GESTACIÓN**

Las recomendaciones que aplicamos, basadas en las normas establecidas por Davison sobre gestación en trasplantadas renales (Davson JM, 1991), se muestran en la Tabla 4. Entre ellas, creemos que se ha de destacar el buen estado general, el lapso de 24 meses tras el tranplante y de 18 meses tras la última crisis de rechazo (tomando preferiblemente uno o dos inmunosupresores de los aceptados durante el embarazo y a dosis estables), la buena función renal

**RESULTADOS PERINATALES DE 133 EMBARAZOS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN ESPAÑA (1965-1989), SEGÚN UNA ENCUESTA REALIZADA EN 1989**

	n	%
Abortos espontáneos	13	10
Abortos terapéuticos	21	16
Parto pretérmino <sup>a</sup>	46	46
Parto a término <sup>a</sup>	53	53
Embarazos gemelares <sup>a</sup>	4	4
Mortalidad fetal <sup>a</sup>	8	7.76
Mortalidad neonatal <sup>a</sup>	3	2.91
Mortalidad perinatal <sup>a</sup>	11	10.6

<sup>a</sup> % excluidos los abortos

TABLA 2

(creatinina <1.5mg/dL), la ausencia de hipertensión arterial (HTA) o bien HTA leve y fácilmente controlable, y proteinuria si es posible <500mg/24 horas.

### USO DE INMUNOSUPRESORES

Tal y como se acaba de exponer, la situación de estabilidad inmunológica en el último año y medio es una de las condiciones para poder recomendar una gestación, y eso se consigue con el uso de inmunosupresores. Al principio se pensó que, dado que la gestación es una situación de tolerancia inmunológica hacia el feto, podría serlo también para el injerto, pero pronto se vio que esto no era así, y en algunos casos en que se suprimieron los inmunosupresores se perdió el injerto en una crisis de rechazo.

Hoy queda claro que se han de usar, y si se han de utilizar dos o más, entre éstos se acostumbra a indicar prednisona a dosis <10mg/día. Al principio se usaba azatioprina y, aunque este inmunosupresor está clasificado en el grupo D, se vio que el uso de dosis <2mg/kg/día no producía un aumento significativo de malformaciones fetales, aunque si deleciones transitorias en los cromosomas de los linfocitos fetales, los cuales en general habían desaparecido a los seis meses del nacimiento. La substitución de azatioprina por CYA y después por tacrolimus no ha sido por este motivo, sino para proteger mejor el rechazo del riñón materno. Con sirolimus y mofetil micofenolato se tiene menos experiencia durante el embarazo, pero además se han descrito algunos casos con problemas fetales, incluido un síndrome malformativo con el último de estos medicamentos (Le Ray, 2004; Vento, 2008), motivo por el cual el Grupo de Expertos Europeos sobre Trasplante Renal no los recomienda. La gammaglobulina antitimocito, el muromonab y el daclizumab se utilizan sobretudo en la fase aguda el rechazo, por lo que habitualmente no se han de utilizar durante el embarazo. En general, se cree que en el caso que se estén utilizando tres inmunosupresores, convendría reducirlos a dos durante la gestación para disminuir riesgos fetales, pero se han de controlar las dosis, ya que con frecuencia el aumento del flujo renal y de volemia se traduce en dosis insuficientes.



Los inmunosupresores, por tanto, siguen siendo necesarios durante el embarazo para preservar el injerto en las mujeres trasplantadas, aunque con ellos son más frecuentes las infecciones, especialmente urinarias, que se han de controlar periódicamente, así como las infecciones víricas, especialmente por citomegalovirus, lo cual es otra razón adicional para esperar 18-24 meses antes de intentar una gestación. Del mismo modo que con azatioprina, no se ha demostrado que CYA y tacrolimus en las dosis habituales aumenten el número ni la gravedad de las malformaciones, aunque si que se aprecia un aumento de CIR con CYA y menos con tacrolimus que, en cambio, tiene un cierto efecto diabotogénico, si bien has-

ta ahora en nuestros pacientes no hemos comprobado que altere el test de cribado diagnóstico de la diabetes durante el embarazo (test de O'Sullivan), ni en las trasplantadas renales ni en las de riñón y páncreas.

### PRINCIPALES RIESGOS PARA LA MUJER TRASPLANTADA, PARA SU RIÑÓN Y PARA EL FETO DURANTE LA GESTACIÓN

En la paciente trasplantada renal, aunque tenga niveles de creatinina normales, se ha de considerar que existe un solo riñón funcionando que, además, está sometido en mayor o menor medida a un cierto rechazo crónico, hecho que supone una vida para el injerto más o menos larga pero no

### EMBARAZOS POR AÑO Y ÓRGANO. PERIODO 1997-2004

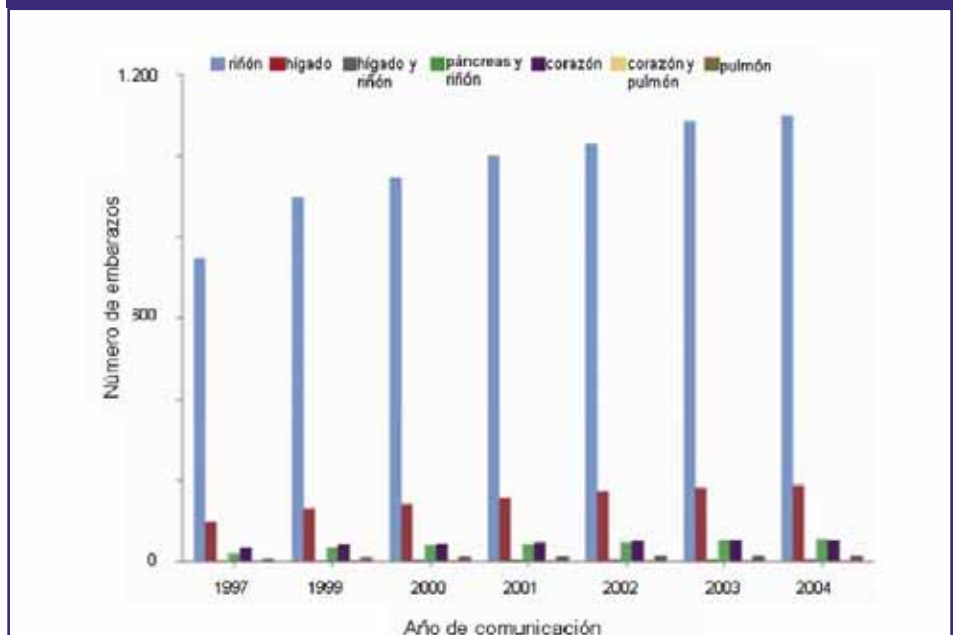


Fig2. Extraído en McKay i col, 2006

### EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE CREATININA HASTA 2 AÑOS DESPUÉS DEL PARTO

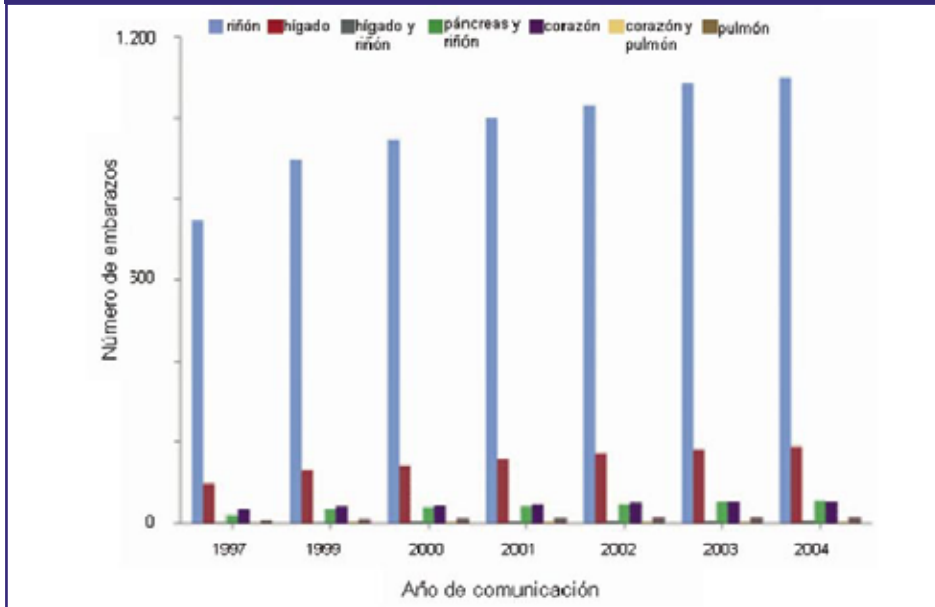


Fig3. Estudio realizado a 53 trasplantadas que han tenido un embarazo respecto un igual número de gestantes de las mismas condiciones que no han estado embarazadas.

ilimitada. El embarazo supone un incremento de función renal limitada (Katz i Davison, 1981), incluso en pacientes con cierto grado de insuficiencia renal, así como una hiperfiltración, aunque la mayoría de autores opinan que no perjudicará la función del riñón si no se observan complicaciones (First, 1995; Stutgis, 1995; Sobanda, 2004; Rahaminov, 2006). Por descontado, la disminución de la función renal, la aparición de proteinuria, hipertensión, preeclampsia sobreañadida y CIR (Armenti, 1996) son factores muy relevantes en la predicción de los resultados maternos y fetales, a corto y largo plazo. Por este motivo es importante tener en cuenta los factores descritos anteriormente antes de aconsejar un embarazo a una paciente trasplantada, especialmente a una trasplantada renal. En el caso que se cumplan las condiciones indicadas, no se debería de producir un empeoramiento de la función renal por efecto del embarazo, aunque esta afirmación no es absoluta, y es razonable esperar, sobre todo si aparece hipertensión sobreañadida, que se presente alguna repercusión sobre la función renal a largo plazo, aunque sobre esto no hay un consenso total (Salmeda, 1993; Armenti, 1995). Los resultados preliminares de un estudio nuestro, presentados en el Congreso Mundial de Hipertensión y Embarazo en Washington (2008), sobre el efecto del embarazo en 53 pacientes trasplantadas respecto un grupo de las mismas características sin embarazo, parecen sugerir una mayor pérdida de función si el periodo de estudio no se limita al primer año tras el embarazo (Fig 3).

Cuando aparece una sospecha de crisis de rechazo, se ha de realizar un diagnóstico precoz para poder tratarla adecuadamente. A veces este diagnóstico resulta difícil de establecer en caso de una preeclampsia sobreañadida, y en algunos casos raros resulta imprescindible realizar una biopsia renal con la finalidad de poder aplicar la terapia correspondiente para preservar el órgano trasplantado.

Aunque se cumplan las condiciones indicadas, en más del 50% de los casos se presentan complicaciones más o menos importantes (aunque en general tratables), tanto en la madre como en el feto (Tabla 5). Para éste, los principales riesgos corresponden al parto prematuro,

### RESULTADOS DE LOS EMBARAZOS DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA EN MUJERES CON TRASPLANTE DE RIÑÓN Y PÁNCREAS

	Periodo 1973-1995 Azatioprina n=27	Periodo 1987-2007 Inhibidores de calcineurina (27CYA + 5tacrolimus) n=32
Parto <37 semanas	12(45.5%)	16(50%)
Parto <32 semanas	3(10.7%)	2(6.2%)
HTA previa	9(47.4%)	17(43.6%)
HTA en la gestación	17(62.9%)	25(77.1%)
CIR (percentil <10)	7(25.9%)	14(43.7%)
Feto <2500g	12(44.4%)	18(56.3%)
Test de Apgar <7	7(25.9%)	4(12.5%)
Mortalidad perinatal	3(10.7%)	-
Mortalidad materna (durante el embarazo o una año después)	-	-
Hemodialisis (durante el embarazo o 6 meses después)	1(3.7%)	1(3.1%)

<sup>a</sup> Dos muertes prenatales CYA: ciclosporina A; CIR: crecimiento intrauterino restringido; HTA: hipertensión arterial

TABLA 3

ticos, esta terapia estaría especialmente indicada.

**PARTO, LACTANCIA Y CONTRACEPCIÓN**

En lo referente al parto, se han de considerar el resto de factores obstétricos (CIR, hipertensión, semanas de gestación, etc..) para indicar o no una cesárea, ya que, si no existen otras indicaciones, no hay que realizarla sólo a causa del trasplante. En todos los casos se realizará una profilaxis antibiótica en cualquier intervención y en caso de sondajes vesicales, sobre todo si la sonda ha estado colocada permanentemente durante unas horas.

En general, se considera que no hay contraindicación clara para la lactancia materna, porque las dosis de inmunosupresor a las cuales estará sometido el bebé son mucho menores que las recibidas durante el embarazo. Sin embargo, no deja de ser un tratamiento de riesgo, y actualmente la mayoría de protocolos de neonatología desaconsejan la lactan-

cia si las madres toman ciclosporina, no hay recomendaciones sobre azatioprina y tacrolimus, por lo que, a diferencia de hace unos años, actualmente hay tendencia a no recomendarlo. Durante el puerperio se ha de mantener la vigilancia frente a infecciones y ajustar las dosis de inmunosupresores desde los primeros días.

Una vez finalizada la gestación, se ha de aconsejar una correcta contracepción. No hay una contraindicación absoluta para los anticonceptivos orales, aunque se han de valorar en el contexto que haya o no riesgo de trombosis, hipertensión, alteraciones hepáticas, etc. Tampoco el DIU está totalmente contraindicado, pero se ha de tener en cuenta el riesgo de aumento de pérdida de sangre menstrual, el riesgo más elevado de infecciones (en mujeres que ya tienen un riesgo elevado de infecciones por el tratamiento con inmunosupresores) y la disminución de la seguridad contraceptiva a causa del posible efecto antiinflamatorio de los

inmunosupresores. Dado que habitualmente se trata de mujeres de una cierta edad, se debería aconsejar que, una vez cumplidos los deseos gestacionales de la mujer y su pareja, se utilizase un método anticonceptivo irreversible, como la ligadura tubárica. Una contracepción adecuada ha de formar parte de la atención médica habitual de estas pacientes y es responsabilidad del equipo que las atiende, dado que la contracepción, a parte de evitar situaciones de riesgo más elevadas para la paciente (como un embarazo no deseado o su interrupción) también evita situaciones de conflicto ético, moral o religioso para muchas personas.

**CONCLUSIONES**

- A las pacientes con un buen estado general después de un año y medio o dos después del trasplante – sin hipertensión ni proteinuria significativas, sin crisis de rechazo en el último año y con un tratamiento inmunosupresor estable - se les puede permitir quedarse embarazadas si lo desean.
- Actualmente, en estos casos se obtienen unos altos índices de supervivencia fetal (>95%), con niños con una tasa de malformaciones similar a la del resto de gestaciones, y en principio sin afectación del riñón trasplantado en la madre.
- Las mujeres han de saber y aceptar que se trata de embarazos con frecuentes y a menudo importantes complicaciones, tanto maternas (preeclampsia, infecciones, intervenciones obstétricas, etc..) como fetales (prematuridad, CIR, insuficiencia placentaria, rotura prematura de membranas, etc...), que requerirán un control y un tratamiento exhaustivos realizados por un equipo multidisciplinario.
- Mientras no se den las condiciones necesarias y la posible gestación sea deseada y aceptada por parte de la mujer trasplantada, es necesario implantar medidas contraceptivas adecuadas y seguras.
- Son necesarios más estudios para confirmar a largo plazo los buenos resultados que en principio ofrecen estas gestaciones a corto plazo.

**PRINCIPALES RIESGOS MATERNOS Y FETALES EN EMBARAZADAS CON TRASPLANTE RENAL**

Riesgos maternos	Riesgos fetales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión y preeclampsia</li> <li>• Infecciones bacterianas y especialmente urinarias (20-40%)</li> <li>• Infecciones víricas secundarias a la inmunosupresión</li> <li>• Efectos tóxicos de medicamentos inmunosupresores</li> <li>• Mayor posibilidad de parto instrumentado (cesáreas 45-70%)</li> <li>• Pérdida de función renal</li> <li>• Riesgo aumentado de embarazo ectópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto pretérmino (50-60%)</li> <li>• Rotura prematura de las membranas (15-25%)</li> <li>• Crecimiento intrauterino restringido (40-70%)</li> <li>• Efectos tóxicos de los medicamentos inmunosupresores</li> <li>• Disminución en la hematopoyesis</li> <li>• Déficit inmunológico</li> <li>• Aberraciones cromosómicas en leucocitos (azatioprina)</li> <li>• Insuficiencia adrenocortical en dosis altas de prednisona</li> <li>• Mayor riesgo de infecciones: Citomegalovirus, Hepatitis B, Sepsis bacteriana</li> </ul>

TABLA 5

# Primera extracció en Espanya de un riñón por vía umbilical

SE LLEVÓ A CABO EL 17 DE FEBRERO EN EL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

El 17 de febrero, un equipo médico del Hospital Clínic de Barcelona dirigido por el doctor Antonio Alcaraz -jefe del Servicio de Urología, además de profesor agregado de la Universitat de Barcelona-, practicaba la primera nefrectomía laparoscópica transumbilical que se lleva a cabo en España, prácticamente un año después de haberse practicado una nefrectomía radical transvaginal por parte del mismo equipo, la primera que se llevaba a cabo en Europa. “Son dos procedimientos diferentes -explica el doctor Alcaraz a ADER-, que no sabemos cuál es mejor o cuál es peor. Cuando abrimos por el ombligo siempre abrimos por la parte muscular, 5 ó 6 centímetros. En la vagina no hay que abrir músculos; simplemente la pared vaginal, con lo cual la restitución yo pienso que es más rápida. ¿Por qué impulsar el ombligo? Porque los hombres no tenemos vagina y porque en algunas mujeres está contraindicado hacerlo por esta vía. Tenemos varias opciones, siempre buscamos la menor agresividad”.

El procedimiento se basa en una técnica de cirugía mínima invasiva que se efectúa a través de un solo orificio del cuerpo humano mediante una especialidad nacida hace menos de un año en la Clínica Cleveland de Estados Unidos. Los beneficios para el enfermo son “antes que nada, una recuperación más rápida. Y también está la cuestión estética, con unas cicatrices que no se ven”, define Antonio Alcaraz, que añade también la ventaja que supone un riesgo menor de hemorragias y un dolor mínimo.

La primera paciente operada ha sido una mujer de 82 años que presentaba una hernia umbilical además de un tumor renal de cinco centímetros y medio; una paciente idónea, pensaron Antonio Alcaraz y su equipo, dado que, ya que había que operar la hernia, cabía la posibilidad de llevar a cabo la citada nefrectomía laparoscópica transumbilical que extraería el riñón con la masa tumoral. “El riñón tiene que salir íntegro, entonces, necesito al menos una incisión de seis centímetros y evitamos el resto de agujeros colaterales, que son cuatro. Hay que elegir bien la técnica porque es más compleja”, señala Alcaraz. Para llevar a cabo la intervención, la paciente se recostó lateralmente y, a través de un solo puerto, se introdujo un endoscopio flexible de 2,5 centímetros de diámetro en el ombligo. En la zona, se practicó una incisión de 2,5 centímetros y a través del puerto se habilitaron tres entradas (entre ellas, una para el trabajo óptico y otra para el instrumental quirúrgico, a fin de poder acceder al riñón, movilizar el colon y efectuar una exposición del retroperineo). Si bien el riñón mide seis por doce centímetros a los que había de sumar el volumen tumoral, de 5,5 centímetros,

la posibilidad de comprimir el órgano conllevó que se pudiera extraer entero tan sólo ampliando la incisión del ombligo hasta cuatro centímetros. De hecho, la técnica se basa en la reunión de los tres trócares (instrumentos quirúrgicos a modo de punzón cilíndrico revestidos con una cánula) utilizados tradicionalmente en la cirugía laparoscópica. El sistema no tiene riesgos importantes. A lo sumo, puede darse el caso de que, por inconvenientes varios, deba acabar aplicándose la cirugía laparoscópica convencional, teniendo en cuenta que en otros tiempos se habría convertido en cirugía abierta. Eso sí, un problema que existe es la maniobrabilidad, dado que hay que trabajar con las manos muy juntas. No obstante, “el primer paso es tener habilidad en cirugía laparoscópica y eso, gracias a Dios, ya se da en los nuevos cirujanos en casi toda España y el dar el paso a las nuevas técnicas transvaginales y transumbilicales, yo pienso que para los buenos cirujanos laparoscópicos va a ser fácil. Hay una serie de trucos y para esta segunda generación el aprendizaje es más fácil que no cuando hay que crear algo. Luego ellos lo mejorarán y les diré ‘pues me parece fantástico porque lo estás haciendo mejor de lo que lo estoy haciendo yo’”, aclara el jefe del Servicio de Urología del Clínic.

El procedimiento se llevó a cabo en un término de dos horas y cuarenta minutos y la paciente estuvo ingresada durante 72 horas, básicamente por una cuestión de prudencia.

La nefrectomía laparoscópica transumbilical puede aplicarse a cualquier nefrectomía considerada de complejidad media-baja para cirugía laparoscópica, y sobre todo en hombres. Otros órganos que se han extraído en España aplicando el mismo perfil de intervención han sido la vesícula y el bazo.



El doctor Antonio Alcaraz, jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínic de Barcelona

## La ONT bate su propio récord de donaciones coordinadas en un solo día

### EL 28 DE MARZO SE COORDINARON 32 TRASPLANTES PROCEDENTES DE 13 DONACIONES MULTIORGÁNICAS

La Organización Nacional del Trasplante (ONT) consiguió coordinar, en 24 horas, 32 trasplantes procedentes de 13 donaciones con lo que estableció un nuevo récord en este ámbito al superar los 32 trasplantes procedentes de 12 donaciones de abril de 2005. El nuevo récord se estableció el pasado 28 de marzo.

23 centros participaron en la operación con lo que España batió el récord mundial en cuanto a número de hospitales que se implican en un operativo de estas características. Andalucía, Asturias, Baleares, Castilla-León, Cataluña,

Comunidad Valenciana, Galicia y Comunidad de Madrid son los orígenes de los diferentes centros involucrados. En la anterior marca, habían participado 21 centros hospitalarios.

De los trasplantes llevados a cabo, 20 han sido de riñón, 10 de hígado, uno de corazón y uno doble de páncreas combinado con riñón. Dos de los pacientes trasplantados estaban en urgencia 0, lo cual hubiera supuesto muy probablemente su fallecimiento si la operación no se realizaba en 24 ó 48 horas.

### SEGÚN EL ESTUDIO EPIRCE, PRESENTADO EL DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN

## El 9,2 por ciento de los españoles sufre algún tipo de disfunción renal y de estos un 6,8 está afectado por sus formas más avanzadas

El 12 de marzo, Día Mundial del Riñón, se presentó el estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE). Según este documento, que se ha elaborado a partir del análisis efectuado en 2.500 personas, un 9,2 por ciento de la población española sufre algún tipo de disfunción renal en alguna de sus fases y, de entre este porcentaje, un 6,8 por ciento está afectado por los estadios IV y V, las más avanzadas. El estadio IV se define por la disminución severa de la filtración glomerular mientras que el V lo hace por su condición de fallo renal. Concretamente, en estas dos últimas situaciones se hallan aproximadamente 50.000 personas, la mayoría de edad avanzada.

Los datos fueron presentados por el presidente de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), Alberto Martínez Castela, que señaló que hoy en día los diagnósticos están relativamente ajustados gracias a las técnicas de detección en sangre y orina, si bien matizó que en algunos casos no se detecta la existencia del problema. En el caso del análisis de sangre, Martínez Castela señaló que una medición de la creatinina indica unos niveles aproximados de filtrado glomerular aunque también existe la posibilidad “de que exista enfermedad renal, especialmente en mayores, cuando las cifras de creatinina son normales”. Cuando se analiza la orina, la valoración de la creatinina y la albúmina permite detectar la proteinuria. “Hay que prestar especial atención a estos procesos”, aseguró el presidente de la SEN.

Como medida para frenar la progresión de las disfunciones renales, Martínez Castela califica como “vital” la colaboración entre las diferentes disciplinas intervinientes en el abordaje del paciente. Nefrólogos, cardiólogos, pero también, y de forma muy especial, la implicación del médico de primaria son aspectos destacados por el doctor, del mismo modo que “también lo es la colaboración de geriatras, internistas y personal de enfermería”.

## Los arándanos, contra las infecciones urinarias

Los componentes de los arándanos previenen las infecciones del tracto urinario, según un estudio publicado en *Journal of Medicinal Food*. Este tipo de infecciones son muy comunes y suponen al sistema de salud más de dos billones de dólares en tratamiento al año en Estados Unidos.

La adherencia de bacterias *E. coli* a las células que recubren el tracto urinario es el primer paso en el desarrollo de una infección urinaria. Las sustancias químicas encontradas en los arándanos, llamadas proantocianidinas (PAC), impiden que la *E. coli* se adhiera a estas células epiteliales del tracto urinario.

Paola Pinzón-Arango, Yatao Liu, y Terri Camesano, del Instituto Politécnico de Worcester, en Massachusetts (Estados Unidos), expusieron *E. coli* a un cóctel de zumo de arándanos y a PAC y midieron la fuerza de la adherencia entre las bacterias y una superficie de silicio mediante la fuerza atómica microscópica. Han demostrado que cuanto más tiempo las bacterias son expuestas a cualquiera de los zumos de arándano o el PAC, mayor es la disminución en la fijación bacteriana. Los investigadores concluyeron que este efecto es reversible, y que las bacterias en un ambiente sin PACS o zumo de arándano recuperaran la capacidad de adjuntarse al modelo de superficie.

Los arándanos tienen una larga tradición como medicamentos. Los nativos americanos los utilizaban para el tratamiento de enfermedades de vejiga y riñón.

Los nativos americanos ya los utilizaban para el tratamiento de enfermedades del riñón -ojo al dato- y de vejiga y hoy en día se ha demostrado su eficacia contra las infecciones del tracto urinario. Así pues, cabe señalar a los arándanos como una fruta muy saludable.

Su eficacia contra las infecciones urinarias ha sido descubierta por los doctores Paola Pinzón-Arango, Yatao Liu, y Terri Camesano, del Instituto Politécnico de Worcester, en Massachusetts (Estados Unidos). Partiendo del hecho de que un primer paso que desemboca en una infección del tracto urinario es la adherencia de las bacterias *E. coli* a las células que recubren esta parte de la anatomía, se ha descubierto que una sustancia química hallada en los arándanos, las proantocianidinas (PAC), impiden la proliferación de las bacterias *E. coli* en estas células epiteliales del tracto urinario.

El protocolo llevado a cabo por los facultativos antes citados fue la exposición de las bacterias *E. coli* a una mezcla de zumo de arándanos y también a las PAC y midieron la fuerza de la adherencia entre las bacterias y una superficie de silicio mediante la fuerza atómica microscópica. Las conclusiones señalan que a mayor exposición temporal de las bacterias a cualquiera de los zumos de arándano o el PAC, más se disminuye su fijación.

A pesar de todo, el efecto es reversible y, según la investigación, las bacterias en un ambiente sin PACS o zumo de arándano recuperan su capacidad de adjuntarse al modelo de superficie.



## Las nuevas tecnologías 3D, al servicio de la reconstrucción del riñón

Como sabemos, desde hace ya unos cuantos años y, sobretudo, gracias a las técnicas de cirugía mínimamente invasiva, el uso de la tecnología audiovisual -combinada, por ejemplo con las ya más añejas técnicas de visualización mediante los rayos x- aplicada a la medicina y la cirugía es cada vez más frecuente. En esta tesitura, uno de los últimos avances que han demostrado su efectividad es el sistema de fluoroscopia digital que permite tener, por ejemplo, una réplica del riñón en tres dimensiones con lo que la precisión operativa es mucho más significativa que la que pueda generar una visión bidimensional alto-ancho. Así, un estudio publicado en *Urology* ha demostrado la eficacia del sistema de fluoroscopia digital con reparación en 3D aplicado por primera vez a la urología. Los investigadores del Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, de Cáceres, en colaboración con urólogos del Hospital Ruber Internacional, de Madrid, y del Hospital La Fe, de Valencia son quienes han llevado a cabo el experimento. La aplicación se ha llevado a cabo en animal porcino, cuyas vías urinarias superiores son muy parecidas a las de los humanos. La investigación se ha diversificado en dos vías de análisis: una con obstrucción en la vía urinaria y la otra sin esta característica que han demostrado la eficacia de la fluoroscopia digital con posterior reconstrucción tridimensional a la hora de abordar con éxito un abordaje mínimamente invasivo como la nefrostomía percutánea. El coordinador de la Unidad de Endoscopia del Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón e investigador principal del estudio, Federico Soria, ha indicado las ventajas del nuevo sistema frente al bidimensional. “Se trata de una técnica que, al reconstruir el riñón en 3D, permite determinar el ángulo de punción calicial y completar nefrostomías percutáneas sin complicaciones, una intervención indicada en casos de obstrucción de las vías urinarias”, ha explicado. La confirmación del éxito, un 100 por cien de efectividad en todas las punciones, tanto en riñones dilatados como en los no obstruidos.

### Cien por cien de éxito

Federico Soria, coordinador de la Unidad de Endoscopia del Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón e investigador principal del estudio, señala que, entre las ventajas que presenta esta aplicación respecto a los sistemas bidimensionales, destaca que “se trata de una técnica que, al reconstruir el riñón en 3D, permite determinar el ángulo de punción calicial y completar nefrostomías percutáneas sin complicaciones, una intervención indicada en casos de obstrucción de las vías urinarias”. Así lo han confirmado los resultados del estudio: se ha obtenido un 100 por cien de éxito en todas las punciones, tanto en las realizadas en riñones dilatados, como en los que no presentaban obstrucción. Asimismo, según los autores de la investigación, la técnica también permite programar la intervención en la sala de operaciones, dado que este sistema de fluoroscopia “puede emplearse directamente en el quirófano, garantizando que la punción se va a realizar en la zona de interés”. Un dato a tener en cuenta es que el paciente no cambia de posición entre el momento de la reconstrucción del riñón y la incisión. Por su parte, Federico Soria añade que la reconstrucción de la anatomía renal con mayor detalle y volumen incrementa el porcentaje de éxito, pasando del 85 por ciento en la totalidad de los casos.

## 23-F, un día glorioso

No se asuste el lector ante la afirmación del titular que, a buen seguro, le habrá evocado un momento altamente desagradable de nuestra historia contemporánea. Pero es que no sólo del afortunadamente fallido Golpe de Estado de Tejero y compañía del año 81 (o de la expropiación de Rumasa, que se produjo dos años después) vive la famosa fecha del 23 de febrero, ya trasmutada en las míticas siglas 23-F. No. También ha estado marcada por la gloria y el éxito. Y es así que el 23 de febrero de 1984, los cirujanos Eduard Jaurrieta y Carles Margarit llevaron a cabo, en el Hospital de Bellvitge, el primer trasplante hepático que se hizo en España. El paciente fue Juan Cuesta, a quien los médicos habían pronosticado pocas semanas de vida, así que no dudó en arriesgarse a que le fuera aplicada una nueva técnica quirúrgica, con los riesgos que ello conllevaba. “No nos lanzábamos a la aventura. Lo habíamos preparado mucho. Tanto Margarit como yo habíamos estado formándonos en esa cirugía en 1983, en el extranjero. Había tres equipos muy activos: el de Pittsburgh, en Estados Unidos, en el que estuvo Carles; el de Hannover, en Alemania, en el que estuve yo; y el de Cambridge”, recuerda Jaurrieta, hoy director adjunto de Desarrollo Profesional del Instituto Catalán de la Salud.

que muchas veces se produce después de romperse prematuramente las membranas y otras veces es electivo, con el fin de acabar una gestación con preeclampsia sobreañadida grave o un CIR (crecimiento intrauterino restringido) más o menos grave (Botet, 1994; Davison, 2003; Armenti, 2004; McKay, 2006; Sobanda, 2007). El recién nacido siempre es de riesgo, frecuentemente pretérmino y a veces con crecimiento restringido y con las patologías derivadas de estos problemas.

### CONTROL DEL EMBARAZO

El embarazo en una mujer trasplantada, en concreto la trasplantada renal, es sin duda un embarazo de riesgo elevado, por lo que se necesita un control adecuado por parte de un equipo médico multidisciplinario con experiencia en el tema, formado por obstetras de una unidad de alto riesgo y nefrólogos con experiencia en trasplante. Además, puntualmente se puede necesitar la ayuda de infectólogos e inmunólogos, así como de neonatólogos en el caso que se requiera la interrupción del embarazo en épocas precoces de la gestación.

Las visitas serán en principio quincenales, efectuadas de manera coordinada por ambos grupos: el de obstetras habituales en el control de estas pacientes - especialmente hipertensión, CIR e infecciones - y el de nefrólogos especialistas en trasplante renal. Estas visitas irán orientadas a controlar la evolución normal del embarazo y especialmente las complicaciones descritas, tanto maternas como fetales. La gestante ha de conocer las posibles complicaciones, por si necesita realizar una consulta entre visitas, y ha de tener un número de teléfono a su disposición para hacer consultas a una persona experta. Adicionalmente, tiene que comprobarse la presión arterial de forma ambulatoria como mínimo dos veces por semana mientras esté normal, y diariamente si tiene o aparece hipertensión o preeclampsia sobreañadida. La paciente deberá ser ingresada si es necesario para mejorar el control o establecer el diagnóstico de alguna complicación. Además de las analíticas habituales, se realizará una analítica mensual para controlar la evolución de la función renal, de los niveles de inmunosupresores, de anemia, de electrolitos y de las infecciones más habituales (urocultivo

mensual y control de infecciones víricas). A parte de las ecografías habituales de todo el embarazo (en las semanas 13, 20 y 32-34), se deben realizar otras de forma adicional, incluyendo el estudio Doppler cada cuatro semanas a partir de la semana 20, para poder descubrir si los flujos vasculares placentarios son insuficientes antes de que eventualmente provoquen una reducción en el crecimiento, en cuyo caso se ha de iniciar el estudio de bienestar fetal con la frecuencia necesaria para detectar con tiempo suficiente la aparición de la adaptación del feto a la hipoxia. Este control se realizará con monitorización fetal, ecografía, y sobre todo, con el Doppler, el cual permite detectar, antes de que el feto corra peligro, como se adapta su organismo a la hipoxia maximizando la circulación en el cerebro, en el corazón y en las suprarrenales, que son los órganos necesarios para la subsistencia intrauterina y su integridad posterior. El control mediante Doppler, que es todavía más importante si existe hipertensión, preeclampsia y CIR, nos ha permitido evitar muertes prenatales que, antes de disponer de esta tecnología, se producían sin posibilidad de predecirlas.

En cuanto al tratamiento medicamentoso, se ha de mencionar que la terapia inmunosupresora tiene que ser controlada por los nefrólogos, que son expertos en esta cuestión, aunque los obstetras deberán opinar sobre los fármacos que se han de escoger para evitar efectos adversos en

el feto (en concreto en el caso del mofetil micofenolato y el sirolimus, ya que tienen riesgo de provocar malformaciones). Para el resto, se establecerá el tratamiento con ácido fólico, vitamina B12, yodo, hierro y calcio en las dosis habituales. También se puede administrar eritropoyetina en caso que la madre lo necesite.

En caso de hipertensión arterial, se deberán utilizar los medicamentos habituales durante el embarazo; habitualmente labetalol o metildopa, asociados si es necesario con hidralazina, ambos por vía oral, o si es el caso, por vía parenteral. No se han de usar betabloqueadores, como atenolol, ni los IECA, ni los ARA II, ya que se han descrito efectos nocivos o malformaciones sobre el feto (Hanff i col., 2006; Serreau i col., 2005).

En caso de preeclampsia grave, y sobre todo si aparecen signos de hiperreflexia, se ha de usar sulfato de magnesio a las dosis habituales, aunque con un control estricto de sus efectos tóxicos y sus niveles sanguíneos, especialmente cuando la función renal esté comprometida, mediante la evaluación sistemática de la diuresis, de la frecuencia respiratoria y de los reflejos.

No existe acuerdo sobre la conveniencia de realizar profilaxis de la preeclampsia (sobreañadida o no) y del CIR mediante ácido acetilsalicílico a dosis de 100mg/día desde antes de la semana 15, pero en nuestra opinión, tratándose de casos con un riesgo alto de ambos diagnós-

### CONDICIONES NECESARIAS PARA PODER RECOMENDAR UNA GESTACIÓN EN UNA MUJER CON TRASPLANTE RENAL

- Buena salud general durante dos años post-trasplante
- Sin evidencia de rechazo en los últimos 18 meses
- Medicamentos inmunosupresores a dosis de mantenimiento, si es posible con uno o dos fármacos
- Función renal estable con creatinina <1.5mg/dL
- No o mínima proteinuria
- No o mínima hipertensión
- Sin signos de estasis importantes de vías urinarias
- Con estatura compatible con la gestación

TABLA 4

## La aplicación de bajas temperaturas demuestra su efectividad en el tumor renal

La criablación, que podríamos explicar en términos más comunes como la extirpación mediante técnicas de aplicación de bajas temperaturas, ha demostrado su efectividad en los casos de tumores renales.

“Introducimos las agujas de criogenia en la masa tumoral para aplicar una temperatura de  $-150\text{ }^{\circ}\text{C}$  en el tumor. Una vez destruido, hay que descongelar las agujas hasta los  $8\text{ }^{\circ}\text{C}$  ó  $10\text{ }^{\circ}\text{C}$  para poder extraerlas, y siempre tener cuidado de no dañar al tubo digestivo con el hielo. Sobre la masa criogenizada se administra un compuesto para evitar posibles sangrados. La paciente recibió el alta al día siguiente”. Este relato corresponde a Manuel Fernández Arjona, jefe del Servicio de Urología del Hospital de Henares, de Coslada (Madrid), el centro pionero en España en la aplicación al riñón de una técnica que, hasta la fecha, se había aplicado sobre todo en casos de próstata. Para desarrollar la técnica, los facultativos del centro madrileño han contado con la colaboración del cirujano Franco Lugnani de la Universidad de Trieste (Italia) que, ya en 1990, empezó a aplicar técnicas de criocirugía.

La paciente de la cuál nos habla el doctor Fernández Arjona es una mujer de 41 años que presentaba un adenocarcinoma

renal de 2,3 centímetros, considerado de pequeño tamaño. El tumor se localizaba en el centro del riñón, en el parénquima renal, con lo que la alternativa era una heminefrectomía laparoscópica que implicaba una resección del órgano que hubiera sido mayor que la practicada con la crioterapia.

Si bien la técnica también afecta al tejido sano circundante, consigue preservar el máximo posible funcionante del mismo, sobre todo si se compara con las técnicas convencionales, que suponen la extirpación de parte o, incluso, la totalidad del órgano. Así pues, cabe considerar la crioterapia como una técnica fundamental en aquellos pacientes con un solo riñón, que necesitan conservarlo a toda costa. También puede resultar útil en enfermos jóvenes con tumores pequeños o en ancianos con riesgo de complicaciones intraoperatorias, pues el riesgo de morbilidad es muy bajo.

El principal límite de este tipo de intervención es el tamaño de los tumores: “se aplica hasta los 4 ó 5 cm, pues en tumores mayores se necesitaría una gran cantidad de criogenia y se perdería mucho tejido renal sano. No obstante, es probable que en el futuro también pueda utilizarse en tumores de mayor tamaño, porque de hecho ahora se criogenizan próstatas que tienen unos 40 ó 50 cm cúbicos de volumen”.

## Un atlas cataloga anticuerpos que atacan al injerto renal

Un equipo de la Universidad de Stanford y del Hospital Infantil Lucile Packard, en California, ha descrito una nueva forma de descodificar las señales del sistema inmunitario que causan el rechazo crónico de los trasplantes renales. El grupo de Minnie Sarwal ha diseñado un atlas que mejorará la capacidad de monitorizar el trasplante de órganos y de ofrecer datos sobre los mecanismos de la mala función renal tras el trasplante. Los resultados del estudio se publicaron ayer en Proceedings of the National Academy of Sciences. Los investigadores han diseñado un método para catalogar cada uno de los anticuerpos que atacan a los riñones injertados. “Hemos registrado la evidencia de todos los tipos de ataques del sistema inmune por la comparación de niveles de anticuerpos en 18 receptores de riñones antes y después del trasplante”. Para ello, mezclaron dos sistemas biológicos de búsqueda para comparar las proteínas sanguíneas y analizar más de 5.000 proteínas humanas a fin de poder introducir esos resultados en una base de datos

genética que muestra en qué proteínas están designados los anticuerpos que atacan a los órganos trasplantados. El trabajo abre una puerta a los estudios personalizados que ayudarán a monitorizar a esos pacientes. “Estos resultados permitirán efectuar análisis de sangre no invasivos y nada caros que ayudarán a conocer si un riñón está infectado, tiene rechazo crónico o alteraciones que producirán un mal funcionamiento a largo plazo”. El perfil de anticuerpos individuales es un nuevo aspecto de la fisiología humana que se puede medir de forma objetiva, al igual que los genes. Pero a diferencia de los genes, los anticuerpos pueden cambiar a lo largo del tiempo, un factor que puede mejorar la eficacia de la medicina personalizada. El grupo de Sarwal ha visto que la región más inmunogénica del riñón es la pelvis renal. “La respuesta inmune mayor se ha observado en el córtex y en el glomérulo, las zonas donde se produce una mayor concentración sanguínea y exposición al sistema inmunitario”.

---

---

## IN MEMORIAM

---

---

Doctor Rafael Gutiérrez del Pozo

Desde luego, más allá de títulos y distinciones -que son múltiples- el mejor reconocimiento que puede tener el doctor Rafael Gutiérrez del Pozo, Guti para los amigos, son los testimonios de quienes le han tratado ya sean compañeros de profesión, ya sean sus pacientes. Testimonios que llegan de viva voz o que pueden constatarse con sólo dar una ojeada a esa red universal que es Internet.

Rafael Gutiérrez del Pozo, que ahora descansa en su tierra natal abulense de Madrigal de las Torres Altas -donde, por cierto, se ha propuesto que una calle lleve su nombre-, nos ha dejado a los 55 años de edad. Este referente nacional en trasplante renal complejo, deviene licenciado en Medicina y Urología por la Facultad de Medicina de Barcelona con calificación de sobresaliente, en el año 1978, se doctora en la misma universidad trece años más tarde, con calificación de sobresaliente cum laude por unanimidad tras haber defendido la tesis “Estudio inmunológico, inmunohistoquímico, óptico y ultraestructural del testículo contralateral en la torsión experimental del cordón espermático” (posteriormente, sería director de la tesis doctoral del doctor José Antonio Romero Antón, calificada con sobresaliente cum laude por unanimidad). También en la Universidad de Barcelona ejerce como profesor desde el año 2000. En el momento de su fallecimiento, es consultor del servicio de urología y jefe de la sección de Trasplante Renal del Hospital Clínic de Barcelona.

En otras facetas, ha sido autor, productor y editor de 31 vídeos científicos; investigador principal o colaborador en cinco proyectos de investigación; investigador en 18 ensayos clínicos, en 16 de ellos como investigador principal; autor de 35 publicaciones internacionales y 39 nacionales en revistas especializadas de máximo prestigio; ha escrito 26 capítulos en diferentes libros. También ha dictado 64 comunicaciones internacionales y 279 nacionales, participado en más de 60 mesas redondas y 40 conferencias científicas, de las cuales ha organizado 18. Asimismo, ha sido responsable del Curso de Adiestramiento de Trasplante Renal del Congreso Nacional de Urología desde el año 2000.

Por su contribución al campo de la cirugía, su nombre distingue desde este año al premio anual del Congreso de la Sociedad Española de Urología. Pero el propio doctor Gutiérrez del Pozo ha sido también acaparador de premios -10 en total- por su actividad científica. Cabría destacar el Premio Asociación Española de Vídeo-Cirugía en reconocimiento al vídeo quirúrgico de mayor calidad técnica en urología Técnica de Essed para la corrección quirúrgica de las incurvaciones de pene; el Premio E. Pérez-Castro al mejor vídeo publicado, Vídeo Archivos Españoles de Urología por Tratamiento quirúrgico del carcinoma renal con extensión a la vena cava inferior; Premio Societat Catalana de Trasplantament a la mejor ponencia sobre el tema Normothermic recirculation reduces primary graft dysfunction of kidneys obtained from heart-beating donors; Premio Societat Catalana d’Urologia al mejor vídeo por Transposición de la vena renal izquierda en el síndrome del cascanueces; y segundo Premio Joaquín Albarrán a la mejor comunicación audiovisual por Retrasplante renal de donante vivo sobre prótesis aortoiliaca previa.

Desde ADER nos unimos al dolor de familiares, compañeros y pacientes del doctor Rafael Gutiérrez del Pozo por tan sentida pérdida.

## IN MEMORIAM

---

---

### Cartas de donantes al doctor Rafael Gutiérrez del Pozo

Hola Guti:

¡Que suerte la mía haberte conocido!

Hace tres años, tomé la decisión más importante de mi vida “Donarle un riñón a mi hermana “.

El balance, no puede ser más positivo, ya que una donación es lo más gratificante para cualquier ser humano y porque con ella ganamos todos. El receptor puede recuperar su calidad de vida. El donante también, ya que recupera esa felicidad perdida por el estado de salud de un ser querido y además retoma su vida absolutamente normal. Si a esto le añadimos coincidir con profesionales extraordinarios, ¿qué más se puede pedir?

Quiero expresar mi sentimiento personal de cariño y gratitud hacia ti, que seguro compartimos todos los donantes.

¡Tenemos tanto que agradecerte!

Tuve la suerte de hablar contigo largo y tendido; y esa seriedad, seguridad y humanidad que desprendías, me dio una sensación de confianza y tranquilidad, por lo que aún me resulto más fácil y llevadero el proceso del trasplante.

Sin restarte el protagonismo que te mereces, quiero mencionar a todo el resto de profesionales que también forman parte de esto y que seguro seguirán poniéndoselo fácil a los que vengan detrás.

Te recuerdo como el autor del trasplante.

Te recuerdo serio y humano.

Te recuerdo distante y cercano a la vez.

Te recuerdo con una mirada sincera.

Te recuerdo como alguien que deja huella.

Te recuerdo y te recordaré siempre como alguien muy especial, que de una forma indirecta y al mismo tiempo muy directamente, forma parte de nuestras vidas.

Estarás siempre en mi corazón.

¡HASTA SIEMPRE!

Hoy ha sido un día triste, una despedida desgraciadamente esperada, pero que cuando llega siempre te sorprende y te deja con esa sensación de impotencia y dolor.

Estas líneas son mi pequeño homenaje a un gran hombre, una gran persona y un médico excepcional. Gracias por tus explicaciones, siempre didácticas y fáciles de entender. Gracias por tu paciencia llena de ternura para los que acudíamos a ti desesperados y angustiados. Gracias por tu sinceridad, tu saber hacer y sobre todo por saber escuchar.

En mi vida has dejado una huella imposible de borrar. He vivido tu enfermedad desde sus inicios en un segundo plano, en el anonimato, respetuosa de tu celosa intimidad, pero haciéndola mía. Y es así como quiero darte las gracias. Gracias porque has hecho posible que mi vida y las de muchos otros sigan adelante llenas de esperanza, la esperanza que tú nos has dado.

Gracias, Guti..

## Assemblea General Ordinària d'ADER



© Foto Vidal Pauero

Diumenge 22 de març, a les 11 hores del matí, es va celebrar l'Assemblea General Ordinària d'ADER en virtut de les disposicions dels Estatuts de l'Associació, amb l'ordre del dia següent:

1. Aprovació de l'acta de la darrera assemblea.
2. La lectura de la memòria i gestió de la Junta Directiva.
3. Aprovació de l'estat de comptes.

Tots els punts van ser aprovats per unanimitat.

## El día mundial del riñón se centra en la hipertensión arterial

El pasado día 12 de marzo se celebró el día mundial del riñón. Este año el acto institucional que marcó distintas actividades fue el lema "Tus riñones sufren con la hipertensión". Se trataba de difundir un mensaje a toda la población sobre la importancia de controlar la tensión arterial, cuya prevención y diagnóstico precoz puede evitar sufrir una insuficiencia renal.

Durante la jornada se llevaron a cabo múltiples actividades relacionadas con la problemática de la enfermedad renal.

A nivel de Cataluña cabe destacar las tomas de tensión arterial y pruebas de creatinina de forma gratuita.



# Historia de Vicente Cuartero Cuevas

POR CRISTINA CUARTERO

*Vicente Cuartero Cuevas, 73 años, nuestro padre. Un hombre que empezó su carrera en el año 1977, cuando se le diagnosticó una insuficiencia renal crónica y estuvo 13 años dependiendo de una máquina.*

*Por fin, en el año 1990, llegó para él un riñón, no lo dudó y se trasplantó en el Hospital de la Vall d'Hebrón, y siguió para adelante cuidándose hasta el punto que, a día de hoy, ese riñón sigue funcionando a pesar de que hace 19 años de su trasplante, y después de haber superado una angina de pecho.*

*Pero este año 2009 nadie se imaginaba lo que estaba por venir el día 6 de enero, día de Reyes. Vicente empezó a sentirse mal, tenía un "malestar general" -decía- que en principio no le dio fiebre, pero cerca del mediodía empezó a tener décimas y mi hermana lo llevó al hospital del Vall d'Hebrón, ya que los trasplantados tienen que tener mucho cuidado cuando empiezan a tener fiebre. Al llegar al hospital, la fiebre le había subido y la tensión arterial también. Empezaron a hacerle pruebas médicas y le hicieron una ecografía. Las horas pasaban y a él se le bajó de golpe la tensión, se quedó a tres de máxima, y los médicos intentaban que le subiera mediante fármacos pero no había manera de subir esa tensión, y Vicente tenía que entrar en quirófano porque tenía una colecistitis, es decir una infección muy fuerte en la vesícula que se le había pasado a la sangre. Todos los órganos vitales menos el corazón le quedaron afectados, incluido su riñón que dejó de funcionar, pero los cirujanos insistían en que su vida corría peligro y tenían que operarlo ya, aunque el riesgo aumentaba más, ya que su tensión no era buena para ir a quirófano y Vicente tomaba también Sintrón.*

*Sin ninguna garantía de superar la operación, Vicente fue a quirófano y, después de tres horas de intervención, todo fue bien; pero de ahí fue a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Estaba entubado y sedado, y así se pasó 22 días. Progresivamente, sus órganos, con ayuda de medicación, fueron respondiendo y su tan preciado riñón volvió a funcionar sin tener que hacer ninguna diálisis. Los médicos de la UCI decidieron quitarle el tubo de la respiración y poco a poco Vicente fue recuperándose, aunque nos decían que, habiendo tenido que pasar por esa unidad y dado que estaba tan delicado, se producirían efectos secundarios, y efectivamente mi padre perdió la fuerza de brazos y piernas. Pero con ayuda de la fisioterapia y con la rehabilitación todo se solucionaría, decían los médicos. Vicente subió a la planta 9 del hospital y estuvo allí 3 semanas y, cuando estaba recuperado de la cirugía, los doctores decidieron que era conveniente que culminara su recuperación en el centro sociosanitario de Pere Virgili.*

*En el momento de este escrito, día 4 de marzo de 2009, mi padre se está recuperando muy bien, poco a poco va cogiendo fuerza en las manos y va dando algún pasito; está poniendo mucho de su parte, tiene mucha voluntad, y dentro de poco podrá estar en casa con nosotros. Un beso papá, te queremos mucho.*

# Pilar Rahola: “La intel·ligència, el pensament o l’anàlisi crítica no són a la televisió ni hi han de ser”

PER PAU VALERO



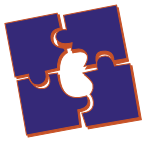
**I ara resulta que un cognom tan català com Rahola és finès... Quantes generacions fa, més o menys, que entra a Catalunya?**

El primer Rahola que tenim en els papers documentats a Catalunya és del 1180 i és de l'Empordà, de Cadaqués. Per tant, es pot dir que els Rahola estiuegem en aquesta localitat des de fa uns mil anys,

ha, ha... Certament, Rahola és un cognom molt clàssic, molt típic a la zona central de Finlàndia i -Rajola-, que cal pronunciar amb la -j- tal com ho faríem si fos en castellà, vol dir “pell d’esquirol”, i era la moneda de canvi medieval a Finlàndia entre els vikings. I venim d’allà, sí, sí... Ara, també és veritat que som una de les famílies catalanes antigues.

**Deu n’hi do! Escolta’m, tu ets moltes coses, periodista, escriptora, política. Ara fas de tertuliana i columnista i moltes vegades la gent que a tu i a d’altres us veu a tants llocs us acusa de voler parlar de tot, de voler saber de tot.**

Jo no sóc tertuliana i columnista, jo sóc periodista. No sé per què



diferències... Això vol dir que estàs implicat en el coneixement de la realitat i en fas anàlisi, ja sigui columnes o debats. I no sóc política. La política no és una professió, com a molt és una transició. He estat durant una època de la meua vida en l'àmbit de la política pública i sóc un ens polític com a persona que pensa, però no crec que sigui una professió, seria un error pensar-ho així. Com a periodista, és evident que jo tinc un coneixement precís de la realitat que altres no tenen perquè jo m'hi dedico. Però, caram! Sempre passa el mateix.

### **A què et refereixes?**

Que aquest comentari que m'acabes de fer només es fa a les dones; jo no sento que es digui, per exemple, que en Baltasar Porcel o en Quim Monzó saben de tot o que en Lluís Foix també i, a més, és a tot arreu. És curiós que quan una dona és tan combativa intel·lectualment i gosaria dir, si em permetes, fins i tot a vegades tan intel·ligent com un home, aleshores passa a ser algú que xerra molt, que sap molt de tot o que és a tot arreu.

### **Ja et puc assegurar que, pel que fa a mi, els trets no anaven cap aquí.**

Ara, és evident que sabem una

*“La política no és una professió, com a molt és una transició”*

mica de tot, encara que això no sigui del tot exacte... Per exemple, jo, d'aquells temes que no domino, intento no parlar-ne. Quan m'obliguen, perquè m'ho demanen ja sigui en Cuní o qui sigui, a parlar d'esports. Sóc una forofa del Barça però no hi entenc un borrall i llavors sempre començo dient: “Jo d'això no hi entenc, ara bé m'ha semblat que ho ha fet fatal.” O bé, tampoc domino l'economia ni la vull dominar, no crec que m'hi veiés capaç. Què faig aleshores? Escolto els economistes i interpreto en funció del que diuen. Però és clar, a diferència d'un metge que treballa només amb medicaments o un forner que treballa amb pa, jo treballa amb la informació tot el dia i òbviament tinc més coneixement de la política i de la societat que una altre persona. M'hi dedico, que és la meua feina.

**En tot cas, on volia arribar era**

**a aquesta presumpta degeneració que des de molts àmbits es denuncia i que veiem als mitjans de comunicació: fixació en allò que s'anomena “món del cor”, debats acarnissats, sang i fetge...**

Joestic convençuda que es confon una cosa: la intel·ligència, el pensament o l'anàlisi crítica no són a la televisió ni hi han de ser. La televisió és visual i fonamentalment és espectacle. Si a més a més, de tant en tant, hi deixes anar alguna idea, això que tens. Però, per exemple, jo, que em moc bé en els tres nivells de comunicació -és a dir la ràdio, la televisió i la premsa- si vull deixar coses amb un cert nivell, les deixo quan escric. No les deixo a la televisió, ni tan sols a la ràdio, perquè també és massa ràpida com a concepte. La paraula escrita és la que pesa, intel·lectualment parlant, la resta són comunicacions una mica més banals. El que hem de procurar és ser tan banals com el mitjà, però amb una mica més de consistència. D'altra banda, no sóc gens crítica amb els programes de cor.

### **Com els defensaries?**

A mi no em molesten, em semblen un divertiment: hi surt qui vol, fa un negoci amb això i la gent ho veu perquè vol. En canvi, sóc molt crítica amb els programes de sang

## SOLIDARITAT

Que Pilar Rahola és una dona hiperactiva -a banda de vehement i combativa- és una qüestió que no s'escapa a ningú i, de fet, el lector d'aquesta entrevista en tindrà alguns exemples. Quan ens trobem, al pati de l'Ateneu Barcelonès, el primer que diu és que no sol acceptar entrevistes per manca de temps, però que ara ha fet una excepció -i això, amb el perill que algú que ha rebut negatives li ho pugui retreure- perquè sempre fa un esforç per col·laborar en aquelles causes en què creu. Com pot ser, entre d'altres, l'objecte social d'aquest butlletí. I, de fet, aquesta excepció la pot contrastar qualsevol lector mitjanament assidu de diaris o revistes o qualsevol espectador televisiu. I no serà per manca de sol·licituds per parlar amb ella, segur. D'això se'n diu integritat i creure amb el que un predica, encara que d'aquests conceptes no se n'estigui omplint la boca tot el dia. Des d'aquí volem expressar-li la nostra gratitud i suport explícit a la causa d'ADER. Tenim més amics que no pas ens pensem.

## EN LES LLISTES D'ESPERA, HI HA UNA DOBLE MIRADA: L'ADMINISTRACIÓ DIU QUE VAN BÉ PERÒ EL MALALT S'ANGOIXA



**Escolta'm una cosa. En la teva etapa a la política, encara que no era un dels eixos de les teves atribucions, vas poder copsar la qüestió de la sanitat?**

No... Com a diputada, acabes tocant una mica tots els temes, però el tema de la sanitat no va ser mai una responsabilitat meua. Malgrat tot, tens una mirada global sobre com funciona tot i jo estic relativament preocupada per la salut del nostre sistema sanitari. Crec que hi ha un esforç per part dels metges per tirar endavant una salut pública mínimament correcta, però, tot i així jo tinc la impressió que en el que seria la sanitat pública... ens va molt bé l'alta sanitat: els problemes gruixuts, greus i importants, a la sanitat pública funcionen com un rellotge; però en el dia a dia, el que seria l'ús de la sanitat quotidiana, és evident que estem en una situació de necessitat de millora molt seriosa. Terminis d'operacions, de consultes importants; períodes d'espera i de dedicació mèdica. Queden tot un seguit d'elements que formen part de la bona salut de la salut pública que a mi em sembla que serien francament millorables.

**I el tema de les llistes d'espera?... Sempre et diuen que va bé.**

Jo crec que en aquest tema sempre hi ha una doble mirada. La de l'Administració és que va bé i, a més, t'ensenyen estadístiques i t'intenten demostrar que no estem pas malament i, potser tenen raó; però la mirada del malalt no és mai aquesta sinó que és que es triga moltíssim, que s'angoixa, que es pateix, que ha de passar molt de temps per la diàlisi i que no hi acaba d'haver un procés àgil. Jo ho estic vivint ara a través d'un amic i pateixes aquesta sensació de solitud i, una mica, d'abandonament, que no ho és perquè ell té les seves diàlisis... Però és evident que tot és com una mica més lent del que hauria de correspondre. És que, la salut pública, la sanitat, és la gran pota de l'estat del benestar, juntament amb l'ensenyament pú-

blic i les jubilacions. I és clar, anem a una situació de crisi, amb un dèficit públic molt important i qui se'n ressenteixen són les tres potes públiques importants. I tinc la impressió que enlloc d'anar a millor anirem a pitjor i que s'aniran privatitzant tots aquests serveis. I és una cosa que m'angunia perquè si el segle XX -desastrós en molts aspectes- es va definir per una cosa bona o dues seria per la conquesta dels drets de les dones i la creació de l'estat del benestar. Em té angoixada la possibilitat que el segle XXI suposi el desmantellament de l'estat del benestar, i la sanitat serà la que patirà primer.

**Tot i amb això, la societat civil potser pot fer alguna cosa, més enllà dels polítics, oi?. Per exemple, en el tema dels trasplantaments.**

La societat civil, el primer que ha de fer és conscienciar-se que el trasplantament és fonamental. I llavors formar part d'aquesta cadena que se'n diu de solidaritat però que jo en diria d'obligació, de deure moral i social. De responsabilitat cívica perquè tothom pot ser un dia trasplantat del que sigui. Diria que en malalties d'aquestes que són tan fonamentals i afecten a tanta gent, tot el ciutadà s'hauria d'adonar que ell pot ser un malalt. Per exemple, tots som malalts de ronyó perquè tots tenim algú que ho és o en som potencials malalts en el futur. Si hi penséssim, tots seríem donants i, en canvi, ens costa molt.

*“Tots seríem donants si penséssim que tots som malalts de ronyó, perquè tots tenim algú que ho és o en som potencials malalts”*

**I per què?**

Jo sóc de l'opinió que té a veure amb el poc que pensa la nostra societat en la mort. Vivim d'esquenes a la mort, és un concepte que neguem, amb el qual no ens tutegem ni parlem i, per tant, planifiquem molt poc el que passa després de la mort. I després, quan se'ns mor algú, si no ha deixat escrit que vol ser donant també ens costa. Hi ha molts atavismes; molta por, gosaria dir. Penso que la pregunta inicial és molt clara de respondre. Què pot fer la societat civil? Ser donant. És que no hi ha gaire més!. Però no pensar-s'ho ni dos dies i tenir clar que és que ell o ella pot ser demà el receptor d'aquest òrgan.

i fetge, em repugna veure la mare d'un nen assassinat parlant del seu dolor a televisió. Això em posa molt nerviosa. A mi em preocupa més la premsa negra que la groga o que la rosa. Em deixes dir-te una cosa?

### **Sí, és clar**

Mira, el paradigma del que a mi em repugna és l'entrevista aquella a una nena de catorze anys parlant del presumpte assassí de Marta del Castillo. Jo vaig escriure un article a La Vanguardia, molt dur, sobre el tema i, a més, interpel·lant una bona amiga meva que és l'Ana Rosa Quintana. Jo li deia, "Ana Rosa, no hi va haver algun moment en l'entrevista en el qual vas pensar: què estic fent?, obligant una nena de catorze anys a sortir en -prime time- a la televisió a parlar del seu nòvio, que és un presumpte assassí d'una altra noia." És un punt de bogeria i de manca de moral, diguem-ne televisiva i, per tant, personal, que veritablement m'impressiona. Jo conec l'Ana Rosa, que és una persona molt maca i, per això, encara em faig més la pregunta perquè és evident que és una persona amb conviccions.

### **I, llavors?**

Llavors, què falla? Falla el mitjà. Ha arribat un punt en el qual ens pensem que tot s'hi val en televisió si es fa amb una pàtina de rigor. I no és veritat; tot no s'hi val. També la televisió, que és el més frívol dels mitjans, té unes regles que no es poden vulnerar i una nena de catorze anys entrevistada parlant d'un assassí de cap manera pot ser acceptable. Amb aquestes qüestions sí sóc rotundament i militantment crítica. Són imatges perverses que no vull comprar encara que venguin molt. I aquí sí que em sembla que els controls haurien de funcionar. La televisió malvada és la que menteix en un informatiu, la que juga amb el do-

lor d'un pare o furga en la mort. No és el cul del Boris Izaguirre o els amors de la Pantoja. Això són bajanades, la resta és tràgica.

### **Sí, realment no es poden comparar els plantejaments.**

Però la tendència de la televisió cap la frivolització, que hi és, també forma part de la lògica de les coses. Quan la gent vol pensar molt, compra un llibre; quan vol pensar una mica menys, llegeix un article, i quan es vol relaxar, mira la tele, i no hi hem de buscar una altra història. D'altra banda, jo tinc una experiència com és la d'Els matins amb Josep Cuní on hi ha molta dosi d'implicació i de compromís públic i amb el rigor, i funciona. I m'hi sento còmoda. En altres casos, en programes en què he estat i que no tenien aquest rigor, no m'hi he sentit bé i he deixat d'anar-hi.

### **Amb el Josep Cuní, però, us passeu el dia barallant-vos.**

Sí, perquè en Josep i jo, sense estar una cosa buscada ni guionada, som dos animals dialèctics i ens agrada el debat i tenir raó. Som dues persones, si se'm permet,

*"Hem substituït el pensament per la consigna, el debat per la pancarta i la idea pel dogma de fe"*

crec que força informades del que parlem i que no parlem del que no sabem. Ja fem trampa amb això: no és que sàpigues de tot, és que parles del que saps. Però els dos tenim opinió sobre les coses i, a vegades, no hi estàs d'acord. I a diferència d'altres persones que davant el Josep s'arronsarien, jo no callo i sóc una mica descarada. I descarada jo, descarat ell, tenim

unes trifulques considerables, ha, ha... A vegades, fins i tot ens hem enfadat, eh? Hi ha hagut algun dia que he sortit d'allà dient: "Avui potser se te n'ha anat una mica la mà, eh, Cuní?" Això parteix del respecte mutu i de l'estima que ens tenim i també de saber-nos un independent de l'altre, perquè ambdós podríem prescindir-ne. Això ens fa molt lliures.

### **Vosaltres no teniu res al guió, com em deies, però, en aquests programes, així més de xerino-la, com Crònica Marcianas, les baralles, són de veritat o hi ha muntatge?**

Et puc ben assegurar, en aquest cas pel coneixement profund que jo tinc del Crònica i del Xavier Sardà, que mai es va preparar una baralla. Però, és clar, si agafes dues persones que no es poden veure, que tenen posicions contràries, que tenen sang a les venes i els poses davant d'una càmera, està garantida la baralla. És a dir, a vegades no és incloure al guió la baralla sinó buscar les persones que saps que no s'entendran. Per cert, deixa'm afegir que al Crònica m'hi vaig divertir molt. Va ser un programa de nits, sense cap altra voluntat que entretenir la gent, i que va crear un nou llenguatge televisiu. Això no vol dir que a en Sardà en algun moment se li en va anar la mà, i jo això li he dit. Però globalment el programa tenia molta gràcia.

### **A més, potser aquesta frivolització televisiva de què parlàvem sigui també un reflex de la nostra societat...**

Jo crec que li dones molta importància a la televisió. Tu creus que la televisió marca la vida de la gent?

### **De molta gent, sí.**

Nooo, de cap manera. La televisió, com a molt, marca una part de l'oci de la gent, no la vida. La

prova és que quan les enquestes, ja sigui del CEO o del CIS, pregunten sobre les preocupacions de la gent, la televisió no hi surt. A la gent l'amoïna l'atur, la seguretat, la credibilitat política, la justícia... La televisió no hi surt! És un tema del qual parlem molt però que ens preocupa molt poc. La gent veu el que veu, el que li dóna la gana i el que la diverteix, i la televisió no és una font d'educació, qui pretengui que s'ha d'educar o deseducar per la televisió, té un problema. La televisió és només una eina per jugar.

**L'educació i l'ensenyament, per cert, temes sobre els quals t'he sentit ser molt crítica, també i relacionats amb ells, certes actituds dels nostres joves.**

Bé, no sé si ser crítica amb els joves o amb la generació anterior que ha deixat aquests joves. Però a mi m'inquieta la crisi d'autoritat que es produeix en la nostra societat i que tipificaria en un menyspreu al mestre, en un menyspreu al pare o la mare, un menyspreu a la policia, al representant públic. És a dir, aquesta mena de "passotisme" institucionalitat, que fa que qualsevol minimitzi la importància d'un mestre o un jutge o un polític, fins i tot. El matís seria que no és una postura crítica per part dels joves sinó que és una crisi d'autoritat. D'autoritat democràtica!, de respecte ciutadà, és en el fons aquesta crisi. Opino que ens hem equivocat molt, especialment en l'ensenyament: vam desposseir el mestre de l'autoritat que tenia a l'aula i aquest desposseïment ha anat produint un desposseïment global. Hi va haver un dia que vam decidir, per exemple, que el mestre no podia estar a dalt de la tribuna perquè havia d'estar a la mateixa alçada que l'alumne.

**Pèrdua de valors jeràrquics, vaja...**

Sí, i aquí ens vam equivocar perquè el mestre no ha d'estar a la




mateixa alçada i el respecte ha de ser profund. Com també ho ha de ser, és clar, amb un metge o un representant públic. Després es podrà criticar una acció concreta però globalment hi hauria d'haver uns conceptes. Però, és clar, en aquest procés d'instaurar a tot arreu allò políticament correcte ens hem carregat els conceptes d'esforç, estudi, memòria, autoritat i hem fet una mena de política educativa 'Bambi' on tots som amiguets, en plena selva i cantant cançons, i hem pres mal.

**I aquí, és clar, potser ens hem desviat del rumb, no?**

Sí, la meua anàlisi seria que tenim una joventut d'una banda molt descreguda pel que fa els mecanismes de representació democràtica, una part de la qual s'ha fet molt anti-sistema (especialment a Barcelona i a Catalunya, globalment). I després la tenim molt desvinculada de moltes coses que són molt importants. Al final, la societat i la civilització són quatre coses. És saber conviure, tenir uns criteris de ciutadania, tenir responsabilitat ciutadana, tenir conviccions morals i tenir un respecte. Si tot això et falla,

no tens futur però sobretot no tens present. En aquest sentit, jo estic preocupada, relativament, i fins i tot estic una mica ocupada. Vull dir que n'escric i en parlo d'això.

**També et queixaves que sembla que el jovent funcioni per consignes.**

No només la gent jove, eh? Pense que la societat ha perdut una part molt important de la seva capacitat de pensar. De fer-ho col·lectivament, com a societat; de tenir un cervell col·lectiu i de tenir pensament crític, i el que tenim ara és gent que crida molt, que aixeca moltes pancartes i moltes consignes però que, en realitat, no ha elaborat un pensament. Hem substituït el pensament per la consigna, el debat per la pancarta, i la idea pel dogma de fe. Per exemple, quan jo intento analitzar en un article alguna cosa una mica crítica, el meu interlocutor molt sovint no té arguments, com a molt té desqualificacions: mata el misatger. I això és terrible perquè a mi m'agradaria contrastar amb argumentacions i això passa poques vegades. 

## ADER, amb ritme



© Foto Dolores Bañón

El dissabte 14 de març, ADER va organitzar un d'aquests esdeveniments que sempre serveixen per fer pinya. I, en aquest cas, programat per a tots els públics, ja que va començar a dos quarts de set de la tarda.

L'acte va consistir en un animat ball, amb l'actuació de "Mimish" i el seu xou "Aires del desierto", una ballarina que a més de fer una bonica exhibició de dansa aràbiga (dansa del ventre), va aconseguir que els participants moguessin l'esquelet durant una bona estona. De fet, només es demanava això: ganes de passar-ho bé. A banda, s'oferia un excel·lent berenar-sopar, el laborat per la sòcia d'ADER Maria del Carmen Saldaña, complementat amb cava i refrescos i, és clar, també música per a tots els gustos. 🎵



© Foto Dolores Bañón



© Foto Dolores Bañón



© Foto Dolores Bañón

## ADER visita Tarragona i les Terres de l'Ebre



© Foto Dolores Bañón

**T**arragona i les Terres de l'Ebre, amb visita a Miravet -població d'actualitat no fa gaire temps perquè va ser allà on es va 'cuinar' el nou Estatut de Catalunya- han estat els destins de la darrera excursió proposada per ADER.

La pluja i el mal temps van marcar la sortida però, com diu la dita "al mal temps bona cara", -i ganes que hi havia: es van necessitar dos autocars!.- I aquesta va ser la que van posar els 95 socis des de les nou del matí del dissabte 28 de març, dia i hora en què s'iniciava el desplaçament. En arribar a Tarragona i després d'una visita per la ciutat en el tren turístic, tot recorrent el passeig de les Palmeres des de l'amfiteatre romà, pel port, la catedral, el Serrallo, les muralles, l'antic hospital de Santa Tecla, que va acabar a la Via de l'Imperi Romà, l'expedició es va traslladar a l'hotel, situat a la Pineda de Salou. Un cop instal·lats, els expedicionaris van aprofitar la tarda visitant el Tastaverd de

Riudecanyes, una fira oberta al carrer on es poden veure les parades dels comerciants locals i també mostres d'artesanía o pintura, així com diferents tallers i exhibicions. Els que es van abstenir, van poder gaudir del relax aquàtic en les diverses formes que oferia l'*spa* de l'hotel.



© Foto Josep Ortega

En tornar a l'hotel, un bon sopar va minvar la gana generada per les caminades, i un ball final va alegrar les darreres hores abans d'anar a dormir.

Diumenge, la cita era a Miravet. Allà, es va dur a terme la visita guiada a la població, Castell in-



© Foto Ramon Conesa

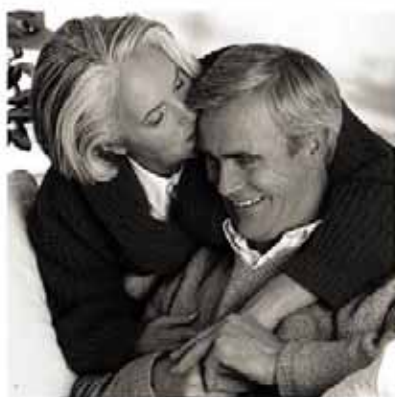
clòs, encara que les forces d'alguns van mermar i no tothom es va decidir a pujar a dalt de tot.

Un menú típic a Mora la Nova conegut com "la clotxa", va cloure l'estada del cap de setmana. Després del dinar i la sobretaula, tots a l'autocar i cap a Barcelona.

Cal agrair especialment el suport de Ramon Gallo i Josep Ortega, que van col·laborar activament en alguns aspectes que van contribuir a l'èxit de l'excursió, i també a tots els participants que, com dèiem abans, van mostrar la millor actitud malgrat les inclemències. 🇪🇸



© Foto Dolores Bañón



MÁS CERCA DE TI

[www.opcionrenal.com](http://www.opcionrenal.com)

VIVIR BIEN CON SU  
OPCIÓN RENAL



## ADER, present al 2n Congrés del Tercer Sector Social de Catalunya

El Segon Congrés del Tercer Sector Social de Catalunya ha comptat aquest any amb la presència d'ADER, que va estar representada pel seu president, el senyor Maties Ponsa. Els dies 26 i 27 de març, i sota el lema *Un sector al servei de les persones*, el congrés ha servit per fer una reflexió col·lectiva sobre els valors, els reptes i les oportunitats del tercer sector social català.

En el congrés han participat més de 1.300 persones, en representació d'entitats no lucratives. Hi ha hagut 32 taules temàtiques, quatre col·loquis, dues conferències (inici i cloenda) i una àgora en què s'han presentat 70 experiències.

El Tercer Sector Social de Catalunya acull prop de 7.500 entitats, 250.000 voluntaris, i 100.000 persones contractades que ofereixen assistència a més d'un milió de persones i que representa un 2,8 % del PIB català.



## ADER i el Dia Nacional del Trasplantament



Maties Ponsa (president d'ADER) i Martín Manceñido (president de la Federación Española de Donantes de Sangre).

Per segon any consecutiu, el dia 25 de febrer -darrer dimecres d'aquest mes, data fixada per a la celebració des de l'any passat va tenir lloc el Dia Nacional del Trasplantament. Impulsat per la Federació Nacional de Malalts i Trasplantats Hepàtics (FNE-TH), com a membre del comitè organitzador, ADER va estar representada pel seu president, Maties Ponsa. També hi van participar la Federació Espanyola de Trasplantats de Cor (FETCO), i Fibrosi Quística.

Va obrir l'acte -que, va congrega una multitud de gent força important al saló d'actes del Ministeri de Sanitat i Consum- el director de Teràpies Avançades i Trasplantaments, Augusto Silva González, i va cloure'l l'anterior ministre de Sanitat Bernat

Soria. A proposta de Maties Ponsa, en el transcurs de l'acte, es va fer una distinció especial de la Federació de Germandats de Donants de Sang en reconeixement a la seva valuósíssima aportació als trasplantaments. Concretament, un 12% de litres de sang extrets a la població són destinats a aquesta causa.

# Un viatge de 150 anys a través del temps en 300.000 fotografies

## EL CENTRE EXCURSIONISTA DE CATALUNYA CELEBRA ELS CENT ANYS DEL SEU ARXIU FOTOGRÀFIC POSANT-LO A DISPOSICIÓ DEL PÚBLIC

La Barcelona de principis del segle passat, els primers viatges a països exòtics d'Àsia o Llatinoamèrica, els pioners de l'esport i moltes altres possibilitats són a l'abast de tothom a l'Arxiu fotogràfic del Centre Excursionista de Catalunya.

Aquest any, l'Arxiu celebra els seus primers cent anys i, per aquest motiu, ha volgut posar a disposició de qui hi estigui interessat les més de tres-centes mil fotografies que el componen, amb temàtiques tan suggeridores com les abans esmentades. Si l'Arxiu té cent anys, hem de tenir en compte que hi ha fotografies que voregen els cent-cinquanta.

A més, el visitant també pot veure-hi estris d'època relacionats amb la fotografia o curiositats com les fotografies estereoscòpiques -és a dir en relleu- o altres procediments fotogràfics dels primers anys de la fotografia.

Durant tot l'any, el CEC ha programat un seguit de conferències de lliure accés sobre el tema. D'altra banda, per a visitar l'arxiu cal trucar entre les 9.30 i les 14.30 hores o bé de les 17.30 a les 21.00 hores al telèfon 93 315 23 11. La seu central del CEC és al carrer Paradís, 10, de Barcelona.

Com vegeu, acompanyem aquest suggeriment amb un seguit de fotografies que hem seleccionat per a il·lustrar-lo. I si voleu, en teniu més a l'adreça [ftp2.cec.cat](http://ftp2.cec.cat). En clicar-la, us apareixerà un quadre que us demanarà un nom d'usuari. Heu d'escriure "arxiufotografic" (així, seguit i sense accent, tal com manen els cànons de la informàtica). A sota, veureu que es demana una contrasenya. És "centenari". Quan hi entreu, heu d'anar a la carpeta "Fotografies arxiu CEC" i allà veureu tot un seguit de fotografies a més d'un arxiu d'excel on s'identifica cadascuna de les instantànies. En altres carpetes de la mateixa adreça trobareu, també, dades bàsiques del CEC i altres documents.



## Premio Fundació Laporte



La Fundació Josep Laporte premià la labor de Ader.

El pasado día 21 de abril se celebró en el edificio de Casa Convalescència (Barcelona) el 10º Aniversario de la Fundació Josep Laporte. El acto se concibió como un agradecimiento extensivo a las entidades y organismos que han colaborado con la Fundació Laporte esta última década.

El evento contó con la intervención de personalidades e instituciones que han impulsado y apoyado este proyecto novedoso en el campo de la salud y ciencias de la vida desde su creación.

Asimismo se celebró, conjuntamente, el 5º Aniversario del Foro Español de Pacientes, el 3º aniversario del Fòrum Català de Pacients y el 3º aniversario de la Universidad de los Pacientes, todas ellas iniciativas ligadas a la Fundació Josep Laporte.

En el marco del mismo acto se entregaron los Premios “Conocimiento y Pacientes”, como reconocimiento a la labor de aquellos profesionales y personalidades destacadas en la mejora de la calidad en la atención sanitaria a los pacientes.



El presidente de Ader, Maties Ponsa, fue distinguido con un premio a la formación que otorgaba la Fundació Josep Laporte.

# 52 Aniversario de la primera hemodiálisis

## LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO ACOGE LA CELEBRACIÓN DEL 52 ANIVERSARIO DE LA PRIMERA HEMODIÁLISIS EN ESPAÑA

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao congregó a un nutrido grupo de especialistas de diversos ámbitos relacionados con la cuestión de la insuficiencia renal a fin de conmemorar el 52 aniversario de la primera hemodiálisis efectuada en España. El acto, celebrado el 25 de febrero, tuvo como marco el salón de actos Doctor Areilza.

El encuentro fue impulsado por la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (SEDYT), la citada Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la Academia de Enfermería de Vizcaya, la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), la Sociedad Internacional de Hemodiálisis, el Igualatorio Médico Quirúrgico, Oskidetza, i el departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

En el transcurso del acto, se hizo entrega de la Medalla Aniversario Eguzkilore de la Hemodiálisis, que concede la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante, a los doctores Juan Carlos Anitua, Fernando Cabrera, José Antonio Chacón, Juan Rodríguez-Soriano, Alfredo Vallo, y la señora Rosa Lavari. El acto ha tenido el reconocimiento de la Agencia Europea 2009 en base a su condición de iniciativa creativa e innovadora.

Asimismo, también se presentó la conferencia magistral de Francesc Maduell, del Hospital Clínic, “Una nueva prescripción de hemodiálisis”.



# El Departament de Salut presenta el Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció al Pacient Nefrològic

El dia 9 de febrer, a la sala d'actes del Departament de Salut es va presentar el Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció al Pacient Nefrològic. L'acte va ser inaugurat per la consellera Marina Geli que, per començar, va fer esment de les 7.500 persones que hi ha actualment a Catalunya amb insuficiència renal i també dels dos decrets del Govern de la Generalitat per millorar la situació d'aquests pacients, a fi que assoleixin una "correcta atenció qualitativa", tal com va remarcar. Per exemple, entre les mesures a prendre, va anunciar la difusió d'una "campanya cultural que faci dir 'per què no sóc donant?'" o, el què és el mateix, que faci reflexionar la població sobre les raons per les quals, malgrat que les xifres indiquen que Catalunya gaudeix de bona salut en la matèria, no en té encara més, a partir dels mecanismes per incidir en la decisió personal i intransferible de l'individu.

A continuació, va prendre la paraula Alberto Martínez Castela, del Servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari de Bellvitge i president de la Societat Espanyola de Nefrologia, amb una xerrada titulada *L'evolució de l'atenció al pacient nefrològic: 50 anys després de la primera diàlisi*. Curt es va quedar -encara que, lògicament, les xifres, cal arrodonir-les- Martínez Castela perquè, com ell mateix va aclarir, en realitat de la primera diàlisi ja en fa 52, d'anys.-! És a dir, l'èxit encara és més gran. En qualsevol cas, Martínez Castela va explicar l'evolució de les tècniques terapèutiques sobre la insuficiència renal incidint en la qüestió de que totes han contribuït a la millora dels protocols. "Ara, -va assenyalar- el repte és: cap on anem?" i així va subratllar la necessitat d'una diagnòsi precoç de la malaltia per millorar l'atenció als malalts.

La coordinadora de les àrees mèdiques de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Elvira Fernández, va prendre el següent torn de paraula amb *El registre de malalts renals de Catalunya: Evolució històrica*, per destacar "l'honor que suposa que el registre català de malalts de ronyó sigui un referent a l'Estat espanyol". Així, va recordar que "és

un registre poblacional de notificació obligatòria que vetlla per preservar les dades i oferir una adequació al malalt i a les noves necessitats". Posteriorment, va fer un repàs a la història que ha marcat l'evolució del registre esmentat des de 1992.

Després, Josep Fusté Sugranyes, de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut va defensar, tot parlant del pla que centrava l'esdeveniment, la necessitat de potenciar la prevenció i de millorar l'efectivitat i accessibilitat del pacient.

La darrera exposició va correspondre a Josep Maria Galceran Gui, de l'Hospital Sant Joan de Déu, de Manresa, amb el títol *Les tendències de futur en l'atenció al pacient nefrològic*. Galceran va començar palesant les dificultats de parlar sobre el futur encara que va remarcar que la qualitat de l'assistència és, ara com ara, bastant bona. "Tot i amb això no tot es fa bé i cal identificar els punts febles", va afegir. Per exemple, va incidir en la manca de centres de diàlisi en algunes zones del país o en la necessitat de reduir el temps d'espera en trasplantament, "cosa que seria més fàcil amb més programes incentivadors de la donació en viu". Alhora, va posar sobre la taula la utopia contra la realitat: "Volem potenciar la diàlisi peritoneal però la realitat diu que la gent prefereix anar als centres. Hem de lluitar per decidir el model que volem." Així mateix va posar el dit a la nafra tot fent avinent que "la diàlisi potser no és la solució per a tothom. Hi ha gent molt gran que potser veuria solucionats els seus problemes amb una atenció sanitària domiciliària". I, en tot cas, va fer una defensa de les polítiques de prevenció. I també va donar un toc d'alerta: "Avui anunciem una eina molt útil, però hem d'avançar cap un pla estratègic de l'assistència sanitària." Alhora, va afegir una crítica en el sentit que "el referent és Europa i la política espanyola de centralització de dades no serveix. El problema té el seu origen a l'any 1998, quan es va descentralitzar la sanitat, però també va ser llavors quan ens va quedar aquesta rèmora".

Ens hauria agradat, reproduir en aquestes pàgines el Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció al Pacient Nefrològic, cosa del tot impossible donada la seva extensió (98 pàgines). Qui el vulgui consultar, pot fer-ho via Internet, a l'adreça <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/nefropla07.pdf>.

**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



## Reiki

**Servei:** Gratuït  
Truqueu a ADER  
tel. 93 440 88 00



## Assistència Laboral i jurídica

**Dies de visita:** a convenir  
**Horari:** a convenir  
Cal concertar visita prèviament  
Truqueu a ADER  
tel. 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



## loga

**Dies de visita:** dimarts  
**Horari:** de 9.30 a 11.00 h  
**Preu:** 7,21 euros/mes



## 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



## 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



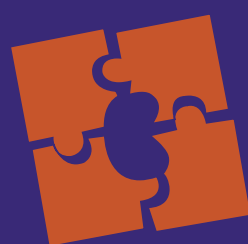
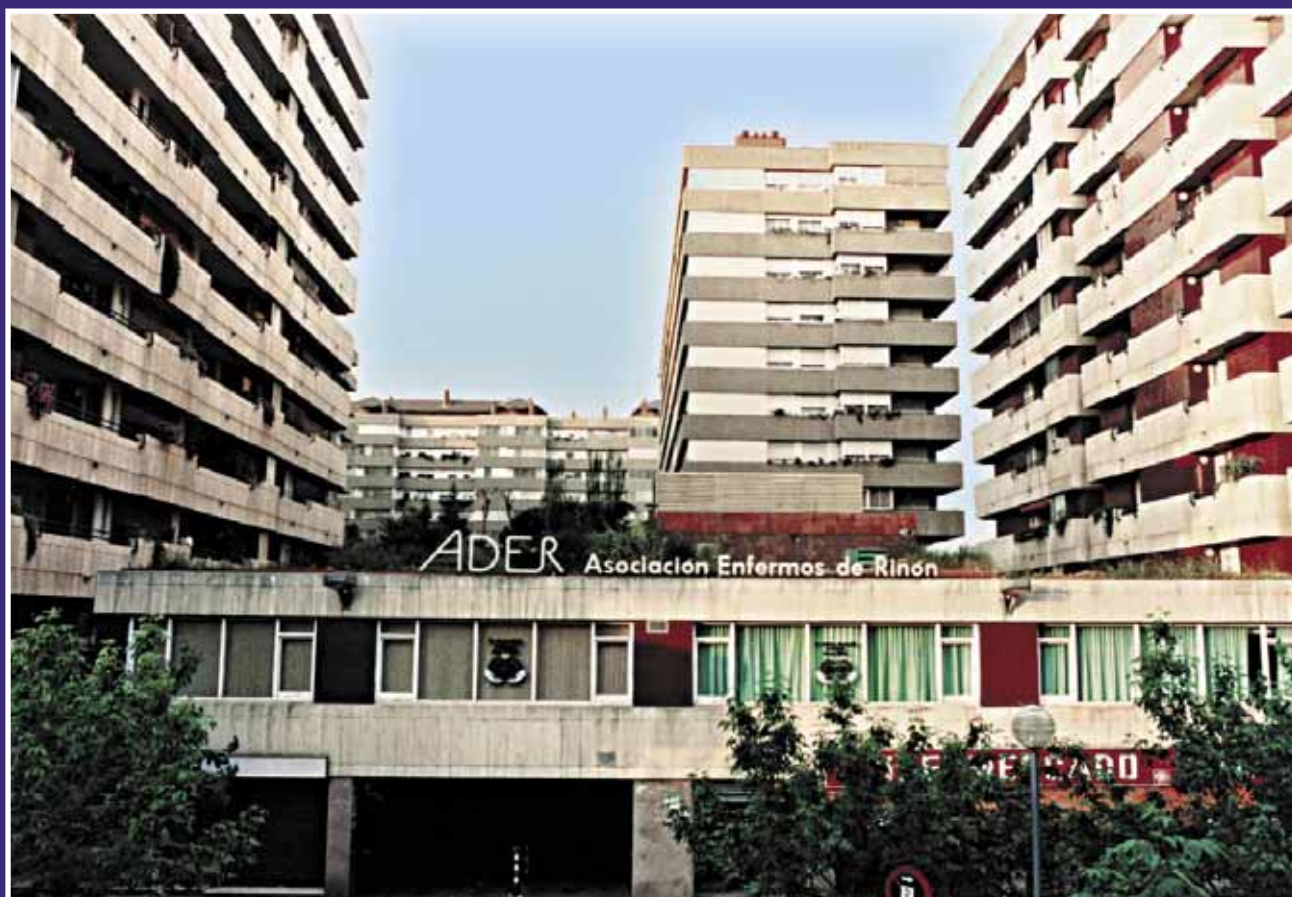
## Altres Serveis

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

DEMANEU INFORMACIÓ AL CENTRE



Pintor Tapiró, 4 · 08028 Barcelona  
Tel. 934 408 800 · Fax. 933 337 070  
e-mail: [ader@aderrenal.org](mailto:ader@aderrenal.org)  
[www.aderrenal.org](http://www.aderrenal.org)



ader

Associació de  
Malalts del Ronyó

**C./ Pintor Tapiró, 4 - Barcelona**  
**Tel.: 934 408 800 - Fax. 933 337 070**  
**e-mail: [ader@aderrenal.org](mailto:ader@aderrenal.org)**  
**[www.aderrenal.org](http://www.aderrenal.org)**