



ader

Revista de l'Associació de Malalts del Ronyó

105

Desembre 2011
www.aderrenal.org

Bon Nadal
i Felic 2012

35 anys
d'ader

De la *Marató de TV3* al homenaje a los fundadores de ADER, 35 años después

Este año, y cabe nuestra enhorabuena a todos los que han hecho posible dicha iniciativa, el 18 de diciembre, estaremos pendientes de la tradicional *Marató de TV3*, que en esta edición se dedica a "*regeneración y trasplante de órganos y tejidos*".

Sin duda, ésta es una gran noticia, pues la proyección que tendrá una de las razones de la existencia de ADER -y, por supuesto, de otras asociaciones parejas- tendrá una difusión única. Es necesario seguir enviando este mensaje a la población, si tenemos en cuenta, la necesidad que existe de órganos y tejidos para disminuir las listas de espera y conseguir mejorar nuestra calidad de vida.

No hay que decir que será menester aprovechar el impulso que una circunstancia como la mencionada supondrá para la causa. La oportunidad es demasiado grande como para dejarla escapar. Debemos pensar que el impacto será, precisamente eso: un impacto que a su vez, debe ser como una semilla que se debe cultivar. Porque si no se hace, la resonancia del mismo irá perdiendo fuerza y el camino andado, de golpe se desandarará.

Oportunidad que, por cierto, nos remite a aquellos pioneros de esta asociación. Y es que ADER **acaba de cumplir** sus primeros 35 años -en el próximo número, dedicaremos un amplio reportaje a evocar sentimentalmente, pero también desde un punto de vista pragmático, este cuarto de siglo +10.

Ahora hace 35 años, un grupo de afectados por diversas y graves disfunciones relacionadas con la patología renal decidió que había que utilizar el momento de explosión de libertades democráticas y reivindicaciones para hacer llegar a la población una problemática que necesitaba de muchas atenciones.

Siempre vienen la memoria una palabras de José Antonio Coterillo, uno de los fundadores de ADER, explicando que había que hacerlo porque, si no "nos moríamos". Así, textualmente. Y de ese arrojito, no sin dificultades, nació esta asociación, siempre dedicada a luchar, a poner en jaque si era necesario, a las administraciones, para mejorar las condiciones de vida de los enfermos renales. Hoy, aunque la lucha continúa, ADER se ha constituido en un verdadero interlocutor, respetado y escuchado por la administración, médicos, laboratorios y demás. Por ello, cabe dar las gracias a aquellos pioneros.

Y el tiempo avanza y las caras cambian. Una de las nuevas, recientemente en su puesto, es la del doctor Pere Àngel Montserrat, que sustituye a la doctora Rosa Deulofeu al frente de la OCATT. Evidentemente, en este número de nuestra revista ofrecemos unas pinceladas de su perfil biográfico para que nuestros lectores conozcan un poco al futuro máximo gestor de la materia que nos interesa a todos. En cualquier caso, sabe ya, desde este primer momento el doctor Montserrat que desde ADER recibirá todo lo que necesite para cualquier contribución a la mejora de la calidad de vida de los enfermos renales. Y, claro, también deberá comprender que seamos sus mayores críticos en aquellas cuestiones que nos lleven a la discrepancia.

JUNTA DIRECTIVA**PRESIDENT**

Antoni Tombas Navarro

VICEPRESIDENT 1r

Josep Maria Nadal Lozano

VICEPRESIDENTA 2ª

María José Legaz Martín

SECRETARI GENERAL

Jordi Molina Coral

TRESORER

Sr. Lluís Surós Batlló

VOCAL

Sr. Matias Ponsa Saladich

VOCAL

Sr. Àngel Serra Romero

VOCAL

Sra. Maria Teresa Biosca de Sagastuy

DESPATX ADERTeresa Boldú
CoordinadoraMaría Jesús Rodríguez
Secretaria

ADER Boletín de la Asociación de Enfermos de Riñón de Catalunya - núm. 105
Redacción y administración:
Calle Pintor Tapió, 4 - Barcelona
Tel. 934 408 800 - Fax. 933 337 070
e-mail: ader@aderrenal.org
www.aderrenal.org

Fotografies:

Portada: Shutterstock
Pàg 5 Shutterstock
Pàg 10-11 Shutterstock
Pàg 12 Nephro Care
Pàg 13-15 Shutterstock
Pàg 16 Vidal Paunero
Pàg 17 Shutterstock
Pàg 19 Shutterstock
Pàg 20-22 Josep Mª Martí, Gabriel Benito, Maria Alborch, Rosa Fortuny, Josep Gené
Pàg 26-29 Josep Mª Martí, Gabriel Benito, Maria Alborch, Rosa Fortuny, Josep Gené
Pàg 30 Shutterstock

Autoedición e impresión: GRAM s.L.
Nº de depósito legal: 13267-1981
El Boletín ADER no participa necesariamente de la opinión de sus colaboradores, siendo ellos mismos los responsables de ella.
El Boletín ADER agradece todas las colaboraciones enviadas a la redacción.

5 **MEDICINA**
Cómo conservar la salud de los huesos cuando se ha recibido un trasplante renal

9 **NOTÍCIES**
Diagnosís y expectativas de futuro de la insuficiencia renal

NephroCare Glòries, a la búsqueda de un nuevo concepto de centro de diálisis

Daño renal vs. patologías del corazón

Un 6,8 por ciento de la población tiene una enfermedad renal oculta

El control estricto de la presión arterial, motivo de debate en el caso de pacientes con ERC

Nuevo director de la OCATT

ADER lliura una placa de reconeixement a Rosa Deulofeu en el seu comiat de l'OCATT

El trasplante demanda una mejora en la formación de los jueces

The Lancet aconseja que cada país de la UE consiga suficientes órganos para no depender de terceros

¿Adiós a los inmunosupresores para los trasplantados renales?

19 **IN MEMORIAM**

20 **LA MEVA PÀGINA**
Galícia

Antonia Navarrete

Josep M. Viadero

24 **L'ENTREVISTA**
Isabel-Clara Simó : "Em motiven el comportament humà i la creació de mons possibles"

26 **ACTIVITATS**
Una semana en Galicia

30 **INFORMACIÓ**
Deducciones por mejora en la vivienda habitual

32 **ESTADÍSTIQUES**
Rosa Deulofeu se'n va encertant les seves prediccions

33 **PASSATEMPS**
Màrius Serra

34 **SUBSCRIPCIÓ**

Cómo conservar la salud de los huesos cuando se ha recibido un trasplante renal



Es frecuente que las personas que padecen insuficiencia renal crónica sufran problemas de huesos. Por eso, es importante tratar los problemas óseos desde el principio a fin de conservar la salud de los huesos y permitirle al trasplantado disfrutar de una buena salud ósea.

A veces, en las primeras fases de la enfermedad, no se observan síntomas de osteopatía (enfermedad de los huesos), pero si no se inicia un tratamiento, los huesos pueden tornarse dolorosos y quebrarse con facilidad. Asimismo, pueden verse afectados el corazón y los vasos sanguíneos. El médico debería comenzar a verificar si el paciente padece algún grado de osteopatía cuando la insuficiencia renal aún está en las primeras fases y continuar con ese control a medida

que avanza la enfermedad y después del trasplante renal. Esta información está destinada a las personas que padecen insuficiencia renal crónica y que han recibido un trasplante renal o que tienen la intención de recibirlo en un futuro cercano.

Es importante que estos pacientes sepan todo lo que esté a su alcance sobre las osteopatías, cómo tratarlas y cómo conservar la salud de los huesos. Los pacientes que no son candidatos para recibir un trasplante renal y quienes no han sido trasplantados pueden consultar los folletos sobre las osteopatías. Si no sabe en qué fase de la enfermedad se encuentra, consulte con su médico.

¿CÓMO FUNCIONAN LOS HUESOS?

Muchas personas piensan que los hue-

sos son simples objetos duros como la madera o el metal, pero, en realidad, los huesos son una parte viva del cuerpo que está en constante cambio. Es un proceso continuo: a medida que se degradan las capas viejas de hueso, se generan nuevas capas que las reemplazan. Los huesos están compuestos de células, fibras, vasos sanguíneos, nervios y gran cantidad de minerales, principalmente calcio y fósforo. A fin de que conserven la fuerza y la salud, es preciso que haya un equilibrio entre la cantidad de calcio y de fósforo que contiene el cuerpo, porque, de lo contrario, surgen problemas óseos. Este tipo de desequilibrio también puede ser producto de insuficiencia renal.

¿CÓMO AFECTA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA A LOS HUESOS?

La insuficiencia renal crónica afecta a los huesos de tres modos principales:



anómalas de calcio, fósforo y hormona paratiroidea en sangre.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE OSTEOPATÍA (ENFERMEDAD DE LOS HUESOS) POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA?

Los huesos pueden verse afectados ya en las fases 3 y 4 de la insuficiencia renal. Sin embargo, si bien la mayoría de las personas no refieren ningún síntoma en esas fases de la enfermedad, de todos modos es preciso tratar la osteopatía. La aparición de comezón es uno de los signos que pueden indicar que la concentración de fósforo está demasiado alta. A medida que avanza la osteopatía, pueden aparecer otros síntomas, por ejemplo:

- Dolor óseo
- Debilidad muscular
- Fracturas
- Dolor en las articulaciones (artralgia).

¿CÓMO SABER SI ESTÁN AFECTADOS LOS HUESOS?

Para determinar el estado de los huesos, el médico ordena estudios a fin de verificar la concentración en sangre de:

- Calcio
- Fósforo
- Hormona paratiroidea (PTH).

Si estos valores están desproporcio-

1. Los riñones no filtran una cantidad suficiente de fósforo de la sangre. El fósforo se encuentra en la mayoría de los alimentos. Cuando los riñones tienen un funcionamiento normal, filtran el exceso de fósforo y lo eliminan a través de la orina. Cuando los riñones no funcionan normalmente no filtran el fósforo y puede aumentar la concentración sanguínea de ese mineral. Este mal funcionamiento desequilibra la proporción entre el fósforo y el calcio, y causa una disminución excesiva de la concentración de calcio en sangre.

2.El cuerpo fabrica demasiada hormona paratiroidea. La baja concentración de calcio y la alta de fósforo hacen que cuatro glándulas ubicadas en el cuello y denominadas "glándulasparatiroides" liberen demasiada cantidad de una hormona denominada "hormona paratiroidea" (PTH) hacia la sangre. La hormona paratiroidea tiene como función mantener la concentración de calcio en valores normales: extrae el calcio de los huesos y lo envía hacia el torrente sanguíneo. Como a medida que pasa el tiempo cada vez es mayor la cantidad de calcio que abandona los huesos, éstos se vuelven frágiles y, por ende, se quiebran con facilidad.

3.Como los riñones no activan la vitamina D, ésta no adopta una forma útil para el cuerpo. Cuando los riñones no funcionan correctamente, no pueden captar la vitamina D de la luz solar y los alimentos y convertirla en un tipo de sustancia que sea de utilidad para el cuerpo. Esta carencia de vitamina D, útil también, genera concentraciones



nados, es muy probable que los huesos estén afectados y que, por ende, sea necesario comenzar un tratamiento.

¿QUÉ TRATAMIENTOS PUEDEN AYUDAR A CONSERVAR LA SALUD DE LOS HUESOS ANTES DE RECIBIR EL TRASPLANTE RENAL?

1.Algunas medidas que pueden ayudar a conservar la salud de los huesos:

- Siguiendo una dieta con pocos alimentos que tienen mucho fósforo.
- Tomando medicamentos denominados "quelantes de fosfatos", que absorben, o quelan, el fósforo cuando aún está en el estómago. Como el fósforo quelado no puede entrar en el torrente sanguíneo, es eliminado en la materia fecal. Es preciso tomar estos medicamentos con las comidas o con tentempiés.

2.Tomando compuestos de vitamina D, que ayudan a disminuir la concentración de hormona paratiroidea.

¿ES IMPORTANTE HACER EJERCICIO?

El ejercicio es una actividad que también puede ayudar a conservar la salud de los huesos. Los ejercicios que probablemente sean más beneficiosos son los que se denominan "ejercicios con



carga", por ejemplo, caminar ligero, correr, levantar pesas, subir escaleras, hacer ejercicios aeróbicos, bailar, deportes con raquetas, entre otras actividades. De todos modos, siempre es conveniente consultar con el médico antes de comenzar un programa de ejercicios.

DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL, ¿SEGUIRÁN LOS PROBLEMAS DE LOS HUESOS?

Es probable que sí. Incluso después de un trasplante exitoso, los problemas de los huesos pueden continuar aun cuando el tratamiento haya reestablecido la función renal. Además, los medicamentos antirechazo que son necesarios para que el cuerpo no rechace el nuevo riñón pueden contribuir con nuevos problemas. Por ejemplo, la prednisona retrasa la producción de hueso nuevo (neoformación ósea), de modo tal que el tejido óseo que se pierde por las actividades cotidianas no es reemplazado por completo. Con el objetivo de prevenir estas complicaciones, el médico debe corregir las dosis de los medicamentos antirechazo a fin de que no afecten a los huesos.

¿TODOS LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL PIERDEN MASA ÓSEA?

La mayoría de los receptores de tras-

plante renal pierden masa ósea después del trasplante, pero la cantidad de la pérdida varía entre los distintos pacientes y las diferentes partes del cuerpo. La disminución de la masa ósea suele ser más grave en el transcurso de los primeros seis meses posteriores al trasplante, se hace menos intensa durante el año posterior y luego se equipara al tipo de disminución que presentan las personas de la misma edad que no recibieron trasplantes. Cuanto mayor es la disminución de masa ósea, mayor es el riesgo de sufrir fracturas. A fin de prevenir las fracturas, es preciso que el paciente se someta a todos los estudios que recomienda el médico y que siga el tratamiento indicado al pie de la letra.

¿ES NECESARIO EFECTUAR OTROS ESTUDIOS PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LOS HUESOS DESPUÉS DEL TRASPLANTE?

Sí, y la mejor forma de cuantificar los cambios óseos después de un trasplante es efectuando una densitometría ósea, que es un tipo especial de radiografía que mide el grosor de los huesos. Por lo general, son dos las regiones que examina este estudio: la columna lumbar y una de las articulaciones de la cadera. Los pacientes que recibieron un trasplante renal deben





- Tomar complementos de calcio y vitamina D
- Agregar bifosfonatos, que son medicamentos que ayudan a prevenir la disminución de masa ósea
- Reducir la ingesta de cafeína (café y té normales, algunas gaseosas), ya que ésta aumenta la cantidad de calcio que se elimina en la orina
- Iniciar una estrogenerapia sustitutiva (se indica a algunas mujeres posmenopáusicas) o tomar testosterona (se indica a algunos varones) con el objetivo de aumentar la masa ósea.

trasplante sufren disminución de la masa ósea después de la intervención, es preciso estudiarlos mediante una densitometría ósea poco después del trasplante y repetir el estudio en varias oportunidades de ahí en adelante para controlar el estado de los huesos. Es probable que, con el objetivo de proteger los huesos después del trasplante, el médico le recomiende, por ejemplo: hacer ejercicio con regularidad, tomar complementos de vitamina D y calcio, tomar medicamentos y reducir la ingesta de cafeína.

Y RECUERDE...

- Las osteopatías pueden aparecer en las primeras fases de la insuficiencia renal crónica.
- Puesto que la mayoría de los pacientes no tienen ningún síntoma óseo en las primeras fases de la insuficiencia renal crónica, el médico debería comenzar a verificar la concentración de calcio, fósforo y hormona paratiroidea al inicio de la enfermedad y continuar con esos controles después del trasplante renal.
- El tratamiento precoz es importante para conservar la salud de los huesos tanto de quienes padecen insuficiencia renal crónica como de los pacientes que recibieron un trasplante renal. Incluso después de un trasplante exitoso, los problemas de los huesos pueden continuar aun cuando el tratamiento haya reestablecido la función renal.
- Puesto que muchos receptores de

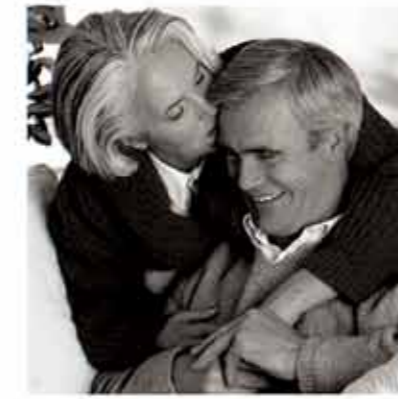


efectuarse una densitometría ósea poco después del trasplante y repetir ese estudio varias veces de ahí en adelante a fin de controlar el estado de los huesos.

¿HAY ALGO MÁS QUE PUEDA HACERSE PARA AYUDAR A CONSERVAR LA SALUD DE LOS HUESOS TRAS EL TRASPLANTE?

Es probable que, después del trasplante, le recomienden algunas de estas medidas para conservar la salud de los huesos:

ALIMENTOS QUE CONTIENEN FÓSFORO				
LÁCTEOS	VERDURAS	ALIMENTOS PROTEÍNICOS	BEBIDAS	OTROS ALIMENTOS
Queso	Espárragos	Ostras	Cerveza	Dulce de leche
Sopas cremosas	Coles de bruselas	Mariscos	Leche chocolateada	Chocolate
Flan	Guisantes	Sardinas		Cereal de salvado
Helados de crema	Alcachofas	Manteca de cacahuete	Refrescos con cola	Frutos secos
Leche		Hígado		Cereales integrales
Yogurt		Riñón		



MÁS CERCA DE TI

www.opcionrenal.com

VIVIR BIEN CON SU OPCIÓN RENAL



La enfermedad, a debate

Diagnóstico y expectativas de futuro de la **insuficiencia renal**



El tratamiento de la insuficiencia renal está en plena evolución. Casi la mitad de los pacientes con esta enfermedad en España reciben un trasplante de riñón, pero el resto deben optar por una terapia que les ayude a depurar su sangre de manera externa. Casi todos ellos reciben hemodiálisis, lo que les obliga a estar en el hospital durante varias horas unas tres veces a la semana. La opción de la diálisis peritoneal está menos extendida, pero los resultados clínicos que ofrece son muy buenos, además de que ofrecen más movilidad a los pacientes, por lo que se quiere impulsar.

La insuficiencia renal crónica representa una de las enfermedades más prevalentes en la actualidad y su incidencia sigue en aumento en los últimos años. Casi la mitad de los pacientes que pre-

sentan esta patología en España reciben un trasplante de riñón y, del resto de ellos, más del 90 por ciento siguen sesiones de hemodiálisis al menos tres veces a la semana como tratamiento. Un pequeño porcentaje opta por la diálisis peritoneal, que a pesar de que ofrece muy buenos resultados clínicos y más libertad al enfermo, está muy poco extendida en los hospitales españoles.

Las máquinas de diálisis han evolucionado mucho en los últimos años y cada vez son más precisas y seguras, ha explicado Julen Ocharan Corcuera, del Servicio de Nefrología e Hipertensión del Hospital de Txagorritxu, en Vitoria, y presidente de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante (Sedyt). Entre las más novedosas destacan las que permiten realizar diálisis por convección y que consiguen una

depuración más profunda de la sangre en comparación de las máquinas clásicas que funcionan por difusión.

Este tipo de tecnología se está extendiendo cada vez más en nuestro país, aunque para su óptimo funcionamiento requiere un tratamiento más sofisticado del agua y en muchas ocasiones es necesario hacer cambios en las instalaciones del centro asistencial.

Teresa González Álvarez, responsable de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona, y presidenta de la Fundación Española de Diálisis, ha destacado que la presencia de nuevas membranas de diálisis, cada vez más biocompatibles y recubiertas con productos que mejoran su eficacia, garantiza una mejor tolerancia de los pacientes a la hemodiálisis.

A pesar de que estos avances tecnológicos han ido mejorando de manera considerable los resultados en los últimos años, el hecho de que los pacientes deban permanecer durante varias horas en una cama de hospital varias veces a la semana tiene un impacto muy importante sobre su calidad de vida. Son enfermos que pocas veces pueden trabajar y que tienen una movilidad muy limitada todo el año, por lo que no pueden alejarse mucho de su lugar de residencia.

DIÁLISIS PERITONEAL

La diálisis peritoneal es una alternativa eficaz, pero poco extendida. Hay escasa difusión de la técnica, "lo que hace que las nuevas generaciones de nefrólogos salgan poco formados y no se ofrece a los pacientes como alternativa real a la hemodiálisis", ha señalado González.

En su opinión, para mejorar esta situación es necesario implantar unidades de información prediálisis adecuadas en la mayoría de los centros que realizan diálisis, aumentar la formación de los residentes y exigir una mayor implicación de las sociedades científicas en la promoción de la técnica. Además, es indispensable que las autoridades sanitarias hagan esfuerzos para apoyar a los cuidadores, ya que de esta forma muchos pacientes ancianos podrían beneficiarse de la técnica.

Alberto Martínez Castela, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital de Bellvitge y presidente de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), ha explicado a Diario Médico que, a su juicio, uno de los factores que entorpecen la implantación de esta técnica es la falta de infraestructura y experiencia de los profesionales, además de que requiere de una total implicación del paciente.

Ocharan ha añadido que uno de los principales retos de la Sedyt consiste pre-

cisamente en impulsar y fomentar el desarrollo de la diálisis peritoneal como primera opción terapéutica en los pacientes, especialmente en aquéllos que debutan con insuficiencia renal, ya que una de sus principales ventajas es que ayuda a conservar la función residual del riñón, mientras que con la hemodiálisis ésta se pierde más rápidamente. "Y es importante recordar que la función residual tiene un impacto sobre la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos, por lo que se debe intentar preservar el máximo tiempo posible". A su juicio, el hecho de que un hospital ofrezca diálisis peritoneal debería ser un indicador acreditativo de calidad de su servicio de nefrología, cosa que hoy no sucede y que podría ser otro de los factores que entorpecen su popularización.

LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES DIALIZADOS ES COMO UNA SEGUNDA TERAPIA

El paciente con insuficiencia renal crónica que recibe hemodiálisis debe tener presente que su alimentación es fundamental para el éxito de su tratamiento. Los enfermos deben saber que la reducción en la ingesta de líquidos y otros alimentos ricos en sodio, potasio y fósforo les ayudará a evitar muchos de los problemas asociados a la insuficiencia renal, según recuerda la guía titulada ¿Qué puedo comer ahora que estoy en programa de hemodiálisis?, que ha editado el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital General de Vic, en Barcelona.

Teresa González Álvarez, presidenta de la Sociedad Española de Diálisis, ha comentado que el cumplimiento de dietas muy estrictas es muy complicado, lo que hace que muchos enfermos muestren una mala adherencia y eso a veces obliga a utilizar más medicación. Ha añadido que existen suplementos proteicos orales e in-



travenosos que pueden ser aconsejables en los pacientes desnutridos, ya que se ha demostrado una relación estricta entre la morbilidad y la desnutrición.

QUELANTES

El carbonato de lantano puede ser un buen quelante para los pacientes que están en tratamiento sustitutivo renal, según se desprende de los resultados del estudio Refos. Se trata de un registro de eficacia y seguridad del carbonato de lantano en condiciones asistenciales de uso. Este fármaco está especialmente indicado en los enfermos con tendencia a la hipercalcemia, o bien, a un producto fosfo-cálcico elevado. Según el trabajo, la molécula tiene escasos efectos secundarios, la mayoría intestinales, y no altera el perfil hepático de los pacientes. Se aconseja repartirlo en tres tomas que pueden ser de dosis diferentes dependiendo de la ingesta de cada una de las comidas.

INVESTIGACIÓN

La búsqueda de nuevos y mejores tratamientos para los pacientes con insuficiencia renal crónica requiere de una apuesta clara por la investigación. El Hospital Clínico de Barcelona ha puesto en marcha el CX Centro de Diálisis e Investigación Aplicada, un espacio en el que conviven asistencia, innovación, investigación y nuevas tecnologías para atender de forma integral al paciente renal crónico. Este centro, que cuenta con la colaboración de CatalunyaCaixa, la compañía Fresenius y la biotecnológica Amgen, ofrece una atención global e integrada de este tipo de enfermos, con el objetivo no sólo de tratarlos, sino de conseguir su completa integración en la vida familiar, social y profesional.

FONT: Diario Médico



Apertura de una nueva clínica en Barcelona

NephroCare Glòries, a la búsqueda de un nuevo concepto de centro de diálisis

La zona barcelonesa de Glòries dispone desde el pasado 4 de abril de un nuevo centro de diálisis en sustitución a la ya añosa de Julio Verne y cuyas instalaciones pudo visitar ADER. Una clínica con algo más de 1.000 m² de superficie en planta baja, de las que 405 m² pertenecen a la sala de tratamiento con 35 puestos en 4 salas, más unos 250m² para oficinas, vestuarios y sala de reuniones.

Ha sido todo un reto dado que se trataba no solo de un espacio nuevo donde tratar a nuestros pacientes sino también de la búsqueda de un nuevo concepto en el que confluya el cumplimiento de las normativas exigidas por la autoridades con las internas de la compañía no olvidando en ningún momento otros aspectos como el ambiente confortable, la privacidad, la ecología, el entretenimiento de los pacientes...

Para todo ello se ha tenido en cuenta algunos aspectos como:

- ▶ Barreras arquitectónicas, dando el espacio suficiente a la sala de tratamiento para unos correctos flujos, instalando básculas integradas, etc.
- ▶ Ecología: teniendo muy presente el aspecto acústico con materiales técnicos y bancadas realizadas sobre muelles de suspensión para evitar la transmisión de vibración al edificio, placas solares, reaprovechamiento del agua rechazada por la planta de tratamiento de aguas, uso de ropa desechable, máximo aprovechamiento de la luz natural mediante claraboyas en la sala y cristal en fachada.
- ▶ Confort y entretenimiento para el paciente, con la adquisición de unos paneles móviles laminados que permiten aislar en caso de necesidad



o petición al paciente, colores de pintura y elementos decorativos relajantes, monitor de TV individual por puesto, conexión wifi a Internet, habilitación de un espacio para la entrada del transporte sanitario para



aquellos pacientes con movilidad reducida.

- ▶ Control de accesos, mediante huella digitalizada, lo que evita tener que llevar llaves o tarjetas de acceso al personal.
- ▶ Equipación de última tecnología, con Sistemas terapéuticos 5008-5008S

Todo ello sin la ayuda de muchos profesionales de la compañía y de fuera de esta no hubiera sido posible.

Daño renal vs. patologías del corazón

Bajo la denominación de síndrome cardio-renal se hallan enfermedades que afectan al mismo tiempo a riñones y corazón, o patologías del corazón que dañan a los riñones o viceversa,, ha afirmado Alberto Martínez Castela, presidente de la Sociedad Española de Nefrología.

No permita que sus riñones rompan su corazón ha sido el lema del encuentro State of the Art, organizado por el laboratorio farmacéutico Abbott y que ha reunido en Madrid a más de 300 especialistas (en su mayoría nefrólogos) nacionales e internacionales. "Precisamente, ése es el mensaje que queríamos transmitir, porque bajo la denominación de síndrome cardio-renal se encuentran enfermedades que afectan al mismo tiempo a riñones y corazón, o patologías del corazón que dañan a los riñones o viceversa", ha comentado Alberto Martínez Castela, presidente de la Sociedad Española de Nefrología, a Diario Médico.

En este sentido, Jorge Cannata-Andía, de la Unidad de Investigación Mineral y Ósea del Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo, ha afirmado que "el riñón es un órgano muy vascularizado. Gran parte de la sangre que envía el corazón pasa por los riñones; por eso es lógico que cuando haya cambios importantes en el corazón, el riñón sufra". En la reunión, presidida por Martínez Castela, se han puesto en común los últimos avances en el abordaje y tratamiento del síndrome cardio-renal. En los pacientes con enfermedad renal, como consecuencia de la anemia, la hipertensión arterial y la malnutrición, se producen, con mucha frecuencia, lesiones del corazón. Un ejemplo es la hipertrofia

del ventrículo izquierdo. Faltan marcadores moleculares que ayuden a ver el pronóstico del daño renal agudo para poder empezar a tratarlo antes.

A continuación, Martínez Castela ha repasado las novedades disponibles para el tratamiento de estos pacientes: "La activación de los receptores de la vitamina D va más allá de sus efectos positivos sobre la hormona paratiroidea, ya que actúa sobre la inflamación, renueva los cardiomiocitos y provoca la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Además, contribuye a la reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular, ya que disminuye la progresión de la aterosclerosis, la hipertrofia ventricular izquierda y la proteinuria". El presidente de la SEN ha añadido que "los activadores de los receptores de la vitamina D han demostrado su eficacia en la supresión de la hormona paratiroidea y tienen un efecto mínimo en la absorción de calcio y fósforo en el intestino y en la liberación de ambos del hueso". Gracias al estudio Vital se ha visto que los pacientes diabéticos con lesión renal incipiente que han sido tratados con el activador selectivo del receptor de la vitamina D, llamado paricalcitol, pueden mejorar, además de las lesiones óseas y minerales, la proteinuria.

Cannata-Andía ha señalado que "nos faltan marcadores moleculares que nos ayuden a ver el pronóstico del daño renal agudo para poder empezar a tratarlo antes y evitar un peor funcionamiento cardíaco. El marcador clásico es la creatinina sérica, pero detecta tarde el daño renal. N-gal y cistatina C son más rápidos pero no están a disposición de todos. Muchos laboratorios están buscando marcadores adecuados". La activación de los receptores de la vitamina D tiene efectos positivos sobre la hormona paratiroidea y actúa sobre la inflamación.

CALCIFICACIONES VASCULARES

Cannata-Andía ha hablado también de los trabajos de Elvira Fernández, del Laboratorio de Investigación HUAV-UDL, del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, en



Lérida, "que demostró -mediante estudios carotídeos- que existe una asociación entre la presencia de placas aterotrombóticas y calcificación vascular, sugiriendo que las calcificaciones vasculares de las placas de la íntima son más importantes en los pacientes con enfermedad renal crónica de lo que creíamos". Por tanto, el modelo que plantea la Unidad de Detección y Tratamiento de Enfermedades Aterotrombóticas del Arnau de Vilanova es una visión global del estudio del aparato vascular.

EVITAR LA MALNUTRICIÓN

Otro tema relevante de la reunión ha sido la importancia de la nutrición en pacientes con enfermedad renal. "El corazón de estos pacientes se puede proteger a través de una nutrición adecuada y equilibrada. Cuidar este aspecto es esencial, principalmente en los que tienen enfermedad renal aguda, los crónicos y los que están en diálisis", ha afirmado Alberto Martínez Castela. Cuando la enfermedad renal crónica avanza, se observa una disminución de las proteínas y de los parámetros nutricionales, lo que acaba desembocando en malnutrición. Los objetivos del aporte nutricional de los pacientes con enfermedad renal coinciden con el resto de enfermos crónicos que presentan una función renal normalizada, y consisten en asegurar una nutrición adecuada, evitar el gasto energético de proteínas con las complicaciones metabólicas que conlleva, promover la cicatrización de heridas y la reparación de tejidos, apoyar la función del sistema inmune, acelerar la recuperación y reducir la mortalidad.



Según el estudio Epirce

Un 6,8 por ciento de la población tiene una enfermedad renal oculta

El estudio Epirce indica que un 10 por ciento de la población padece insuficiencia renal crónica y 1.039 pacientes por millón de habitantes están en tratamiento renal sustitutivo. Estos y otros datos se han presentado en el XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología.

En el XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología, que finalizó el 18 de octubre en Sevilla y que reunió a más de 1.200 nefrólogos, se han actualizado conocimientos y alcanzado consensos de tratamiento en diferentes materias relacionadas con el diagnóstico, la evolución y las diferentes terapias de la enfermedad renal crónica (ERC).

En palabras de Carlos Fernández Andrade y José A. Milán Martín, presidentes del comité organizador del congreso, "la incidencia española de esta enfermedad se mantiene en la zona media de los países de nuestro entorno". Según Milán, "la ERC es un problema sanitario, social y económico muy relevante, ya que un 6,8 por ciento de la población padece una ERC oculta, lo que representaría aproximadamente a 2,3 millones de personas". El estudio Epirce (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) indica que un 10 por ciento de la población presenta insuficiencia renal crónica y 1.039 pacientes por millón de habitantes están en tratamiento renal sustitutivo.

"La causa más frecuente de enfermedad renal terminal (ERT) en España, entre los 45 y 75 años de edad, es la diabetes", ha explicado Milán. En cuanto a los tratamientos, "la hemodiálisis es la primera opción terapéutica, aunque existe un discreto aumento del trasplante renal de vivo y un descenso en la diálisis peritoneal respecto a 2009". Según datos de la SEN, más de 48.000 personas se encuentran en tratamiento renal sustitutivo, entre las

cuales el 48 por ciento está en hemodiálisis, el 5 por ciento en diálisis peritoneal y el 47 por ciento en tratamiento renal.

Durante el congreso se han celebrado tres cursos precongreso, diez simposios y nueve conferencias, sin contar con las comunicaciones orales. "Entre los simposios -ha comentado Fernández- caben destacar los de nefropatía crónica del injerto renal, inflamación en la ERC, biotecnología y bioingeniería en hemodiálisis, y otros de avances en patogenia y tratamiento de las glomerulonefritis crónicas y avances en el daño vascular y renal".

Respecto al futuro de la especialidad, "es significativo el progreso que puede haber en la investigación de las células generadoras de estirpes como pueden ser las células madre. También destaca el tema de los riñones artificiales que pueden utilizarse para el tratamiento de la diálisis y la posibilidad de la recuperación de órganos dañados por la enfermedad renal".

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La prevención de la enfermedad renal va en aumento y "sería mucho más rentable que todas las terapias poste-

riores. Para ello habría que avanzar en la investigación de exámenes genéticos, marcadores de insuficiencia renal crónica y analizar los mecanismos de inflamación, entre los cuales destacan mecanismos lesionales como la diabetes, la hipertensión arterial y la aterosclerosis prematura", ha indicado Fernández.

Los biomarcadores van a servir tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la enfermedad. En cuanto al diagnóstico, "es esencial que sea lo más precoz posible, y también lo es la prevención; en este sentido habría que averiguar qué población es más propensa a desarrollar insuficiencia renal crónica. Estos biomarcadores implican que existe un comienzo de deterioro. En el momento actual, la diabetes es la disfunción de mayor prevalencia; muchas veces se asocia con la obesidad y el sobrepeso, que a su vez se relacionan con hipertensión arterial. De ahí que los primeros biomarcadores que indicarían que una persona puede desarrollar insuficiencia renal serían la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial".

Fernández ha añadido que "ni la prevención secundaria ni la primaria están bien establecidas en España".



El control estricto de la presión arterial, motivo de debate en el caso de pacientes con ERC

Una de las controversias del XLI Congreso de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), en Sevilla, ha versado sobre el control estricto de la presión arterial (PA) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

A favor se ha mostrado Julián Segura, del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, que ha recordado que "si las evidencias en pro del control menos estricto fueran claras, se recogerían en las guías clínicas". En la última revisión de las guías Kdigo sobre hipertensión en el paciente renal, se observa que "tanto en diabetes como en no diabetes con nefropatía, en presencia de excreción urinaria de albuminuria por debajo de 30 miligramos en 24 horas se va a recomendar el objetivo general de PA, pero por encima de 30 miligramos en 24 horas el objetivo de control es por debajo de 130/80".

Por otro lado, desde 2009 la Sociedad Europea de Hipertensión "advierte sobre el peligro del excesivo descenso de PA en pacientes de alto riesgo y reconoce la debilidad de las evidencias en las que se apoyaba el control estricto". Por lo tanto, no hay un consenso claro. En definitiva, Segura ha abogado por individualizar: "La decisión terapéutica se debe basar en la



evidencia publicada pero, también, en el conocimiento de la fisiopatología y en la experiencia".

Manuel Gorostidi, del Hospital Universitario Central de Asturias, de Oviedo, ha comentado por su parte que "en el paciente nefrópata clásico joven lo difícil es controlar la diastólica y el riesgo de descenso excesivo probablemente no sea una preocupación general; no obstante, a medida que avanza la edad, la diastólica supone un aviso sobre hasta dónde se puede llegar en el control". Además, le

ha achacado a Segura que "la individualización entraña riesgos: las guías tienen la ventaja de que la mayoría de los médicos seguiremos los mismos objetivos y el beneficio en nuestros pacientes será mayor que si dejamos en este terreno la individualización en exceso y la inercia".

Ambos han llegado a la conclusión de que "si empezamos antes la prevención en niveles bajos igual somos más eficaces en prevención global y renal". Font: Diario Médico

Font: Diario Médico

LOTERIA DE NADAL ADER

Els números son:

49053 - 91680

Tenim a la vostra disposició les butlletes de participació.

MOLTA SORT!

El preu de la butlleta es de 3€



Pere Àngel Montserrat substitueix Rosa Deulofeu al capdavant de l'OCATT



El doctor Pere Àngel Montserrat serà el nou director de l'OCATT, càrrec en què substitueix la també doctora Rosa Deulofeu.

Especialista en pediatria, el nou director de l'Organització catalana de trasplantaments entre altres càrrecs va ocupar també la direcció d'Estratègia i Organització del Sistema d'Emergències Mèdiques. Experiència que, en principi, el conver-

teix en un gestor òptim per desenvolupar algunes mancances referides a l'extracció d'òrgans en cas de mort sobtada i el posterior disseny d'un sistema eficaç per transportar-los.

En qualsevol cas, el que li demanarem des d'ADER és que la seva feina sigui el més eficaç possible i també li transmetem la nostra voluntat d'una màxima col·laboració. Li desitgem molta sort en aquesta nova etapa.

ADER lliura una placa de reconeixement a Rosa Deulofeu en el seu comiat de l'OCATT

Rosa Deulofeu ha cedit el seu testimoni com a directora de l'OCATT a Pere Àngel Montserrat. En el seu comiat, ADER ha volgut agrair-li els anys en què ha estat al capdavant de l'entitat impulsora dels trasplantaments a Catalunya i, parti-

cularment, el tracte deferent que ha tingut amb la nostra associació. Per això, el dia 26 de setembre, li va lliurar una placa de reconeixement a la feina feta durant tots aquests anys. El lliurament es va fer a la seu social d'ADER de mans del seu president, Antoni Tombas.



El trasplante demanda una mejora en la formación de los jueces

Básica en su relación con médicos y forenses

José Luis López del Moral, presidente de la Audiencia Provincial de Cantabria, ha resaltado los buenos resultados registrados en Cantabria en materia de donación de órganos y la necesidad no sólo de incrementar el número de donantes sino también de aumentar la formación de los jueces en estrecha unión con los médicos trasplantadores y los forenses judiciales.

Otras líneas de actuación para mejorar los resultados pasan, en opinión del magistrado, por el desarrollo de la donación de vivo y el impulso de la donación en asistolia o a corazón parado. "Esta última alternativa requiere una intensa formación de jueces y magistrados, por lo que será objeto de especial atención en próximas ediciones formativas conjuntas entre médicos y profesionales de la Justicia".

Del Moral ha codirigido las XIV Jornadas de Encuentro entre Profesionales de la Administración de Justicia y la Comunidad Médica Trasplantadora, donde se ha puesto de relieve que la donación en asistolia requiere una rápida capacidad de respuesta por parte del juzgado, que en un plazo no superior a 15 minutos debe decidir sobre la conservación de los órganos solicitados por el personal médico de las unidades de trasplantes.

El magistrado ha advertido que este tipo de encuentros profesionales sirve para "mejorar la coordinación de las actuaciones y facilitar la donación y trasplante de órganos en los casos de personas fallecidas, cuya muerte está siendo investigada judicialmente".

FORMACIÓN NECESARIA

Por este motivo, ha reiterado la importancia de contar con una buena



formación, opinión que ha compartido la vocal territorial del Consejo General del Poder Judicial, Gemma Gallego, quien se ha referido a la importancia de integrar el trasplante de órganos en la formación de los jueces y que los jueces de instrucción conozcan las implicaciones de ser donante de órganos, así como la necesidad de evitar, siempre que sea posible, negativas judiciales en esta materia, que son prácticamente inexistentes.

La donación en asistolia requiere una rápida capacidad de respuesta por parte del juzgado, que en un plazo no superior a 15 minutos debe decidir

Gallego ha indicado que en ocasiones puede resultar complicado coordinar todas las actuaciones en materia de donación de órganos -magistrados, forenses judiciales y médicos trasplantadores- y la necesidad de contar con la formación judicial necesaria para facilitar este

proceso tan habitual en los grandes hospitales del Sistema Nacional de Salud. También ha asociado el crecimiento de la actividad trasplantadora en España con la reducción de las negativas familiares, que se sitúan por debajo del 8 por ciento, y a la inexistencia de oposición por parte de los órganos judiciales.

El encuentro ha servido para dejar claro que cuando una muerte es accidental o se ha producido de forma violenta se inicia una investigación judicial. A partir de ahí, es preceptiva la autorización del juez para poder llevar a cabo la extracción de órganos del fallecido.

Además de la legislación vigente, durante las sesiones se ha tratado sobre la actividad y resultados de la Organización Nacional de Trasplantes, los protocolos de actuación, la entrevista familiar para la donación, los avances científico-técnicos y el papel de los tribunales.

La prestigiosa revista diseña una hoja de ruta

The Lancet aconseja que cada país de la UE consiga suficientes **órganos** para no depender de terceros

Cada país o región debería esforzarse para obtener el suficiente número de órganos de su propia población, recoge un artículo que publica The Lancet apelando a la responsabilidad de los gobiernos en lograr la autosuficiencia en donación. La prestigiosa revista científica apela a la Unión Europea (UE) a impulsar el objetivo.

El texto recoge asimismo una hoja de ruta para alcanzar la meta de "que cada país afronte sus necesidades sin recurrir a que terceros países les trasplanten a sus enfermos"; las estrategias pueden resumirse en "asegurar que existe un marco legal adecuado para la donación y el trasplante; desarrollar una

organización nacional encargada de promover la donación, gestionar las listas de espera y asegurar la equidad integrada en el sistema de salud del país; garantizar que toda la población puede donar y recibir un órgano; poner en marcha medidas de prevención de las enfermedades que van a llevar a necesitar un trasplante, es decir, no solo aumentar la oferta sino también controlar la demanda, y recoger datos de supervivencia de los distintos injertos", ha explicado a Diario Médico uno de los autores del artículo, Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes.

CONCIENCIA CIUDADANA

A pesar de que la convergencia europea en este sentido es cada vez

mayor y "cada vez más países como Portugal o Croacia, aplicando estas medidas, han aumentado sus niveles de donación hasta valores cercanos a los españoles", es preciso todavía "entender que, en contra de lo que muchos siguen creyendo, las donaciones no caen del cielo como consecuencia de la generosidad espontánea de la población, y que es necesario poner en marcha un sistema organizativo tanto más eficaz cuando más desarrollado esté".

Los primeros pasos globales ya están dados. Según explica Matesanz, "todas estas medidas está recogidas en la Directiva Europea de Órganos para Trasplante y sobre todo en el Plan de Acción correspondiente, aprobados el pasado año".

La enfermedad coronaria, letal para los **pacientes** en diálisis

La enfermedad coronaria es la principal causa del estado de muerte súbita en los pacientes en diálisis. Estos pacientes y el propio tratamiento sustitutivo condicionan que la muerte súbita sea más frecuente, pero, evidentemente, en la población dializada es el resultado de tener un corazón estructuralmente enfermo", ha apuntado Eduardo Vázquez, del Complejo Hospitalario de Jaén, en el XLI Congreso de la Sociedad Española de Nefrología, que se ha celebrado en Sevilla.

Por tanto, para disminuir la muerte súbita en la población en diálisis hay que identificar los factores de riesgo. La modificación del estilo de vida, la revascularización en la población coronaria, asociada a algún tipo de fármaco que ha demostrado algún beneficio, y los dispositivos de desfibrilación externos

en las unidades de diálisis, así como los automáticos implantables son las principales medidas para evitar la muerte súbita.



nivel de riesgo superior al de la población general, pero aún se desconoce si los fármacos que se han mostrado eficaces en otros colectivos también benefician a los dializados. Por el momento, los betabloqueantes parece que son los que tienen mejor perfil para la prevención de mortalidad en pacientes en diálisis".

FACTORES DESTACADOS

Hay cuatro factores que han demostrado que tienen mayor riesgo en estos casos: aquellas personas con fracción de eyección reducida, hipertrofia ventricular izquierda, marcadores de riesgo arrítmico y enfermedad coronaria, pero gracias a la revascularización coronaria o al tratamiento farmacológico se puede conseguir la supervivencia de estos pacientes.

"La población en diálisis tiene un

Font: Diario Médico

¿Adiós a los **inmunosupresores** para los trasplantados renales?

Un nuevo protocolo sin fallos detectados por el momento, podría concretar la posibilidad Investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, en Estados Unidos, han desarrollado un nuevo protocolo que permite a los receptores de trasplante renal deshacerse de sus indispensables fármacos inmunosupresores. El protocolo también podría significar un ahorro en el sistema de atención de la salud. Los científicos estadounidenses han informado de su hallazgo en una carta que se publica en el último número de The New

England Journal of Medicine. Ocho de los doce pacientes analizados en el pequeño estudio han estado sin recibir inmunosupresores por lo menos un año, y en algunos casos más de tres años, sin sufrir ningún daño aparente en su nuevo riñón. Ninguno de los doce pacientes ha experimentado fallo del riñón trasplantado o efectos secundarios graves. En los doce casos, los receptores se suministran con riñones de donantes inmunológicamente coincidentes de familiares cercanos. Pero el ensayo, que ha estado inscribiendo a nuevos pacientes, va a incluir también parejas de donante-receptor imperfectas.

EVITAR FÁRMACOS

Según ha afirmado el inmunólogo Samuel Strober, profesor de medicina y diseñador del nuevo protocolo, "a pesar de que ayudan a evitar el rechazo del nuevo órgano por el propio sistema inmunológico del paciente, estos medicamentos conllevan sus propios riesgos de efectos secundarios, tales como presión arterial alta, diabetes y cáncer". La nueva técnica se diferencia del tratamiento habitual por la combinación de radiación muy específica de los ganglios linfáticos de un paciente, el bazo y el timo, con la administración de células madre extraídas de la sangre del donante de riñón.

IN MEMORIAM:



Jorge Parenti Lahoz nos dejó el pasado mes de julio. Como miembro de la junta directiva de ADER entre los años 2007 y 2010 colaboró de forma activa aportando ideas y trabajo a fin de mejorar el funcionamiento de la asociación. Los que tuvimos la ocasión de compartir con él muchos momentos, sentimos su ausencia.

Desde ADER queremos hacer llegar nuestras más sinceras condolencias a sus familiares y allegados.

Nuestro recuerdo también, para todos aquellos socios que nos han dejado recientemente.

Galícia

Ondiñas veñen,
ondiñas veñen e van;
non te embarques rianxeira,
que te vas a marear
(Cançó gallega popular)

És ben clar que no serà la crònica d'un viatge metòdic, gens sintetitzada. Ho faria malament! Anàvem a "complaure" la nostra malaltia, dedicant tot el temps necessari per controlar-la al màxim i no caure en errors inoportuns que podrien comportat conseqüències.

Tots coneixem Galícia, també a algun gallec, alguna gallega. Els Pepiños i les Carmiñas. Ja sabem com són i de la seva peculiar manera d'expressar-se, que no entens mai si puguen o baixen. I de la seva can-

didesa, les llums i les ombres.

La bellesa de les ries baixes i altes de Finisterre i el seu "Non Plus Ultra", Santiago, el Camino, els pops, els percebes, els musclos, el Ribeiro i l'Albariño, les empanades i les tartas de Santiago la queimada, la gaita i el folklore amb les munyeiras, sitges I amb un bon guia. Impecable tota la setmana. Patriòtic, competent i amb valentia per fer bé la seva feina fent autocrítica també del seu país.

Serà, doncs, i no podia ser d'altra

manera, **relatar només emocions.**

Com a preàmbul, inclouré un text anterior al viatge en el meu bloc, ja vaig remarcar abans d'anar-hi que es tractava d'una viatge amb malats del ronyó. L' Assumpta (la meva dona,) crec que era la més jove de l'expedició. Afortunadament junt amb altres persones que estan prou sanes i amb ganes de conviure, van fer el seu paperàs. Moltes gràcies.

Ja podeu, doncs, imaginar 90 persones, la majoria grans i malalts, pujant i baixant dels autocars

“En tot viatge sempre passa alguna cosa sorprenent, que et deixa garrativat!”

i avion, ascensors... Calia tenir paciència i saber cercar la calor humana, en aquest context i tipus de situacions. -Els de l'Hospitalitat de Lurdes entendran perfectament el que estic explicant, amb la diferència que aquesta vegada el malalt, jo mateix, era un d'ells- Calia "ajudar-se", centrar-me en el franc col·loqui permanent, escoltar i viure delicades situacions de la vida dels companys i companyes. Però, al mateix temps, experimentar la joia de sentir-se protegit per les sanitàries, en aquest cas galleguiñas, que sempre i en tot moment feien bé la seva feina, amb el suport de la

bona organització del viatge a cura de la Teresa d'Ader. Molt bé! I perquè no, riure! En tot grup hi ha un parell de persones amb *salero* que tenen la gràcia de fer amb el seu tarannà i els seus acudits veritables oasis de tendresa. **Ja he dit que només parlaria d'emocions!**

Una de les situacions més emotives, va ser al voltant de la catedral de Santiago, veient arribar amb degoteig constant, pelegrins que qui sap d'on venien i perquè havien optat per anar. Joves i no tan joves, dones i homes del món. Les abraçades, plors, gemecs, alegria, moixai-

nes que es feien uns i altres, eren imatges que et corprenien. Segurament que no ho oblidaré mai. Se'ls veia cansats, però amb una alegria per dins molt expressiva que em va fer pensar molt amb l'home i la dona d'avui: Capaços de fer grans animalades de tot tipus, però que quan es proposen recloure's en el seu interior (més o menys això deu ser el Camino, oi?), saben optar per l'esforç, l'honestedat, el respecte i l'amor. **Ja he dit que només parlaria d'emocions.**

En tot viatge sempre passa alguna cosa sorprenent. Que et deixa garrativat! Amb això no hi comptaves! Parlo d'una posta de sol a l'Atlàntic a les 9 del vespre.

Anàvem amb "catamarà" per les ries baixes, concretament a Grove, que et fan menjar musclos a tot drap. Jo n'estava advertit: -Jaume, pel cap alt pots menjar mitja dotzena de musclos!. Evidentment vaig creure. Però, com les *meigas*,



"haberlas haylas" el vaixell anava en direcció a l'oest de cara el sol de ponent que volia tancar el dia. Vaig deixar les muscleres i em vaig dedicar a contemplar amb èxtasi "el més enllà". Ai carajo!, el NON PLUS ULTRA. Fins fa quatre dies que no ens en vam adonar que hi havia un més enllà. Quin fiasco, oi? Doncs hi havia un més enllà de tota la vida. L'Assumpta va tirar tantes fotos com va voler. Ho podreu veure gràficament en la mateixa pàgina. No n'hi havia prou amb les visualitzacions, calia topar amb el folklore, en aquest cas cantat. Pels altaveus sonaven cançons tradicionals gallegues. Evidentment "El no te vayas rianxeira", que em va fer recordar a tota la meva família, amics i amigues entranyables del meu entorn, principalment, la meva néta Aran i el meu nét Pau, en representació de totes i tots. **Ja veieu que només parlo d'emocions.** -Val a dir que vaig comprar dues postals del paratge descrit, que avui les he portat de record a la meva doctora i a l'infermera que m'ha cuidat

els últims tres mesos-. La directora del centre, la doctora Rosa Nogués, ho ha vist i m'ha dit que he fet molt bé. Que aquest detall s'agraeixen. Sempre notareu amb tots els meus escrits que estic profundament entregat al personal sanitari que em cuida. Quan veig entrar la doctora a la sala -fa quatre anys que em visita i moltes vegades tres cops per setmana- ja sé que vindrà a dir-me: Jaume, com estàs?, revisarà el meu expedient i signarà el full. Això em dóna seguretat i tranquil·litat. Tot i que amb molta delicadesa, ja que no vull interrompre el seu treball, m'ho faig venir bé per retenir-la uns segons més, demanant detalls del meu procés. El mateix passa amb l'infermera responsable de la meva trajectòria a l'hospital, que me la canvien cada tres mesos. En aquest cas la comunicació és molt afectuosa, sense traspasar mai la línia roja d'un absolut respecte i consideració vers la seva persona i el seu treball. No es pot demanar més i no és cap acudit!. **També molta emoció!**

Una última descripció: Vilagarcía de Arousa, ria de Arousa, província de Pontevedra. Calia esbrinar on estaven situats els quarters militars que als anys 40 devien ser la casa del meu pare. Vaig començar de demanar a persones grans si en algun lloc trobaria fotos antigues. Després de voltar molt, vaig veure els residus de les casernes i els paratges del voltant. El meu pare cantava cançons gallegues. "L'ai de mi, por el vi, por vino me veo así!" Xapurrejava el gallec i ves a saber què hauria fet de bé per aquests indrets. Mai parlava dels menjars succulents que s'hi fan, crec que menjaven moltes mongetes i patates.

Em va agradar tant Vilagarcía com Carril (estan de costat, i aquesta última població és on hi ha els criadors de cloïsses i escopinyes). Cap a la fi vaig trobar un llibre, publicat fa poc, amb totes les fotografies de Vilagarcía.. **Emocions! Només emocions.**

Per Jaume Ordeig



NO TE PARES NI TE RINDAS

Ya se que es duro este camino y no sabes si seguir o parar, o preguntarle al destino por qué te quiso alcanzar.

No te sientas tan vencido y empieza pronto a luchar, olvida los goteros corriendo por las venas con su manjar.

No te pares ni te rindas, mira siempre hacia delante que te vea con las riendas galopando tan campante.

Él está dispuesto a volar, y a buscar la presa fácil, que se deje siempre engañar y tenerlo como un portátil.

Tú serás el gran gavilán que destruya sus garras, como el enfurecido huracán que arranca las amarras.

Por verte fuerte y valiente vio que no podía contigo, por ser el cuchillo tajante que lo acribilló con el filo.

Con cariño para los hombres que no se rinden.

ANTONIA NAVARRETE
AGOSTO 2010

Entrevista a Antonia Navarrete, poeta

¿Cómo surge esta pasión por la poesía?

Surge a raíz de una prima, que tuvo serios problemas para poder ser madre, para animarla le escribí una carta, y desde entonces me animaron a escribir.

¿Desde cuando y por qué escribes poemas dedicados a personas con problemas de salud?

Desde mayo del 2010, el primero fue a una profesora de mi nieta que fue transplantada de riñón y no lo admitió, desde entonces mi corazón piensa mucho en las personas con problemas de salud.

¿Sobre que otros temas escribes?

Muchos, al enfermo de alzheimer, a la mujer con cáncer de pecho, a los niños oncológicos, al donante de órganos, a los donantes de sangre, a los ciegos, a personas transplantadas, al maltrato de género, y a discapacitados entre otros...

¿Qué ha aportado esta actividad a tu vida personal?

Para mí, es como decir, que me ha dado la vida, poder exteriorizar mediante la poesía mis sentimientos, me hace sentir muy bien, y la gente que los lee me anima a seguir.

¿Cómo entraste en contacto con ADER?

En el contestador del programa de Isabel Gemio, "Te Doy Mi Palabra", escuché a una socia vuestra, Montse Martínez, sugerir que la gente se hiciera donante de órganos, en él dejó el teléfono de contacto, donde me puse en contacto con vosotros para ofreceros mi poema, que sugiere ser donante de órganos con título "Si tú me dieras", donde está publicado en vuestra revista y a la que estoy inmensamente agradecida por vuestra solidaridad de divulgar mis poemas para que los pueda leer cualquier afectado.

Gracias por ser como sois.

Un cariñoso abrazo de quién sufre por los que sufren, desde Valencia.



Gràcies pel trasplantament

Fa unes setmanes vaig rebre un trasplantament de ronyó després de molts anys d'espera.

Voldria donar el meu més profund agraïment al donant i a la seva família, que amb el seu gest d'amor i solidaritat m'han tornat la vida a mi i a altres malalts.

Tot això ha estat possible gràcies a l'interès, entrega i professionalitat de l'equip de la unitat de trasplantament renal de l'Hospital de Can Ruti, encapçalat per el Dr. Lauzurica, uròlegs i tot el personal sanitari que ha participat en el trasplantament amb èxit, a pesar del meu estat de deteriorament. No ho oblidaré mai.

També vull recordar i agrair a la Dra. Rosa Nogués i a tot el seu equip, metges, infermeres i resta de personal del Servei d'Hemodiàlisi de l'Hospital General de Vic, pel suport i afecte rebuts durant els quasi onze anys que he hagut de patir el tractament de la diàlisi.

A tots, el meu més sincer i etern agraïment.

Josep M. Viadero
Olost-Vic



El valor de la integritat

Isabel-Clara Simó: "Em motiven el comportament humà i la creació de mons possibles"

MÓNICA PIN/PAU VALERO

SI UN TRET POT DEFINIR L'ESCRITORA ISABEL-CLARA SIMÓ ÉS EL VALOR DE LA SEVA INTEGRITAT. MÉS ENLLÀ DE LA SEVA FACETA D'ESCRITORA, LA NOSTRA ENTREVISTADA ÉS UNA FERVENT ACTIVISTA POLÍTICA I SOCIAL QUE MAI DEFALLEIX QUAN ES TRACTA DE LLUITAR PEL QUE PENSA: AMB EL VENT A FAVOR O EN CONTRA, ELLA ÉS ALLÀ PER DEFENSAR LA SEVA VERITAT. SEVA I DE MOLTES ALTRES PERSONES, ÉS CLAR. LA MATEIXA INTEGRITAT QUE LA VA FER CONSTRUIR-SE COM A CELEBRADA ESCRITORA AMB AQUELLA LLENGUA QUE, TAL COM LA PRÒPIA ISABEL-CLARA ENS EXPLICA, LI ERA PRÀCTICAMENT DESCONEGUDA FINS ALS VINT ANYS.



Quan es va adonar que podia ser escriptora?

De sempre. Però escrivia en castellà, l'única llengua de cultura que tenia. Quan a la facultat, i gràcies al grup de Joan Fuster, vaig "descobrir" el meu país i la meua llengua, i vaig provar d'escriure en català,

vaig tenir una enorme sensació de llibertat i vaig decidir que seria escriptora.

I què la va inspirar o la inspira, encara, avui en dia?

No crec en la inspiració. Si de cas, em motiva el comportament humà

i m'entusiasma la creació de mons possibles.

El seu pare, pel que vostè explica, sembla que va ser cabdal. Quina influència va tenir?

Decisiva. Jo l'adorava. Ara bé, com tots els joves -almenys el de la meua

“Als vint anys no havia escrit ni un mot en la meua llengua”

època!-, tenia també ganes de fugir del redós familiar i fer la meua vida.

Manuel de Pedrolo és, sens dubte, una altra font d'impuls. Vostè també l'evoca sempre. Parli'ns-en i expliqui'ns com la va influenciar.

M'ho va dir Joan Fuster i no ho he oblidat: Pedrolo era un escriptor normal en un país anormal. I quan dic "normal" vull dir com ho seria un escriptor francès o italià. Ara és objecte d'un oblit totalment injustificat.

Una altra figura senyera, Montserrat Roig. Cal suposar que vostè hi compartia moltes coses a banda de la passió literària. Com va ser aquesta relació?

Vaig ser una amiga de la Roig tardana. Quan vam fer amistat ja érem dues dones adultes, i teníem la nostra ideologia ben articulada. Coincidíem en moltes, moltíssimes coses. I, sobretot, crec que m'apreciava. Jo, a ella, li tenia un gran afecte. Ara l'enyoro.

A banda dels personatges esmen-

tats, reconeix altres influències en la seva obra literària? Quines?

A mi m'enlluerna la novel·lística nord-americana dels anys 60 a 90, sense menyscar dels actuals. I els nostres clàssics: Tirant, Roig, Ausiàs. I la ploma hipnòtica de Pla i l'agressivitat de la Rodoreda. I tants d'altres! Montaigne, sempre. I Heine. I un geni inigualable, que és Blas Pascal.

Per cert, el que molta gent no sap és que li va costar Déu i ajut aprendre a escriure català. Per què?

Als vint anys no havia escrit ni un mot en la meua llengua; als divuit no hi havia llegit absolutament res. Vaig necessitar molts colzes i molta autoindulgència...

Evidentment, va superar els parany, com podem veure al llarg de la seva trajectòria i, fins i tot, va arribar a ser directora d'una revista senyera de la nostra llengua com era Canigó. Temps difícils, sobretot al principi... Podria fer-nos un resum d'aquells dotze anys?

Impossible: sacrifici, passió, el pro-

jecte de la independència, la mentalitat d'esquerres, els entrebancs franquistes... Uf!

Tornem, però, a la seva faceta de novel·lista. Alguna vegada s'ha sentit reflectida en algun personatge de les seves obres?

Procuro, com ensenya Brecht, mantenir una distància entre el text i jo. De segur que el meu rastre hi és, però jo no m'he retratat mai. Sóc diferent de cada personatge. I m'agrada que sigui així.

I quan llegeix, quin tipus de novel·la li agrada més?

M'agraden tots els gèneres. Crec que la literatura també és entreteniment, i et pot fer companyia quan estàs sol o pateixes. La bona literatura, però, és aquella que et transforma d'alguna manera. I s'ha de llegir a poc a poc. Amarant-s'hi i capbussant-s'hi.



Montserrat Roig, una gran amiga d'Isabel-Clara Simó

"El tema de la donació i els trasplantaments és apassionant"

Segons "Dones en xarxa", hi ha més predisposició entre les dones que entre els homes a la donació d'òrgans. Vostè, en la seva condició de dona i de defensora de les dones, quina valoració fa d'aquesta dada?

Doncs ho ignorava per complet, però les dades són les dades. La veritat: no em veig amb cor de treure'n cap conclusió.

En tot cas, potser caldria treure el costat 'femení' del sexe masculí a fi que s'impliqués més en els trasplantaments, oi? Creu que és possible?

No sóc partidària de la "mística de la feminitat". Crec que, en el fons, homes i dones ens assemblem moltíssim. Els meus amics són tendres, i les meues amigues, fortes. Si hi ha un costat masculí en mi, vull aprofitar-lo; i estaria molt bé que els homes aprofitessin el seu costat femení.

Té experiències relacionades amb el tema, ja siguin casos reals o d'altres?

No. Però és un tema apassionant.

Podria ser una bona temàtica central per a una novel·la. S'hi anima?

No en tinc el projecte. Però, si s'escau, ho tindrà present.

Un viaje con muy buena aceptación por parte de los socios

Una semana en Galicia



Buenos augurios esperaban a la expedición de ADER ese lunes 3 de octubre, inicio de su viaje a Galicia y en el que estaban puestas muchas ilusiones y ganas de pasarlo bien. En Cataluña, y a pesar de la época, el tiempo era primaveral. Pero ya se sabe que la climatología es muy suya y que Galicia, para estas cosas, también. No obstante, y tal como se verá en el transcurso de este relato, el buen tiempo, también allí fue tónica habitual. Pero empezamos por el principio.

Salimos puntualmente a las 12:50 h. un grupo de 90 personas entre pacientes en diálisis, trasplantados y acompañantes hacia Santiago de Compostela, con la intención de hacer un recorrido por las Rías Bajas gallegas, comprendidas entre las provincias de Pontevedra y A Coruña.

Después de un plácido viaje aéreo, al llegar al aeropuerto de Lavacolla nos estaban esperando los autocares con sus respectivos guías, Antón y Ricardo, los cuales nos acompañarían durante toda nuestra estancia por tierras gallegas.

Nos dirigimos hacia los hoteles en Villagarcía de Arousa, un grupo a un hotel en el centro y otro a las afueras, un antiguo pazo típico gallego.

La tarde era libre hasta la hora de acudir al centro de diálisis para realizar la primera sesión. Villagarcía de Arousa es la capital de la Ría de Arousa, cuenta con un importante puerto pesquero y comercial y con bonitas playas. Fue tierra de señoríos y pazos de los que algunas muestras todavía quedan bien conservadas.

El martes tocaba visitar Santiago de Compostela, capital de Galicia, tanto espiritual como política, por albergarse en ella el Gobierno y el Parlamento gallegos. Y ciudad de reconocida jerga estudiantil, famosa, sobre todo, por su hermosa catedral. La historia cuenta que su gran impulso parte de principios del siglo IX, cuando en sus alrededores se descubrió el sepulcro que enterraba el cuerpo del Apóstol Santiago, decapitado en Palestina y trasladado a Galicia por sus discípulos. Junto al sepulcro, el rey Alfonso II el Casto mandó levantar un templo y un monasterio y en torno a ellos fue creciendo la ciudad. Santiago se convertiría muy pronto en un importante centro del cristianismo y de peregrinaciones jacobeanas.

Primera escala, la Plaza del Obradorio, que lleva el nombre de la fachada donde se levanta la majestuosa Cate-

dral y donde confluyen los peregrinos que hacen la ruta del Camino de Santiago. En el interior del edificio, hallamos la Puerta Santa y el Botafumeiro que está considerado como el rey de los incensos. A fin de que cada uno pueda disfrutar a su manera de tan magnífico entorno, la libertad de movimiento posibilita callejear por las típicas vías de alrededor de la catedral.

Tras el almuerzo en el hotel, esperan las Rías Baixas. Nos dirigimos hacia Combarro, población cuya principal riqueza es la pesca, aunque también es un municipio de agrícola lo cual explica la existencia de casas que tienen empaque de pazos y los hórreos al borde del mar.

Evidentemente, no se podía obviar la vista de la 'isla' -y el comillado viene porque su condición de anexión al municipio de O Grove por un puen-

te pone en duda tal condición- de La Toja. Famosa antiguamente por sus aguas medicinales y sus lodos, en la actualidad está más orientada al turismo. El balneario, el hotel de 5 estrellas, sus jardines y su peculiar iglesia cubierta de conchas, hacen de La Toja un lugar ideal para el descanso.

Como mandan los cánones, los expedicionarios tuvimos tiempo para adquirir algunas típicas piezas como collares y pulseras trabajadas a mano, para engalanarnos, que vendían las mujeres que allí tenían sus tenderetes. Seguidamente, cruzamos el puente y nos dirigimos a O Grove, pueblo pesquero por excelencia, con un gran número de restaurantes y marisquerías y famoso por su Fiesta del Marisco, de fama internacional, cuya celebración coincidía con nuestra estancia.

Unos optaron por pasear y degus-

tar unas sabrosas tapas y otros aprovecharon para hacer una excursión no prevista pero que resultó muy interesante y divertida: un recorrido en barco por la ría en el que se pudo observar durante todo el recorrido la gran cantidad de bateas de mejillones que alberga. Por supuesto, también se pudo disfrutar de una degustación en el mismo barco.

Dada la hora, última de la tarde, y con una muy buena temperatura pudimos contemplar una preciosa puesta de sol en compañía de un gran número de gaviotas que revolotearon a nuestro alrededor y con la típica y popular música de una muiñeira de fondo hasta llegar a puerto.

El miércoles nos adentramos en el país vecino, Portugal, donde visitamos Valença do Minho, una ciudad fortificada, fronteriza con España y separa-



da de la ciudad gallega de Tui por el río Miño. En el interior de la muralla son típicos sus bazares y comercios, la gran mayoría de complementos textiles del hogar, que algunos aprovechaban para comprar a buen precio.

Seguidamente nos trasladamos a Caminha, ya que a la hora prevista nos esperaba el transbordador en cuya travesía por el río Miño pudimos gozar de un precioso paisaje hasta llegar a La Guardia y subir al conocido Monte de Santa Tecla donde teníamos previsto el almuerzo.

Durante la subida al Monte pudimos observar las ruinas de un poblado castreño, uno de los yacimientos arqueológicos más importantes de Galicia, hasta que por fin llegamos a la cumbre para contemplar una de las más sublimes vistas. El día lucía claro y por ello tuvimos la suerte de poder apreciar el triple paisaje, marí-

timo, fluvial y montañoso. Por un lado el mar atlántico, por otro el curso del río Miño y el valle de el Rosal con sus pinares, viñedos y campos de labor. Las fotos se hacían por decenas para no perder esta oportunidad. A la hora prevista nos sirvieron la comida y a continuación una breve visita por los alrededores para ver la ermita Santa Tecla y disfrutar del bello paisaje hasta la hora del regreso al hotel.

El destino del jueves era Vigo. Allí, divisamos las islas Cíes (declaradas parque natural). Las riberas de la ría están unidas por el espectacular puente de Rande. Iniciamos una visita panorámica por la ciudad sus puertos pesqueros, mercantes y deportivos, la Plaza de España, con su monumento a los caballos, sus avenidas hasta llegar al mirador de Castro, en pleno centro de la ciudad donde pudimos contemplar una espectacular vista de la ría.

Para terminar la mañana nos trasladamos al casco antiguo donde se encuentra el singular mercado de A Pedra y concretamente la zona de las ostras, donde en diferentes puestos al aire libre pudimos degustar tan exquisito marisco. Después de coger fuerzas llegó la hora de regresar al hotel para seguir comiendo y disfrutar de la tarde libre.

Se iba acercando el fin de nuestra estancia en Galicia pero aún nos quedaba visitar una de las ciudades más bonitas de las Rías Altas, A Coruña. Nos dirigimos hacia uno de los monumentos más famosos, la Torre de Hércules bordeando el paseo marítimo, considerado el más largo de Europa con sus clásicas farolas rojas.

Sus casas acristaladas de la Avenida de la Marina llamadas galerías son balcones cerrados con carpintería de madera pintada de blanco y con una

gran superficie de vidrio que funcionan como miradores, aunque son en realidad las posteriores de las casas. Llegamos a la Torre de Hércules, el faro en funcionamiento más antiguo del mundo de 58 metros de altura y declarado patrimonio de la humanidad. Está remodelado hace años en una forma cuadrada al contrario que antaño que era circular. Algunos se atrevieron a acercarse hasta el pie para divisar la magnífica vista del mar Atlántico.

Continuamos nuestro recorrido hacia la Plaza de María Pita -heroína galaica contra el invasor inglés, allá por 1589-, donde también se ubica el palacio del mismo nombre. Era un día festivo en A Coruña y el ambiente era especial. Se podían encontrar coruñeses ataviados con sus trajes típicos de fiesta, que más de uno aprovechó para fotografiarse como recuerdo de

su paso por aquellas tierras. Después del preceptivo tiempo libre, afortunadamente bastante presente en este viaje, a la hora prevista nos dirigimos hacia Pontedeume donde estaba previsto el almuerzo y con una agradable sorpresa, la degustación de una típica Queimada que nos alegró la tarde.

Y ya, sin morriña -o la justa, siempre consustancial a los tiempos de divertimento más allá de que el mismo se produzca en la tierra de esta característica tan autóctona-, al día siguiente salíamos hacia Barcelona, dando por terminada nuestra estancia en tierras gallegas.

Una vez evocamos el recuerdo de aquellos días magníficos, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todo el personal del centro de diálisis de Villagarcía de Arousa el trato recibido durante las tres sesiones de diálisis.

Del mismo modo que la participación y buena disposición de todo el grupo y en especial a Jordi y Manoli, que colaboraron en la organización ayudando a solventar cualquier imprevisto que pudiera surgir durante el viaje. O a José y Angelines, que sentimos que en esta ocasión no pudieran viajar con nosotros por problemas de última hora, pero que siempre están dispuestos a colaborar.

Queremos destacar también la amabilidad y atención con que nos trató todo el personal del hotel del Pazo. Sin duda, nos llevamos muy buen recuerdo de su tierra.

Cada año la participación va creciendo. Nos alegra poder constatar que el objetivo principal, además de pasar unos días divertidos e inolvidables, es fomentar la convivencia y la amistad que, !BIEN MERECE LA PENA;

Deducciones por mejora en la vivienda habitual

Las obras para salvar barreras arquitectónicas se han visto beneficiadas en los últimos tiempos de deducciones fiscales de importante repercusión en la declaración de renta, a fin de adaptar las viviendas que necesi-

tan de estas mejoras. Así, el BOE de 13 de abril de 2010 -con entrada en vigor al día siguiente- explica estas mejoras, que tienen su inicio en la Ley 35/2006 de 28 de noviembre y que, en definitiva, mejoran las disposiciones iniciales

según Real Decreto Ley 6/2010 de 9 de abril, de medidas para el impulso de la reactivación económica y el empleo.

Fuente: Despacho José Antonio Carrión Hidalgo, S.L.P.

PLAZO APLICACIÓN	DESDE 14.4.2010 a 31.12.2012	
BENEFICIARIO	Contribuyentes cuya base imponible sea inferior a 53.007,20 / año	
AFECCIONES	A QUIEN AFECTA	En la vivienda habitual o edificio donde se encuentra la vivienda habitual (Comunidad de Propietarios)
	NO AFECTA A	Plaza de garaje Jardines Parques Piscinas Instalaciones deportivas Otros análogos
OBRAS AFECTADAS	MEJORA EFICIENCIA ENERGÉTICA	Instalaciones paneles solares
		Mejora envolvente (p.e. térmica edificio)
		Mejora sistemas instalaciones térmicas
	SEGURIDAD Y ESTANQUEIDAD EDIFICIO	Sustitución instalaciones
	FAVORECER LA ACCESIBILIDAD a las viviendas o edificio (RD 2006/2008 de 12 de diciembre)	
INFRAESTRUCTURAS DE TELECOMUNICACIONES		
OBRAS NO AFECTADAS	- Cambio de mobiliario de cocina, recubrimiento armarios y cambio de azulejos, puertas nuevas pintado, instalaciones A/A, salvo que estén vinculadas a las anteriores y tampoco los sistemas de control y acceso.	
REQUISITOS DE LA FACTURA	CONTENIDO OBLIGATORIO	- Número de factura - Fecha expedición o pago - Titular del expedidor y destinatario - NIF de ambos - Domicilio de ambos - Descripción detallada de los trabajos - Base imponible (sobre lo que se calcula la deducción) - IVA aplicado y caso de IVA reducido explicación y detalle del porcentaje de los materiales aportados

DEDUCCIONES	BASE IMPONIBLE	- Cantidades satisfechas obligatoriamente por	- Trajeta de crédito - Transferencia bancaria - Cheque nominativo - Ingresos en C/C de las personas que realicen la obra	
	TIPO DE DEDUCCIÓN	10%	De la base de la deducción	
	EXCLUIDO	Si el pago se hace en metálico		
	LIMITES BASE DEDUCCIÓN	Por declaración	- Contribuyentes - B.I. ≤ 33.007,20 - B.I. 33.007,20 / 53.007,20	- Límite 4000 € - 4000 € menos el resultado de multiplicar 0,2 la diferencia entre B.I. y 33.007,20 € al año.
		Exceso base máxima anual	Podrán deducir con el mismo límite en 4 ejercicios siguientes	
Por vivienda habitual		En todos los periodos impositivos no podrá exceder de 12.000 € en vivienda habitual		
Por varios propietarios		El citado límite de 12.000 € se repartirá entre los propietarios en función del porcentaje de propiedad en el inmueble.		
	No derecho a deducción	Para las mismas cantidades con la deducción por inversión en vivienda habitual.		
	APLICACIÓN DEDUCCIÓN EN DECLARACIÓN	Se restará de la cuota integral estatal		
CONCEPTO Y CONSIDERACIÓN DE CONTRIBUYENTE	CONCEPTO S/ NORMATIVA DE VIVIENDA HABITUAL DEL CONTRIBUYENTE	Con carácter general	La edificación que constituya la residencia del contribuyente en un plazo continuado de al menos tres años	
		Específico	Estar habitada de manera permanente y efectiva por el contribuyente en un plazo de doce meses contados a partir de la fecha de adquisición o terminación de obras	
		Imperativo	La adquisición de su pleno dominio	
	CONSIDERACIÓN NORMATIVA DEL CONCEPTO DE CONTRIBUYENTE	La tienen:	- Las personas físicas que tengan su residencia habitual en territorio español - Las personas físicas que tengan su residencia habitual en el extranjero por determinadas circunstancias	
		No la tienen	- Las sociedades civiles - Herencias yacentes - Comunidades de bienes...	Sus rentas se atribuirán a socios, herederos, comuneros...
RESOLUCIÓN DIRECCIÓN GENERAL DE TRIBUTOS	Por ello, en caso de obras en comunidades de propietarios (siempre que se cumplan los requisitos expuestos) se podrá deducir por cada propietario en su respectiva declaración del impuesto, en proporción a la cuota de participación en la comunidad.			



Rosa Deulofeu se'n va encertant les seves **prediccions**

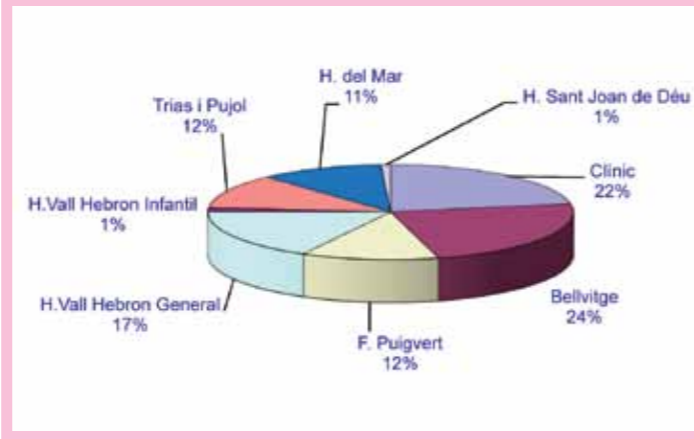
A les Jornades d'ADER de l'any 2010, les darreres en què Rosa Deulofeu va exercir de directora de l'OCATT, recordava com les dades de donació i trasplantament havien estat extraordinàries l'any 2009 i, en canvi, força negatives al 2010, amb un descens del 14%. Deulofeu, però, va augurar llavors que la tendència del 2011 s'invertiria. I així ha estat.

Els guarismes de 2011 experimenten, efectivament, una alça en el nombre de trasplantaments renals vist l'any anterior. Així, dels 384 que s'havien registrat a l'octubre de 2010 es passa als 463 al mateix mes de 2011. Tot i això, no tots els centres hospitalaris sumen, al contrari, alguns resten, però el que compta és el global i cal tenir en compte que la taxa subjectiva depèn de factors absolutament aliens a la gestió del centre sanitari.

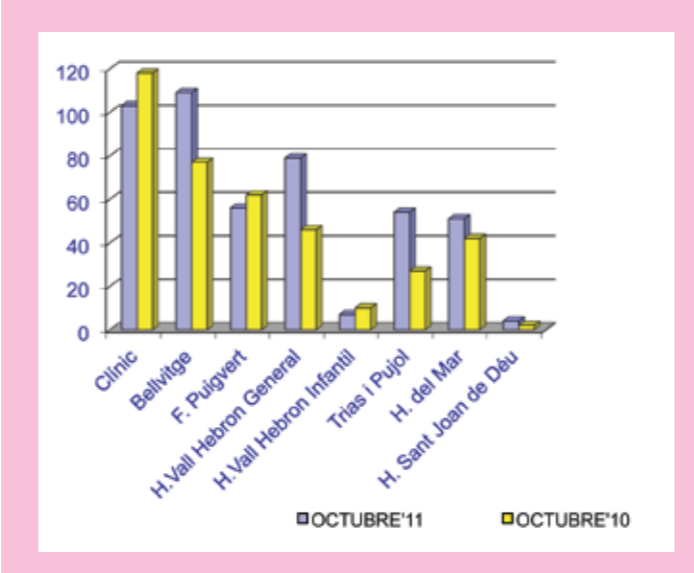
Així, en aquest darrer període tenim que l'Hospital de Bellvitge augmenta de 77 a 109 el nombre de trasplantaments de ronyó; el de la Vall d'Hebron ho fa de 46 a 79; el Trias i Pujol, de 27 a 54 (un 100%!); l'Hospital del Mar, de 42 a 51 i el de Sant Joan de Déu infantil, de 2 a 4.

Malgrat això, un dels centres que baixen (118 el 2010 i 103 el 2011), l'Hospital Clínic, manté un distingit segon lloc en l'activitat, amb un 22%, mentre que l'Hospital de Bellvitge lidera els trasplantaments amb un punt més.

Percentatges de trasplantaments renals per hospitals 2011

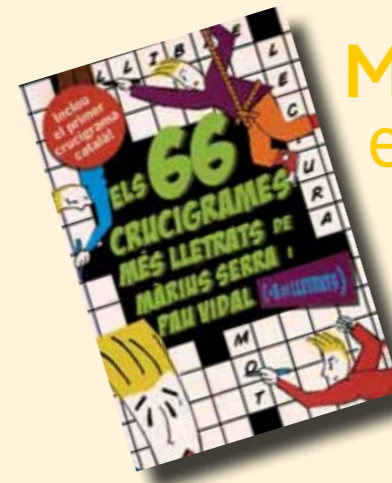


Gràfic comparatiu Oct 2010 - Oct 2011 de trasplantaments renals a Catalunya



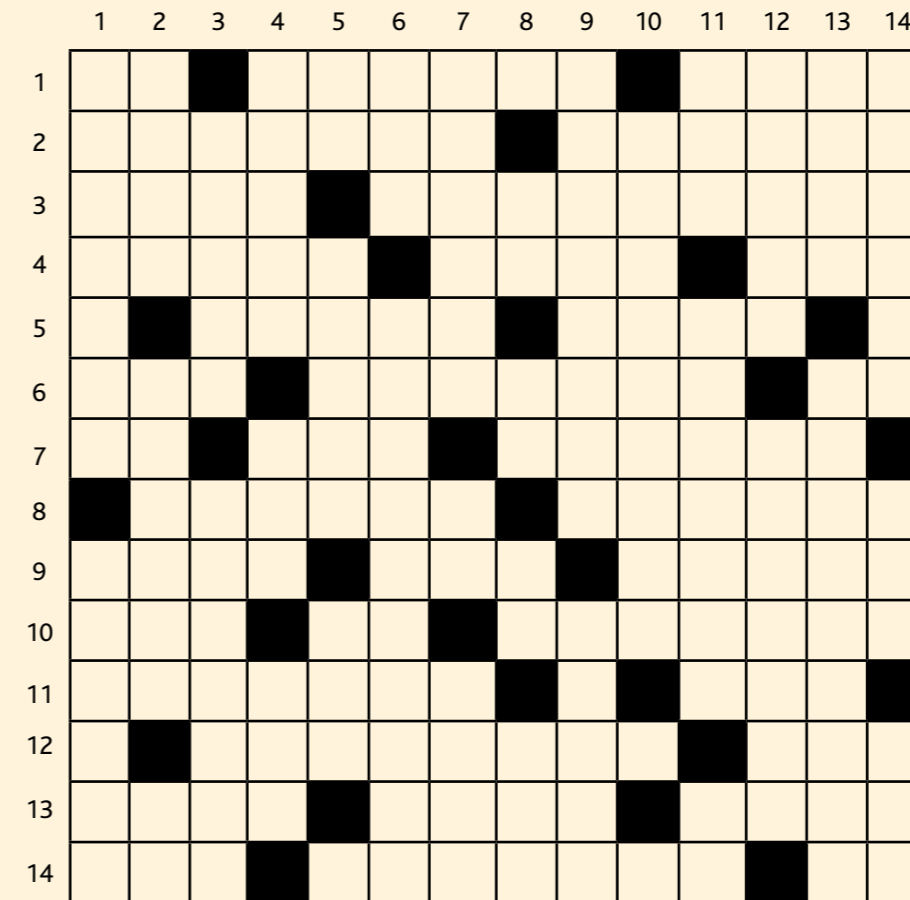
Nombre de trasplantaments renals per Hospitals a Catalunya

	OCTUBRE'11	OCTUBRE'10
Clínic	103	118
Bellvitge	109	77
F. Puigvert	56	62
H. Vall Hebron General	79	46
H. Vall Hebron Infantil	7	10
Trias i Pujol	54	27
H. del Mar	51	42
H. Sant Joan de Déu	4	2
Total	463	384



Màrius Serra cedeix els seus mots encreuats a ADER

L'escriptor, enigmista i verbívor Màrius Serra -conjuntament amb el seu colega Pau Vidal- serà, cada número, el 'rival' dels socis i lectors del butlletí d'ADER que s'atreveixin a desxifrar la proposta que, en forma de mot encreuat, la nostra revista els ofereixi. Màrius Serra, sens dubte un dels grans animadors -i provocadors- del panorama lingüístic català, s'ha prestat incondicionalment al repte que se li ha fet des d'aquesta associació a desafiar els coneixements lingüístics dels nostres lectors. Serra, ens demana que juguem amb ell. I, de passada, des d'ADER li agraïm la seva disposició desinteressada.



HORIZONTALS:

- En dues paraules molt sabroses, llibreria tarragonina regentada per Pitu Rovira. Paraules com les que omplen els llibres.
- Alabarem allò o allò altre. Perdria la posició.
- No ho estilis a occident. canviarem tot el mobiliari.
- Que surt molt bé de preu. Aquesta és molt saludable. Na Bel per les Espanyes.
- Vagareja. Faig la feina de sant Martí. La xifra més complicada en les relacions sentimentals. Res no és.
- Si no vols pots, ni t'hi acostis. Cuina la carn d'una determinada manera. La dónes sense por perquè saps que te la tornen.
- Ho conec. Insuls, gens salat. En pot patir qui no menja prou o prou bé.
- Fer-ho amb el pas és impedir-lo, fer-ho amb un taló és assegurar-lo. Que protegeix i empara.
- Tan mona com la Gioconda. Estança. Lil·liputencs.
- Els transvestits. Toc anaeròbic. Endolcit.
- Brollarà amb una gran autoritat. Pertany matemàticament. Pronunciar les coses del revés.
- El punt de màxim plaer sexual. Provençals. Mitges pinces.
- Que s'encén amb suma facilitat. El camí que no va dret. Rostre.
- Fiord a la gallega. Fa quatre ratlles per dibuixar la silueta d'un contenidor d'escombreries. En Capone.

VERTICALS:

- Els principals suports de les històries literàries. La millor fórmula per evitar caure en l'epidèmia d'idiotisme integral.
- En aquell indret. Ens visitaven els veïns. Comença a girar i no ho troba gens estrany.
- Ho sentiria. Fa madurar a la manera brasilera.
- Fer una cosa que poden fer tant els capitans de vaixell com els alcaldes.
- Al nord d'Argentina. Llençar. Pal de billar al rellotge de paret. Orient.
- Preposició multiplicadora. Que consten allà on remet l'asterisc, en notes a peu de plana.
- Deliberadament bandejats. rarsa d'ateu. de cap per avall, calçat italià per antonomàsia.
- Cotxe zeta bolcat pels manifestants. Tractament sòdic de cortesia. tarima Prosaica. Legal fora de França. Prega de cap per avall a la Platja.
- Alegries generals.
- Causeu pana. Un miler. Sofre. Camí d'embriac.
- Al sud d'Ermua. Aquest solia treballar al subsòl. Consonant que borda.
- Sales d'extracció làctia entre ovelles com cal. Cursiva que ve de cal veí.
- Germanes dels pares, i què passa? Professional de tractar infants que no és mestra ni pediatra.
- Fruit proveït d'una prolongació membranosa amb forma d'ala. Bust sense cara. Sol alegrar les carns.

SOLUCIÓ:



Hágase socio de Ader

Colabore con nosotros en la captación de nuevos socios. Podrán disfrutar de las ventajas que supone pertenecer a nuestra asociación.

1

 Socio Numerario

 Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:
 Domicilio Población
 C.P. Tel. Fecha de nacimiento

Firma

Recomendado por el socio:

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.

2

 Socio Numerario

 Socio Colaborador

Nombre y apellidos D.N.I. letra:
 Domicilio Población
 C.P. Tel. Fecha de nacimiento

Firma

Recomendado por el socio:

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



1

Assistència Laboral i jurídica

Dies de visita i horari: a convenir
Cal concertar visita prèviament
Truqueu a ADER al Tel. 93 440 88 00



2

Altres Serveis

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



3

Psicologia clínica

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



4

Yoga

Dies de visita: dimarts
Horari: de 9.30 a 11.00 h
Preu: 7,20 euros/mes



5

Quiromasatge i reflexologia podal

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

DEMANEU INFORMACIÓ AL CENTRE

ADER, Pintor Tapiró, 4 · 08028 Barcelona

Tel. 934 408 800 · Fax. 933 337 070 / e-mail: ader@aderrenal.org / www.aderrenal.org



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