PRIMER TRIMESTRE 2026

Federación Nacional

ALCER

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA POR EL CONSEJO DE MINISTROS DEL 9 DE MAYO DE 1984

50 ALCER 1975 - 2026 Federación Nacional

NO. 216

Ejercicio de fuerza o ejercicio cardiovascular en la enfermedad renal

Jubilación anticipada y enfermedad renal crónica: un avance esperado

Enfermedades renales raras la urgencia de actuar en la nefropatía por IgA

BERTA COLLADO

Día Mundial DEL RIÑÓN

50 ANIVERSARIO ALCER

DIAVERUM
d.HOLIDAY

¿Quiere irse de vacaciones y le preocupa cómo y dónde realizar su tratamiento de hemodiálisis?

En Diaverum, queremos que esto no sea una preocupación para usted.

47 clinicas **9 regiones**

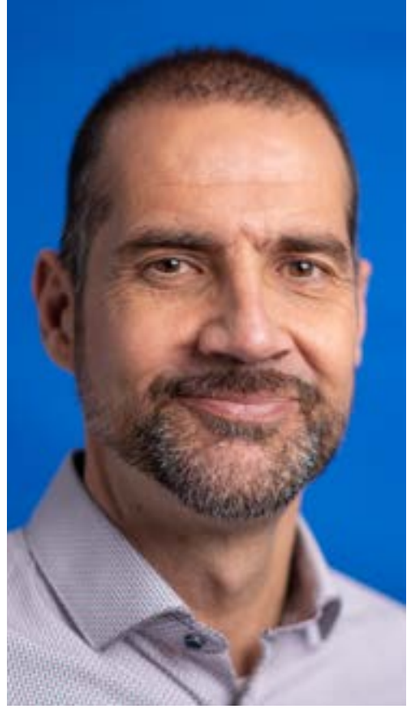
Gracias a nuestro programa **d.HOLIDAY** podrá disfrutar de unas merecidas vacaciones sin tener que preocuparse por su tratamiento. Nuestro personal se encargará de todos los trámites administraciones en relación a su reserva de plaza de diálisis en uno de nuestros centros repartidos por toda España.

Diaverum d.HOLIDAY
Programa Vuelta a Casa

Estar en una lista de trasplante de riñón no debería impedirle viajar. Por eso, desde Diaverum hemos creado el Programa Vuelta a Casa, que facilita la gestión del viaje de regreso a casa para aquellos pacientes en lista de trasplante que reciban una llamada notificándoles la disponibilidad de un órgano para ellos.

Seleccione su destino de vacaciones:
www.d.holiday
www.diaverum.es

Contáctenos:
spain@diaverum.com
Tel.: +34 635 279 660



DANIEL GALLEGO ZURRO
PRESIDENTE
FEDERACIÓN NACIONAL ALCER

Estimad@s amig@s de Alcer,

Es un placer daros la bienvenida a este nuevo número de la Revista ALCER, una edición especialmente significativa en la que celebramos **50 años de compromiso, lucha y avances en favor de las personas con enfermedad renal.**

Cinco décadas después de aquel impulso inicial de un grupo de pacientes que soñaban con una atención más justa y equitativa, hoy podemos afirmar con orgullo que ALCER es una organización consolidada, referente en la defensa de los derechos, la calidad de vida y la dignidad del colectivo renal en España.

Este número refleja bien los retos y oportunidades que tenemos por delante. La enfermedad renal crónica continúa siendo un **problema de salud pública de gran magnitud**, muchas veces silencioso y con un alto grado de infra diagnóstico. Por ello, insistimos en la necesidad de **reforzar la prevención, el diagnóstico precoz y la concienciación social**, pilares fundamentales para cambiar el curso de esta realidad.

También ponemos el foco en cuestiones clave para nuestro colectivo: desde la mejora de la calidad de vida a través del ejercicio y el autocuidado, hasta avances sociales tan importantes como la **jubilación anticipada para personas con enfermedad renal crónica**, una reivindicación histórica que por fin comienza a hacerse realidad.

Además, **abordamos temas de gran relevancia como las enfermedades renales raras**, que requieren mayor visibilidad, investigación y equidad en el acceso a tratamientos, así como el papel fundamental de la donación y el trasplante en el día nacional del trasplante, ejemplo de solidaridad y éxito del sistema sanitario español.

Quiero destacar, en este 50 aniversario, el valor de todas las personas que han hecho posible este camino, personas con enfermedad renal, familias, profesionales sanitarios, voluntariado y entidades miembro y colaboradoras. Sin su esfuerzo y compromiso, nada de esto habría sido posible.

Desde ALCER seguiremos trabajando con la misma determinación que hace 50 años, **defendiendo, acompañando y dando voz a las personas con enfermedad renal**, impulsando cambios reales que mejoren su vida.

Gracias por acompañarnos una vez más.

Daniel Gallego Zurro
Presidente
Federación Nacional ALCER

06
DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN 2026

"VOCES QUE ACOMPAÑAN"

DÍA NACIONAL DEL TRASPLANTE

12
50 ANIVERSARIO ALCER

14
EMPLEO

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

CONSEJO EDITORIAL ALCER
Equipo de Dirección:
Daniel Gallego Zurro
Manuel Arellano Armisen

Equipo de Redacción:
Roberto Ortíz Lora
Juan Carlos Julián Mauro
Antonio Vaquero Fernández
Sara Muñoz Carrasquilla
Ana Belén Martín Arcicollar
María José González López
María del Carmen Porras Gómez
Noelia Moya Guerrero
Mónica Suengas Barquín
Carlos San Martín Fernández

REDACCIÓN ADMINISTRATIVA
PUBLICIDAD
FEDERACIÓN NACIONAL ALCER
C/ Constancia, 35. 28002 Madrid
Tel. 91 561 08 37
federacion@alcer.org
www.alcer.org

Producción
Printcolor Multiproyectos Gráficos S.L.
C/ San Romualdo, 26. 28037 (Madrid)
Tel. +34 671 061 639

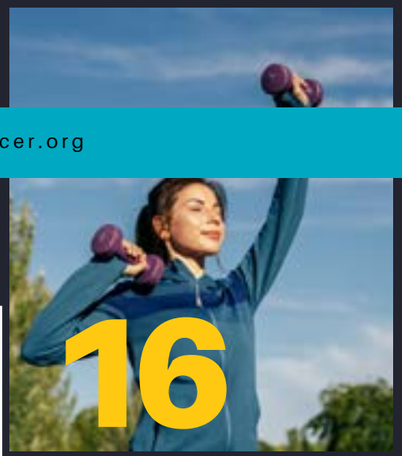
Maquetación / Expansión Creativa
www.expansioncreativa.es
Impresión / Printcolor Multiproyectos Gráficos S.L.
Fotografía / Archivo ALCER • Expansión Creativa
Depósito Legal / M-4180-1978
ISSN / 1885-9313

ALCER no comparte necesariamente el criterio de sus colaboradores en los trabajos publicados en estás paginas. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso del editor.

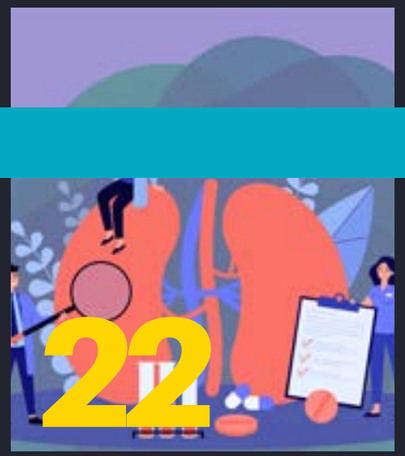
COLABORA

www.alcer.org

20
ENTREVISTA: BERTA COLLADO

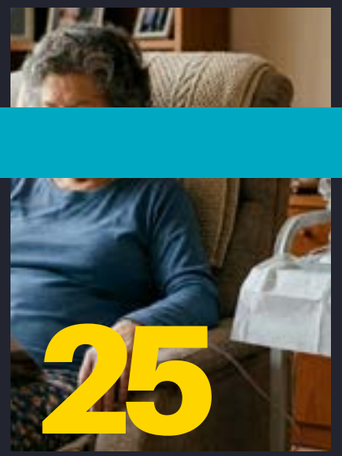


16
EJERCICIO DE FUERZA O EJERCICIO CARDIOVASCULAR



22
ENFERMEDADES RENALES RARAS

NOTICIAS 38



25
SEDEN

SEDEN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

36
MUJER Y ENFERMEDAD RENAL

28
ENTENDER LA ENFERMEDAD RENAL

SALUD RENAL PARA TODOS

Cuidando a la gente, protegiendo el planeta

DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN

Reconocimiento a los profesionales

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) SE HA CONVERTIDO EN UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN TODOS LOS PAÍSES Y TAMBIÉN EN ESPAÑA, DONDE SE ESTIMA QUE AFECTA YA AL 15% DE LA POBLACIÓN (UNOS 7 MILLONES DE ESPAÑOLES), EN CUALQUIER ESTADIO DE LA ENFERMEDAD E INCLUYENDO A LAS PERSONAS SIN DIAGNOSTICAR.

ADEMÁS, LA PREVALENCIA DEL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (TRS), ES DECIR, EL NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTÁN EN DIÁLISIS O TRASPLANTE PARA SUSTITUIR LA FUNCIÓN DE SUS RIÑONES, HA AUMENTADO MÁS DE UN 30% EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN ESPAÑA, SITUÁNDOSE EN 1.411 PACIENTES POR MILLÓN DE POBLACIÓN. EN CONCRETO, UN TOTAL DE 66.982 PERSONAS EN ESPAÑA ESTÁN EN DIÁLISIS O TRASPLANTE

Los profesionales sanitarios y los pacientes solicitan por el Día Mundial del Riñón, que se celebra el 14 de marzo, un plan nacional con medidas que "ayuden a prevenir y a diagnosticar precozmente las enfermedades renales, que ya afectan a siete millones de españoles". La Federación Nacional ALCER señaló que "la enfermad renal crónica se ha convertido en un grave problema de salud pública en todos los países y también en España, donde se estima que afecta ya al 15% de la población". Asimismo, el número de personas en diálisis o trasplante para sustituir la función de sus riñones incrementó un 30% en España en la última década, hasta las 66.982 personas. ALCER declaró que, a pesar de ser una de las enfermedades más desconocidas por la población, "tiene un elevado impacto sociosanitario y en la calidad de vida de los pacientes". Otro de los mayores problemas de esta enfermedad es que sus síntomas son poco reconocibles, lo que dificulta su diagnóstico precoz y el tratamiento. Por ello, los nefrólogos y los pacientes renales pidieron "dar una mayor visibilidad a la enfermedad renal crónica y que las administraciones públicas realicen un mayor esfuerzo para promover y potenciar la prevención y el diagnóstico precoz de esta patología, conocida como la epidemia silenciosa, y que tiene una tasa de infradiagnóstico de más del 40%". El presidente de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), el doctor Emilio Sánchez, afirmó que la estrategia aprobada en 2015 debe ser actualizada y reformulada "para dar respuesta a los nuevos retos planteados en los últimos años por la preocupante escalada tanto de su incidencia como de su prevalencia y mortalidad".

DÍA MUNDIAL DEL RIÑON

ALCER

DÍA MUNDIAL DEL RIÑON

ALCER

ALCER MADRID

ALCER HUESCA

ALCER MÁLAGA

ALCER LEÓN

ALCER TERUEL

ALCER LUGO

ALCER OURENSE

ALCER SALAMANCA

ALCER LA RIOJA

ALCER PALENCIA

ALCER PONTEVEDRA

ALCER TURIA

ALCER SURESTE

ALCER TOLEDO

ALCER LAS PALMAS

ASHUA

ALCER: 50 AÑOS TRANSFORMANDO LA VIDA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

ANA MARTÍN . FEDERACIÓN NACIONAL ALCER

En 2026 se cumplen cincuenta años del nacimiento de ALCER, una organización que ha marcado un antes y un después en la defensa de las personas con enfermedad renal crónica en España. Desde su creación en 1976, la calidad de vida, la atención sanitaria y los derechos del colectivo renal han experimentado una evolución extraordinaria, impulsada en gran parte por el movimiento asociativo que dio origen a la entidad.

Los orígenes: la fuerza de un grupo de pacientes (1976)

ALCER nació gracias a la iniciativa de un grupo de personas con enfermedad renal que reclamaban un acceso equitativo al tratamiento de diálisis en un momento en que este recurso era escaso y desigual. La idea germinó rápidamente y, de manera progresiva, comenzaron a surgir asociaciones provinciales por toda la geografía española.

El 5 de mayo de 1976, la Dirección General de la Seguridad Social aprobó los estatutos de la organización. Aquel grupo anónimo de pacientes veía así culminar un esfuerzo enorme, fruto de reuniones, ilusión y un firme compromiso colectivo.

En esta primera etapa, resultó fundamental la figura de Isabel Entero, presidenta de la Fundación Renal Española, quien desempeñó un papel clave en la organización, estructuración y consolidación del movimiento ALCER.

La comunicación como herramienta de cohesión

En 1978 nació el Boletín Informativo ALCER, dirigido por Jesús Girón. Esta publicación se concibió como un medio de comunicación esencial para todas las personas con enfermedad renal crónica del país, y pronto fue asumida por las asociaciones provinciales como un instrumento unificador y de difusión de información. Un año después, en 1979, comenzó la elaboración de *El manual del enfermo renal*, un libro práctico destinado a resolver dudas y orientar a los pacientes sobre la insuficiencia renal crónica. A la vez, actividades como las II Jornadas Nacionales de Enfermos Renales consolidaban el papel de ALCER como referente y voz del colectivo.

Los avances en estos primeros años fueron significativos, pero también surgían nuevos retos. Por ello, ALCER continuó trabajando con constancia, ampliando servicios y adaptándose a los tiempos

PUEDES INSCRIBIRTE FÁCILMENTE ESCANEANDO EL QR

La Federación Nacional ALCER ha habilitado un número limitado de plazas, para personas socias de las entidades ALCER, como para el público general. Ten en cuenta que completar la inscripción no garantiza la asistencia, ya que será necesaria una confirmación previa por parte de la organización. El aforo es limitado y las personas socias de las entidades ALCER tendrán prioridad.

para mejorar no solo la vida de los pacientes renales, sino también contribuir al bienestar de la sociedad en su conjunto.

De movimiento asociativo a Federación Nacional (1981)

El crecimiento de las asociaciones provinciales hizo necesario un modelo organizativo más amplio. En la Asamblea General Extraordinaria de 1981, se decidió la transformación de ALCER Nacional en la Federación Nacional ALCER, que aglutinaría a las entidades provinciales bajo una única estructura y una Junta Directiva Nacional. El 9 de mayo de 1984, la Federación Nacional ALCER fue reconocida como entidad de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros, un hito que reforzó su presencia institucional.

Hoy, ALCER está formada por 55 asociaciones federadas en todo el territorio nacional y ofrece servicios esenciales como apoyo psicológico, jurídico, social, dietético y laboral a miles de pacientes y familias.

ALCER y la transformación del sistema de trasplantes en España

El impulso decisivo para la Ley de Trasplantes (1978-1979)

A finales de los años 70, uno de los objetivos prioritarios de ALCER fue promover una legislación moderna sobre donación y trasplante de órganos. Para ello, en 1978 se distribuyeron las primeras tarjetas de donante y se lanzó una campaña de sensibilización que visibilizaba la situación de las personas con enfermedad renal.

La legislación entonces vigente no respondía a los avances médicos, lo que dificultaba el desarrollo del trasplante renal. ALCER promovió una amplia movilización social e institucional, apoyándose en las reflexiones jurídicas del profesor Carlos Romeo, cuyo trabajo inspiró el texto de una nueva propuesta de ley. El esfuerzo culminó con la aprobación de la Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos, aún vigente, y considerada uno de los pilares del modelo español.

Un modelo de éxito compartido: la creación de la ONT (1989)

Según el Dr. Rafael Matesanz, fundador de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), el origen del éxito español en donación y trasplantes se encuentra en el trabajo valiente de los primeros grupos de pacientes de ALCER. Fue su presión, una década después de la aprobación de la ley, lo que impulsó al Ministerio de Sanidad a crear en 1989 la ONT.

La ONT surgió para resolver las desigualdades entre territorios y la falta de coordinación entre hospitales. Hoy es un referente mundial desde hace más de 35 años gracias a un modelo basado en:

- solidaridad de la ciudadanía
- equidad en el acceso
- transparencia
- seguridad

Además, mantiene una colaboración constante con las entidades de pacientes desde sus inicios.

En 2024, se consiguió un nuevo avance con la aprobación de la Ley 6/2024, que reconoce:

- la baja laboral por donación de órganos como incapacidad temporal.
- nuevos permisos retribuidos para asistencia a sesiones informativas y exámenes clínicos.

CON LA COLABORACIÓN
DIAVERUM AstraZeneca avericum CSL

JUBILACIÓN ANTICIPADA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UN AVANCE ESPERADO

Sara Muñoz. Responsable del Servicio de Empleo de Federación Nacional ALCER

Las personas con discapacidad pueden acceder en determinados casos a la jubilación antes de la edad ordinaria. Esta posibilidad, prevista en la legislación española, busca reconocer que algunas enfermedades o limitaciones pueden dificultar el mantenimiento de una vida laboral prolongada.
En el caso de las personas con enfermedad renal crónica, esta cuestión tiene una especial importancia, ya que deben compatibilizar su trabajo con tratamientos exigentes como la diálisis, las revisiones médicas frecuentes o las complicaciones derivadas de la propia enfermedad.

En este contexto, se ha producido recientemente un avance relevante para el colectivo.

La Federación Nacional de Asociaciones ALCER ha celebrado la aprobación de la inclusión de la Enfermedad Renal Crónica entre las patologías que permiten acceder a la jubilación anticipada en el supuesto de discapacidad igual o superior al 45 %. Esta medida será efectiva una vez que se publique formalmente en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

EN EL CASO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ESTA CUESTIÓN TIENE UNA ESPECIAL IMPORTANCIA, YA QUE DEBEN COMPATIBILIZAR SU TRABAJO CON TRATAMIENTOS EXIGENTES

Se trata de una reivindicación histórica del movimiento asociativo de pacientes renales y supone un reconocimiento del impacto que esta enfermedad puede tener en la vida laboral de quienes la padecen.

- **Dos vías para adelantar la jubilación**

El artículo 206 bis de la Ley General de la Seguridad Social establece que la edad de jubilación puede reducirse cuando la persona trabajadora tiene reconocido un determinado grado de discapacidad.

En concreto, existen dos modalidades principales:

- cuando el grado de discapacidad es **igual o superior al 65 %**, y
- cuando el grado de discapacidad es **igual o superior al 45 %** y está provocado por determinadas enfermedades que pueden tener un impacto relevante en la salud o en la esperanza de vida.

Un aspecto importante es que el tiempo en que se adelanta la jubilación se considera como cotizado a efectos del cálculo de la pensión. Esto significa que la persona trabajadora no ve reducido el porcentaje de su pensión por el hecho de jubilarse antes.

- **Jubilación anticipada con discapacidad igual o superior al 65 %**

La primera modalidad está regulada por el Real Decreto 1539/2003. Permite reducir la edad de jubilación aplicando determinados coeficientes sobre el tiempo trabajado durante los periodos en que la persona trabajadora tenía reconocido el grado de discapacidad.
Los coeficientes de reducción son:

- **0,25** cuando el grado de discapacidad es igual o superior al 65 %.
- **0,50** cuando, además de ese grado de discapacidad, la persona necesita la ayuda de otra para realizar los actos esenciales de la vida diaria.

La reducción se calcula aplicando estos coeficientes al tiempo trabajado con discapacidad reconocida. En cualquier caso, la jubilación no puede producirse antes de los 52 años.

ALCER

Este sistema se aplica principalmente a trabajadoras/es por cuenta ajena de distintos regímenes de la Seguridad Social, como el régimen general, el agrario o el del mar.

- **Jubilación anticipada con discapacidad igual o superior al 45 %**

La segunda modalidad está regulada por el Real Decreto 1851/2009, modificado recientemente por el Real Decreto 370/2023.
A diferencia del caso anterior, **sí se aplica tanto a trabajadoras/es por cuenta ajena como a trabajadoras/es autónomas/os.** En este supuesto, la edad mínima de jubilación es de **56 años.**

Para poder acceder a esta modalidad es necesario cumplir varios requisitos. El principal es haber cotizado **al menos 15 años** en actividades en las que el/la trabajador/a estuviera afectado por alguna de las enfermedades incluidas en el listado del Real Decreto.

Dentro de esos 15 años, **al menos cinco deben haberse trabajado con un grado de discapacidad igual o superior al 45 %.**

Es importante señalar que durante todo el periodo de 15 años no es necesario haber tenido reconocido oficialmente ese grado de discapacidad, pero sí haber estado afectado por la enfermedad que posteriormente da lugar a ese porcentaje.

- **La importancia del reconocimiento de la enfermedad renal crónica**

La reciente inclusión de la Enfermedad Renal Crónica dentro de las patologías que permiten acceder a esta modalidad de jubilación anticipada supone una noticia especialmente relevante para los pacientes renales.

Esta medida reconoce que la enfermedad puede tener un impacto significativo en la salud, la calidad de vida y la capacidad de mantener una actividad laboral durante muchos años.

Desde el movimiento asociativo, y en particular desde la Federación Nacional de Asociaciones ALCER, se ha valorado esta decisión como un paso importante hacia una mayor protección social de las personas que conviven con esta enfermedad.

Cuando la medida se publique oficialmente en el Boletín Oficial del Estado, muchas personas con enfermedad renal crónica que tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 45 % podrán beneficiarse de esta posibilidad de adelantar su jubilación.

Se trata, en definitiva, de un avance que contribuye a adaptar el sistema de protección social a la realidad de las personas con enfermedad renal crónica y a las dificultades que pueden encontrar a lo largo de su vida laboral.

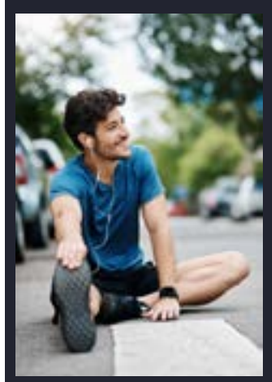
Si hay algo que me obsesiona desde hace algunos años es el poder del músculo como órgano desconocido del cuerpo. He dicho órgano, sin miedo a equivocarme, ya que sus complejas funciones son comparables a la del hígado, el corazón o el riñón. Tener un músculo sano tiene un poder antienvejecimiento que toda la población debería conocer para así instaurar su conservación como un objetivo prioritario. Sabemos que cuando una persona, por la razón que sea, pierde masa muscular ensombrece su pronóstico vital y ve recortada su esperanza de vida.

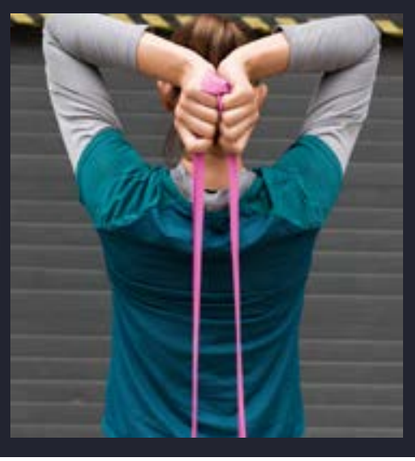
RELACIÓN BILATERAL

EL PROBLEMA RADICA EN QUE LA RELACIÓN ENTRE EL MÚSCULO Y EL RESTO DE LOS ÓRGANOS ES BILATERAL

DR. BORJA QUIROGA
NEFRÓLOGO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)
AUTOR DE "EL RETO ES NO ENVEJECER" (ROCAEDITORIAL, 2026)

EJERCICIO DE FUERZA O EJERCICIO CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD RENAL





EL PROBLEMA RADICA EN QUE LA RELACIÓN ENTRE EL MÚSCULO Y EL RESTO DE LOS ÓRGANOS ES BILATERAL; DEL MISMO MODO QUE HAY ENFERMEDADES QUE REDUCEN SU FUNCIONALIDAD, LA SARCOPENIA TIENE EFECTOS DELETÉREOS DIRECTOS EN NUESTRO ORGANISMO

APLICAR MEDIDAS PARA MANTENER EL MÚSCULO

NUMEROSAS ENFERMEDADES IMPACTAN DE MANERA DIRECTA EN EL MÚSCULO; ENTRE ELLAS LA ENFERMEDAD RENAL, LA ENFERMEDAD HEPÁTICA O EL CÁNCER. EN POR ELLO QUE, SI EN POBLACIÓN SANA LA CONSERVACIÓN DEL MÚSCULO ES IMPORTANTE, TENER UNA ENFERMEDAD QUE ASOCIA A SU PÉRDIDA (SARCOPENIA ES EL TÉRMINO CIENTÍFICO) HACE QUE SEA ESENCIAL APLICAR MEDIDAS PARA MANTENERLO O INCLUSO REGENERARLO. EL PROBLEMA RADICA EN QUE LA RELACIÓN ENTRE EL MÚSCULO Y EL RESTO DE LOS ÓRGANOS ES BILATERAL; DEL MISMO MODO QUE HAY ENFERMEDADES QUE REDUCEN SU FUNCIONALIDAD, LA SARCOPENIA TIENE EFECTOS DELETÉREOS DIRECTOS EN NUESTRO ORGANISMO.

El músculo, como órgano que es, secreta sustancias según sea su salud y que se denominan mioquinas. Hay dos tipos de mioquinas, las beneficiosas (a la cabeza una denominada irisina) y las perjudiciales (siendo la principal la miostatina). Un músculo que presenta sarcopenia envía señales deletéreas a los diferentes órganos a través de estas mioquinas influyendo de manera decisiva en su funcionamiento. Así pues, cuando perdemos masa muscular, nuestro corazón, nuestro riñón o incluso nuestro cerebro pierden función. Sin embargo, cuando nuestros músculos están sanos, las mioquinas beneficiosas instan a nuestros órganos a que optimicen su funcionamiento e incluso reviertan algunas lesiones que puedan presentar. Así pues, podríamos considerar a nuestro sistema muscular incluso como un fármaco en determinadas condiciones. La pregunta del millón sería, ¿cómo puedo conservar yo mi músculo para evitar que la sarcopenia ejerza una influencia negativa? Muy sencillo, ejercitándolo. Esto es, generando contracción muscular. Las recomendaciones actuales incluso han establecido la cantidad de ejercicio de fuerza que debemos realizar a la semana como mínimo: 90 minutos. De hecho, un importante estudio científico reveló hace poco que realizar esta cantidad de ejercicio de fuerza (13 minutos al

Generar contracción muscular

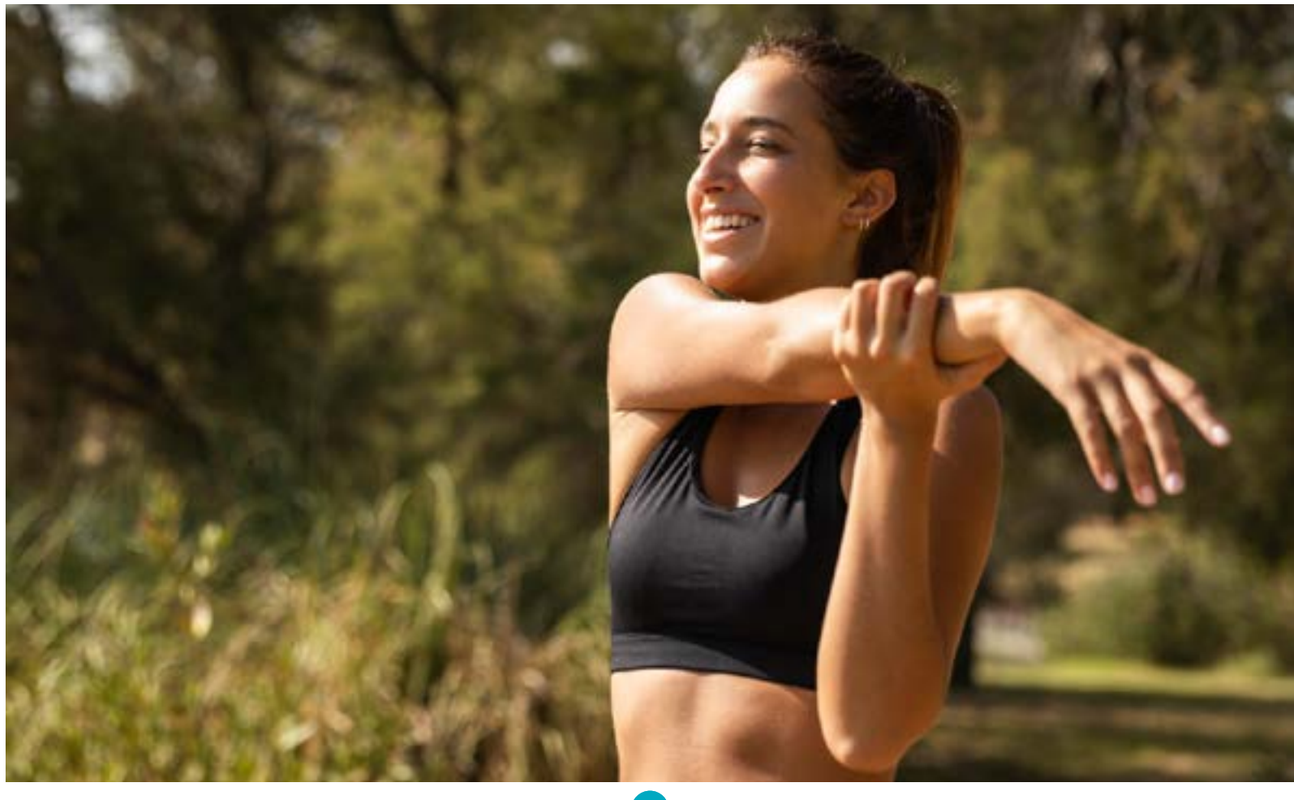
día) se asociaba a una protección extra frente al envejecimiento de nuestros cromosomas (las estructuras donde reside nuestro ADN) con un aumento de la esperanza de vida de ¡hasta 4 años! Un rédito nada despreciable por levantar unas pesas mientras vemos medio capítulo de una serie en el sofá. Eso sí, tiene que ser un ejercicio que genere una contracción muscular, que cueste un poco realizar, y por eso cada persona debe encontrar el peso ideal acorde a su situación física. Y esto es una actividad que debe ser aplicable a toda la población con enfermedad renal, sea cual sea su estadio. De hecho, las sesiones de hemodiálisis son un excelente momento para realizar este tipo de ejercicios y que han demostrado un beneficio clínico claro. También las largas esperas en las salas de los hospitales donde aguardamos pacientemente una consulta. De manera adicional existe otra medida que puede ayudarnos en nuestra labor de mantener nuestro músculo sano: el consumo de creatina. En términos generales, la ingesta de suplementos no es algo que pueda realizarse a la ligera y debemos ser cuidadosos ya que actualmente hay una peligrosa fiebre que incentiva su comercialización. Sin embargo, el caso de la creatinina, desde el punto de vista científico, es diferente. Se trata de un suplemento seguro que ayuda a mantener y a regenerar el músculo y, con ello todo a mantener la homeostasis de nuestro organismo. De hecho, actualmente hay estudios en marcha que están tratando de demostrar su impacto en el deterioro cognitivo y si su consumo podría reducir la progresión de enfermedades tan temidas como el Alzheimer. Los resultados preliminares parecen avalarlo. Eso sí, tenemos que ser cuidadosos con el tipo de creatina que compremos y, sobre todo, que esta sea pura. Para ello debemos fijarnos en que sea una formulación de creatina monohidrato y con el sello de calidad ULTRAPURE® o CREAPURE®. La dosificación es muy sencilla, un cacito de 3 a 5 gramos cada mañana en ayunas. Y una advertencia, como la creatina puede modificar los valores de la creatinina en sangre (ya que es un compuesto que forma parte de la misma vía metabólica) y este parámetro es el que usamos los nefrólogos para conocer la función del riñón, si la consumimos debemos advertir al médico que valore nuestra analítica para que pueda interpretarla correctamente. Una vez hemos delimitado la importancia del ejercicio de fuerza en cualquier persona y, por supuesto, en las que tienen enfermedad renal, no podemos dejar de lado el otro tipo de ejercicio al que clásicamente estábamos acostumbrados: el cardiovascular o aeróbico. Los estudios publicados al respecto son tajantes en su beneficio y clasifican la evidencia en la salud con la máxima graduación: 1A. Es decir, el ejercicio cardiovascular debe ser pautado a cualquier persona, con independencia de su situación clínica y adaptándolo a sus necesidades.

Pueden existir algunas complicaciones que se pueden evitar con un buen acondicionamiento

Eso sí, la duración del mismo sí debería alcanzar mínimo 150 minutos a la semana, que pueden concentrarse en dos días (pensando en el fin de semana) o fragmentarlo en menos tiempo, pero con periodicidad diaria.

Una vez conocemos las recomendaciones mínimas de ejercicio para la población y sus beneficios clínicos, debemos ser conscientes de que derivados de la misma pueden existir algunas complicaciones que se pueden evitar con un buen acondicionamiento. En primer lugar, el ejercicio físico debe ser progresivo intentando alcanzar unos límites tolerables en cada sesión. En cuanto a la frecuencia cardiaca, por ejemplo, podemos establecer la regla de no superar (200-edad en años) latidos por minuto (es decir, para una persona de 40 años, su frecuencia cardiaca máxima serían 160 latidos por minuto). En segundo lugar, comenzar con un calentamiento que debe ir encaminado a movilizar los músculos que posteriormente vamos a ejercitar. Mientras que el acondicionamiento previo deber ser dinámico, tras la realización de ejercicio podemos realizar estiramientos estáticos de los grupos musculares que hayamos usado para una mejor recuperación posterior.

Con todo esto ya tenemos las nociones del impacto que supone conservar nuestro músculo sano y medidas sencillas que nos ayuden a conseguirlo en nuestro día a día.



BERTA COLLADO

Berta Collado es una de las presentadoras y periodistas más conocidas de la televisión española. Con una amplia trayectoria en programas de entretenimiento y actualidad, ha destacado por su versatilidad, cercanía con el público y su capacidad para comunicar con naturalidad y profesionalismo, combinando humor, dinamismo y rigor informativo en sus intervenciones.

¿De dónde llegó su vocación por el periodismo?
Desde pequeña me ha encantado contar historias. Siempre cogía lo primero que tenía a mano, que pudiera parecer un micrófono, y me inventaba relatos como si estuviera en una conexión en directo. Me sentía muy bien comunicando y escribiendo. Recuerdo tener una imaginación infinita. Así que primero escribía lo que se me ocurría, noticias, relatos, cuentos... y luego los contaba en alto como en una retransmisión. Imagino que siempre he tenido una necesidad de contar. También me aprendía los diálogos de las pelis de memoria. Tenía esa capacidad. Imagino que mi pasión por el periodismo, viene de ahí.

Si tiene que quedarse con un medio, ¿elige cine o televisión?
A nivel profesional, sin duda, la televisión. Es el medio en el que llevo trabajando más de 20 años y el que más conozco.

"La donación de órganos me parece algo vital. Y que España sea líder mundial en donación y trasplante de órganos, un auténtico orgullo. Al final, se trata de donar vida de una manera altruista. Creo que no hay nada más bonito que eso"

ROBERTO ORTIZ LORA

Berta Collado

Intento descansar lo máximo posible, mantener una alimentación equilibrada sin privarme de nada y desde hace nada estoy practicando deporte de fuerza, que me está viniendo de lujo, par el cuerpo y la cabeza

Cine nunca he hecho. Pero como espectadora, si tuviera que elegir un medio, sin duda sería el cine. Y el cine en las salas de cine.

De todas las facetas profesionales que ha desarrollado a lo largo de su carrera, ¿en cuál se siente más a gusto?
Yo creo que va por momentos vitales y etapas. Es verdad que, como te decía en la anterior pregunta, mi medio natural siempre ha sido la televisión, es algo inherente a mí, pero también me he sentido muy cómoda en la radio, medio que adoro y subida a las tablas de un teatro. En el momento actual que estoy ahora, te diría la radio y la escritura.

En la actualidad, ¿dónde se encamina su carrera profesional?
Tengo muchas ganas de tener mi propio proyecto. Ese que creas tú desde el principio y que, para bien o para mal, es tuyo, es tu "niño", sin agentes externos. Últimamente estoy escribiendo mucho. Siempre lo he hecho pero ahora más que antes, tengo esa necesidad. Espero poder darle forma a todo para publicar mi primer libro. Sin dejar la radio ni la televisión si hay algún proyecto interesante, eso por supuesto.

¿Qué hábitos de vida saludable realiza para el cuidado de la salud?
Intento descansar lo máximo posible, mantener una alimentación equilibrada sin privarme de nada y desde hace nada estoy practicando deporte de fuerza, que me está viniendo de lujo, para el cuerpo y la cabeza.

¿Cuáles han sido sus últimos proyectos solidarios?
Llevo mucho tiempo colaborando con la fundación "Hogar Sí", que lucha por eliminar el "sinhogarismo", por intentar conseguir que nadie viva en la calle. Hace poco, logramos que esa palabra "sinhogarismo", entrara en la RAE. La vivienda es un derecho, no una mercancía. Nadie debería vivir sin un hogar.

Las enfermedades renales suelen avanzar de forma silenciosa. A menudo pasan inadvertidas, sin síntomas claros en fases iniciales, y demasiadas veces se diagnostican cuando el daño ya es importante. En España, más de siete millones de personas viven con enfermedad renal crónica, sin embargo, su visibilidad sigue siendo mínima y el diagnóstico tardío, lo que agrava las consecuencias.

LA ENFERMEDAD RENAL

LAS ENFERMEDADES RENALES SUELEN AVANZAR DE FORMA SILENCIOSA

ALCER, FEDER Y SERENDIPIA

ENFERMEDADES RENALES RARAS
LA URGENCIA DE ACTUAR EN LA NEFROPATÍA POR IgA

LAS ENFERMEDADES RENALES RARAS REQUIEREN UNA MAYOR SENSIBILIZACIÓN NO SOLO ENTRE LA CIUDADANÍA Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS, SINO TAMBIÉN ENTRE LOS DECISORES

LA NEFROPATÍA POR IgA

LA NEFROPATÍA POR IgA ES UNA GLOMERULOPATÍA, ES DECIR, UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA A LOS GLOMÉRULOS, LAS ESTRUCTURAS DEL RIÑÓN RESPONSABLES DE FILTRAR LA SANGRE

Dentro de las enfermedades renales, las raras o poco frecuentes, como la Nefropatía por IgA, presentan retos adicionales: baja visibilidad y conocimiento, ausencia de protocolos homogéneos y desigualdades en el acceso a tratamientos innovadores. Todo ello condiciona nuestro futuro y nuestra calidad de vida para quienes convivimos con estas enfermedades.

La Nefropatía por IgA es una glomerulopatía, es decir, una enfermedad que afecta a los glomérulos, las estructuras del riñón responsables de filtrar la sangre. Se trata de una patología renal rara, crónica y progresiva que afecta principalmente a adultos jóvenes. Su característica principal es la acumulación anómala de inmunoglobulina A en los glomérulos, lo que provoca inflamación y un deterioro gradual de la función renal. Más del 60% de los casos se diagnostican en fases avanzadas y 1 de cada 4 pacientes progresa a enfermedad renal terminal en solo cuatro años.

Tiene, además, un enorme impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Más allá del daño físico, entre las afectaciones principales destacan el impacto en la salud mental, la imposibilidad de continuar con la vida cotidiana y, derivado de ello, dificultades en el acceso y el mantenimiento de un empleo o en el desempeño educativo.

En este contexto, las asociaciones de pacientes hemos constatado durante años que no solo falta información: falta un modelo estructurado que permita sospechar antes,

agilizar el diagnóstico y garantizar el acceso al tratamiento adecuado y a la innovación terapéutica. Las enfermedades renales raras requieren una mayor sensibilización no solo entre la ciudadanía y los profesionales sanitarios, sino también entre los decisores: quienes definen el acceso a nuevos tratamientos, diseñan estrategias y establecen políticas sanitarias. Conscientes de esta realidad, desde ALCER (Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades del riñón), FEDER (Federación Española De Enfermedades Raras) y Serendipia (Asociación Balear de Enfermedades renales Glomerulares), junto a la Alianza para la Nefropatía por IgA, participamos recientemente en un taller de trabajo que reunió a profesionales clínicos, representantes institucionales y pacientes. Ese espacio permitió identificar las barreras que enfrentamos cada día: la escasa visibilidad de la salud renal, la falta de protocolos homogéneos, la limitada coordinación entre niveles asistenciales, la falta de estrategias de detección precoz, especialmente en enfermedades raras glomerulares, la inequidad territorial, la falta de tratamientos y las dificultades para acceder a innovaciones terapéuticas que pueden cambiar el curso de la enfermedad y mejorar nuestra calidad de vida. Del intercambio de experiencias y perspectivas surgió un consenso claro: el sistema puede mejorar, y existen soluciones concretas para lograrlo. Por eso hemos contribuido activamente en la elaboración del documento "10 claves estratégicas para transformar el abordaje de la Nefropatía IgA en España". No es un documento técnico más: es una llamada a priorizar la salud renal e incluir la voz del paciente en las decisiones que nos afectan. Las medidas recogidas van desde reforzar la formación de los profesionales sanitarios hasta impulsar rutas asistenciales claras, mejorar el acceso a terapias innovadoras y promover la investigación y la generación de datos de vida real que permitan entender mejor la enfermedad y sus necesidades reales.

Pedimos que la salud renal, especialmente las enfermedades renales raras como la Nefropatía por IgA, deje de ser invisible. Queremos profesionales sanitarios con formación y herramientas para detectar estas enfermedades a tiempo. Reclamamos la incorporación del cribado renal en los chequeos rutinarios, especialmente en personas de riesgo; una coordinación operativa entre niveles asistenciales; un impulso decidido a la investigación y a la generación de datos de vida real; y un acceso rápido y equitativo a las innovaciones terapéuticas.

En definitiva, pedimos ser escuchados. Porque detrás de estas patologías hay personas, la mayoría de ellas jóvenes, y familias que necesitan un sistema capaz de acompañarlas.

El decálogo plantea medidas realistas y consensuadas que pueden mejorar el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, así como el cuidado y acompañamiento de las personas que tienen una enfermedad renal rara. Es una oportunidad para avanzar hacia un modelo más equitativo, más humano y centrado en las personas.

Con la colaboración de profesionales, instituciones y asociaciones de pacientes, España puede convertirse en un referente en el abordaje de las enfermedades renales raras. Estamos preparados para trabajar juntos y construir un futuro en el que la salud renal sea una prioridad compartida.

ALIANZA PARA LA Nefropatía por IgA

PD FIRST (DP PRIMERO)

Mª JOSÉ CASTRO NOTARIO. VOCAL DE ERCA Y TÉCNICAS DOMICILIARIAS DE SEDEN

La enfermedad renal crónica afecta a aspectos biológicos, psicológicos y sociales, generando crisis y estrés en pacientes y familias. La calidad de vida en diálisis está afectada por la dependencia, las restricciones y el deterioro emocional, social y físico. Entre las opciones posibles de tratamiento, el trasplante es la mejor opción porque ofrece mejor calidad de vida. Como siguiente opción, la diálisis peritoneal (DP) también mantiene buena funcionalidad ya que permite mayor autonomía, desarrollo de actividades y menor dependencia hospitalaria, manteniendo la calidad de vida en los primeros años. La salud no sólo es ausencia de enfermedad, sino bienestar psicológico, físico y social que se puede medir con herramientas que evalúan la calidad de vida, según éstas los pacientes en DP reportan mayor satisfacción y afrontamiento más adaptativo, con menor impacto en la percepción de la calidad de vida. PD FIRST es el término anglosajón utilizado actualmente para recomendar que la Diálisis Peritoneal sea la primera opción para los pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. La Diálisis Peritoneal utiliza la membrana del peritoneo que reviste la cavidad abdominal y envuelve los órganos digestivos, para filtrar la sangre. Se empezó a utilizar como tratamiento sustitutivo renal a principios de la década de los 80 del siglo XX siendo inicialmente prescrita en aquellos pacientes que no podían realizar hemodiálisis por diferentes causas: problemas cardiacos, diabetes, edad avanzada, fallo de acceso vascular... Con el paso de los años, su utilización se fue extendiendo a todo tipo de pacientes, debido en gran parte a su implicación en la elección de su tratamiento. Hoy en día, los resultados de múltiples estudios han establecido una serie de ventajas que hacen pensar que la DP debe ser la técnica de primera elección para todos los pacientes que inician terapia renal sustitutiva y que no tengan contraindicaciones absolutas. La principal contraindicación absoluta es que el paciente sufra una alteración abdominal que provoque la incapacidad para utilizar el peritoneo para la DP. Otra contraindicación es el rechazo del paciente, que puede deberse a factores no médicos, como actitudes del equipo asistencial y aspectos socio-familiares que influyen en la decisión. La ley española promueve la libre elección informada del tratamiento, favoreciendo la diálisis domiciliaria. Muchos pacientes desconocen todas las opciones de tratamiento, por lo que la información y educación previa es fundamental para una elección libre. La mejora en la educación pre-diálisis y en la infraestructura puede aumentar la utilización de la DP.

La DP es una opción efectiva y segura, con ventajas tanto para la situación clínica del paciente como, y no menos importante, su estado emocional y social.

Son muchas las ventajas clínicas que se asocian a la DP, las más importantes son: preservación de la función renal pues se conserva mejor en DP que en hemodiálisis y se retrasa su pérdida; mejor supervivencia en DP en los primeros años, especialmente en pacientes mayores y diabéticos; menor riesgo de infecciones graves comparada con la hemodiálisis con catéter; la DP ayuda a preservar la vascularización al no precisar acceso vascular; la hemodinámica en DP es más estable, reduciendo episodios de hipotensión; menor necesidad de eritropoyetina y hierro; la DP no requiere anticoagulación sistémica; hay mayor tasa de trasplantes en DP y menor retraso en la función del injerto, posiblemente por mejor estado de hidratación y función renal residual.

Las principales ventajas que la DP tiene sobre el estado emocional y la situación social del paciente son: la satisfacción en DP domiciliaria es alta, destacando la flexibilidad, la independencia y el contacto familiar y social; favorece la actividad laboral, con mayor porcentaje de pacientes activos en DP que en hemodiálisis; menor tiempo dedicado al tratamiento en DP fundamentalmente por el tiempo empleado al transporte en HD; la DP genera menor impacto en las actividades y mejor afrontamiento emocional; la calidad de vida en DP es mayor que en HD. Según los estudios los pacientes en DP son más independientes, con mayor autonomía, desarrollo personal y libertad. La percepción de su salud y satisfacción con la vida es similar en HD y DP, aunque en algunos estudios los pacientes en DP muestran mayor satisfacción.

Otro aspecto a tener en cuenta es la implicación del cuidador principal. Los cuidadores de pacientes en hemodiálisis enfrentan cargas físicas, emocionales y sociales mayores que en DP. En muchas ocasiones acompañan a los pacientes a las sesiones, obligándoles a dedicar mucho más tiempo. La mayoría de acompañantes de pacientes en DP pueden disfrutar de una vida más normalizada, manteniendo la actividad laboral si fuera el caso y con menos cansancio.

La diálisis peritoneal es considerada más eficiente y económica a largo plazo y con beneficios sociales. Los estudios económicos muestran que la DP es más costo-efectiva, especialmente por reducir desplazamientos y gastos asociados. El transporte representa entre 9,2% y 11% del costo total en algunos estudios.

Dadas las ventajas descritas cabría pensar que la DP sería utilizada al menos por la mitad de los pacientes que realizan terapia sustitutiva renal, pero no siempre es así. La utilización de la DP varía notablemente a nivel mundial, siendo más alta en países del norte de Europa, Canadá, Australia, EEUU, México y baja en partes de Latinoamérica. En España, el número de pacientes que iniciaron en 2022 fue del 17% pero solo alcanzaron el 10,7 % del total de los pacientes que realizaron diálisis ese año. Uno de los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) es incrementar progresivamente el número de personas que acceden a la diálisis domiciliaria, especialmente en su modalidad de diálisis peritoneal (DP), como opción terapéutica segura, eficaz y coste-efectiva. Se propone como meta alcanzar que el 30% de los pacientes que inicien tratamiento con diálisis en el periodo 2025–2028 lo hagan con DP.

Tal y como vemos, los aspectos clínicos, de importante repercusión en la morbilidad y mortalidad; los aspectos económicos, que orientan claramente hacia un menor gasto en la DP, y aspectos de opinión, aspectos sociales y familiares, que afectan seriamente a la calidad de vida de pacientes y acompañantes, vistos en conjunto favorecen la DP. A pesar de ello es inexplicable su infrautilización, que pudiera estar relacionada con aspectos puramente económicos pues la disponibilidad de la DP está fuertemente correlacionada con los ingresos del país, siendo el porcentaje de pacientes en DP en países de altos ingresos hasta 80 veces mayor que en los de bajos ingresos. Para su mayor utilización es necesario el conocimiento, la información y la mentalización tanto de profesionales como de pacientes. Para concluir, creemos que está totalmente justificado proponer que, después del trasplante renal que es la mejor opción de tratamiento de la enfermedad renal, dadas sus limitaciones, la Diálisis Peritoneal debe ser la técnica de primera elección para los pacientes que inician tratamiento sustitutivo y se justifica la expresión con la que iniciamos este artículo: PD FIRST o mejor dicho DP PRIMERO.

CRECE
CAMPAMENTO SOCIO EDUCATIVO PARA JÓVENES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

RESIDENCIA PIGNATELLI
ZARAGOZA
DEL 28 DE JUNIO AL 4 DE JULIO - 2026
Inscríbete:

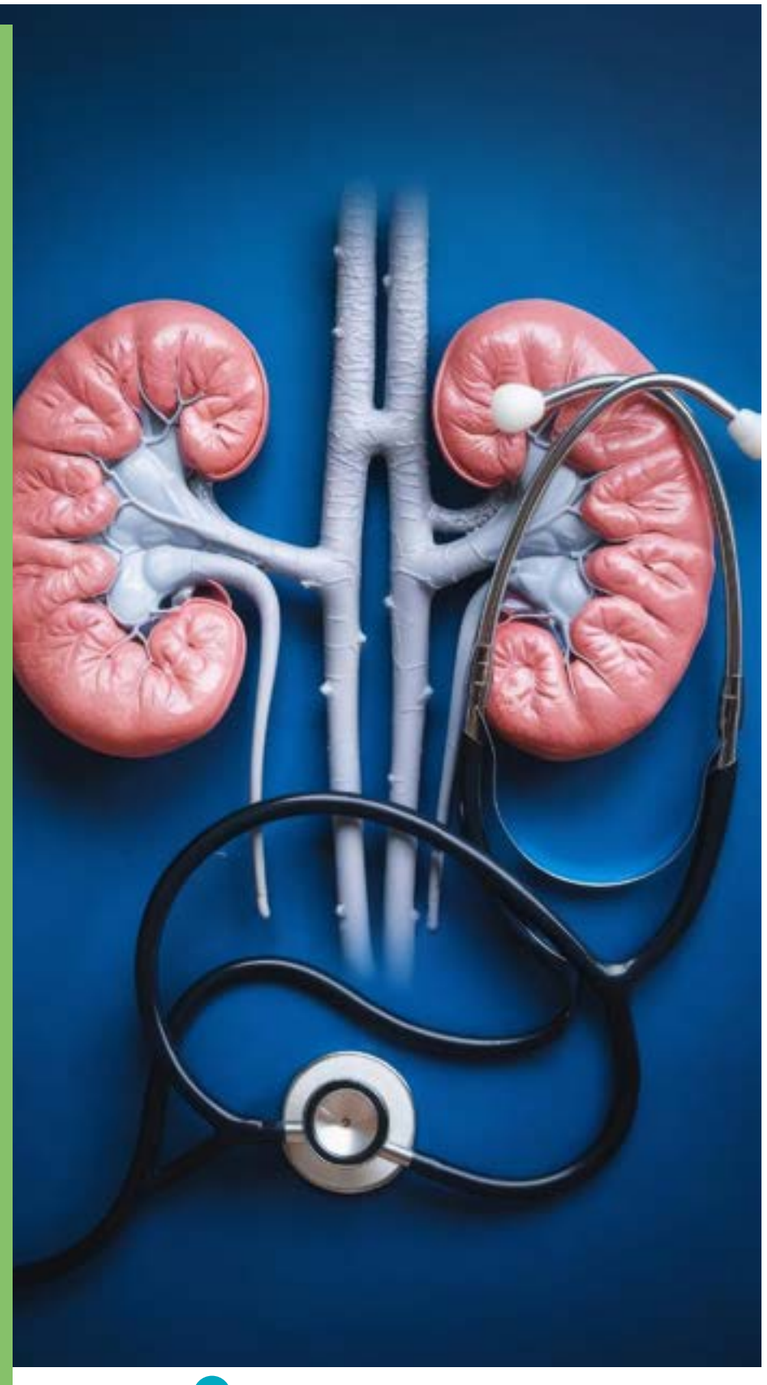
Organizan:
ALCER Federación Nacional
ALCER EBRO

Colaboran:
Fundación ONCE
COCEMFE
Sociedad Española de Nefrología
fundaciónsenefro
AENP
SEDEN
FRESENIUS MEDICAL CARE
DIAVERUM
Vantive

Contacta:
informacion@alcer.org
915 610 837

ENTENDER LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC): "CUIDEMOS TODOS LA SALUD RENAL"

Dra Nuria García Fernández. Directora de Nefrología, Clínica Universidad de Navarra



1. ¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud en el que los riñones van perdiendo, de forma progresiva, su capacidad para desempeñar sus funciones correctamente:

- Eliminar sustancias de desecho.
- Regular la presión arterial.
- Mantener el equilibrio de líquidos y minerales.
- Ser fuente de vitamina D activa y eritropoyetina (sustancia que estimula la formación de glóbulos rojos).

Los riñones son habitualmente dos, y cuando hay ERC están fallando los dos. Su importancia es tal que las consecuencias de esa limitación de trabajar bien facilitan también la afectación del corazón y el árbol vascular por el que va la sangre. Aunque en sus fases iniciales la ERC es "silenciosa" y no suele producir síntomas, detectarla de forma precoz es clave para frenarla y reducir al máximo el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

2. ¿Cómo se diagnostica la ERC?

El médico precisa contar con dos tipos de pruebas:

a) Una por la que mide la función renal. Realiza un análisis de sangre midiendo la sustancia llamada creatinina y con ella mediante fórmula matemática que permite estimar la filtración del riñón (FGe) mediante fórmula matemática a partir del valor de la creatinina en sangre (sustancia que eliminan los riñones). Un FGe <60 ml/min/1,73 m² durante al menos 3 meses indica deterioro de la función renal.

b) Identificar que hay un daño estructural del riñón mediante cualquiera de estas pruebas:

- Presencia de albúmina (proteína) elevada en la orina. Valores ≥ 30 mg/g o ≥ 30 mg en orina de 24 horas indican daño renal.
- Alteraciones en el análisis de orina al microscopio.
- Cambios en el riñón detectados por pruebas de imagen.
- Estudio del tejido renal al microscopio (tras tomarle una muestra mediante biopsia).

En la figura 1 se explica el daño que puede darse en los riñones con ERC, imaginando que cada riñón es un colador, en el que unos agujeros se obstruyen y/o puede ser que otros se hagan mas grandes de lo debido.

Figura 1. Entendiendo la enfermedad renal crónica: La metáfora del "colador"

3. ¿Por qué progresa la ERC?

Cada riñón está formado por **millones de pequeños filtros llamados nefronas**. Estas nefronas tienen una forma y un tamaño muy precisos, diseñados para filtrar la sangre de manera eficaz y cuidadosa.

Cuando aparece la **enfermedad renal crónica, algunas nefronas se van dañando y dejan de funcionar**. Esto puede ocurrir por diferentes causas, como la diabetes, la hipertensión o la obesidad.

¿Qué sucede entonces?

- **Las nefronas que permanecen sanas tienen que asumir el trabajo de las que se han perdido.** Para compensar, empiezan a filtrar más de lo normal, un proceso que llamamos **hiperfiltración**.
- **Este esfuerzo extra no es inocuo**. Para poder trabajar más, las nefronas sanas **aumentan de tamaño** (hipertrofia) y funcionan "forzadas", como un motor que va siempre a altas revoluciones.
- Con el paso del tiempo, este sobreesfuerzo acaba dañándolas también. Poco a poco, esas nefronas que al principio estaban sanas se deterioran y dejan de funcionar, lo que provoca que la enfermedad renal avance de forma progresiva.

En la Figura 2 se explica por qué progresa la ERC: "El círculo vicioso de la hiperfiltración de las nefronas que no enfermaron y trabajan por las que fallaron"

4. El desafío sanitario de la ERC

La ERC es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y su incidencia ha aumentado de forma notable en la última década. Las causas más frecuentes de ERC son: diabetes, seguida de la hipertensión arterial y la obesidad. En la Figura 3 se muestran los datos numéricos tan llamativos que muestran esta realidad.

La OMS reconoce en Mayo 2025 la ERC como una amenaza sanitaria por su aumento creciente y su impacto en salud general y cardiovascular y recomienda su detección precoz mediante programas de cribado, y su prevención y tratamiento temprano.

5. ¿Cuáles son las etapas de la ERC y cómo se definen?

Las etapas de la ERC se clasifican según **dos parámetros**: la **filtración glomerular** (cinco etapas, desde G1, normal, hasta G5, con filtración <15) y la **cantidad de albúmina en orina** (tres categorías, desde A1, normal o <30 mg/g, hasta A3, ≥300 mg/g). La Figura 4 muestra la tabla que combina ambos criterios, definida por **KDIGO**, y utilizada de forma universal. Los colores indican el **riesgo de progresión y de complicaciones:** verde (bajo), amarillo (moderado), naranja (alto) y rojo (muy alto).

6. Pronóstico de la ERC: La importancia del autocuidado

La ERC es una enfermedad crónica que suele progresar, pero existen factores modificables y tratamientos eficaces que pueden frenar su evolución en muchos pacientes. Creer en el autocuidado es clave: pequeños cambios en el estilo de vida y la alimentación pueden marcar una gran diferencia.

Figura 2. El círculo vicioso de la hiperfiltración

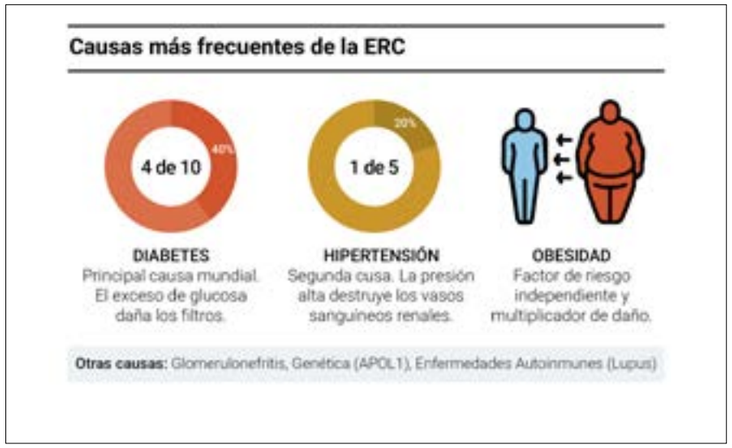


Figura 3. Causas más frecuentes de la ERC

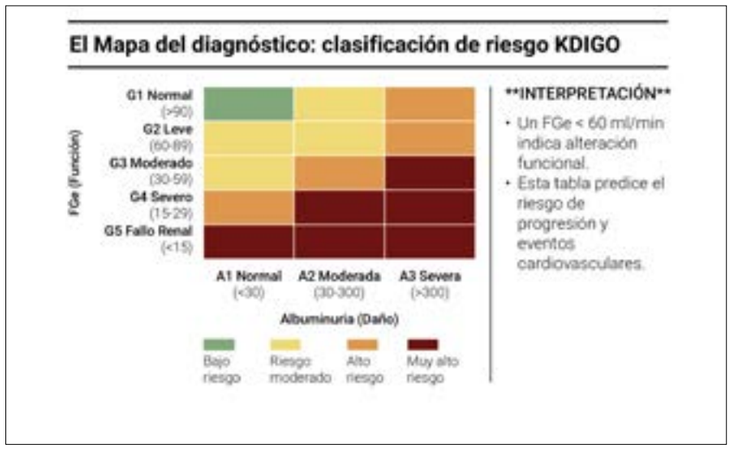


Figura 4. Etapas de la ERC. Clasificación de riesgo según Guías KDIGO

PILARES DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON ERC

Tus riñones trabajan por ti todos los días. Cuidarlos hoy es invertir en más salud y menos riesgo a futuro (renal, cardiovascular y general). Pequeños cambios marcan una gran diferencia.

I.ESTILO DE VIDA.

Las medidas del estilo de vida claves para el autocuidado se incluyen en la Figura 5

II.TOMAR CON CONTINUIDAD LA MEDICACIÓN QUE LE INDIQUE SU MÉDICO

Existen actualmente medicamentos que ayudan al riñón enfermo y al mismo tiempo, al corazón, mejorando el futuro de la salud del enfermo con ERC.

1. Desde hace mas de 40 años disponemos de los bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (los llamados IECA o ARA-II).

Pero en los últimos años han demostrado ser una "revolución", nuevos tratamientos, que no solo mejoran el pronóstico de la ERC, sino que reducen el riesgo de los problemas cardiovasculares.

2. Inhibidores de SGLT2. Son beneficiosos por:

- Reducir la hiperfiltración que "desgasta" a los riñones enfermos.
- Bajan la albúmina en orina en aquellos que el "colador o filtro" tiene agujeros.
- Y en todos los pacientes, disminuyen el riesgo cardiovascular.

Siendo muy buenos, siempre educamos a nuestros pacientes que los dejen de tomar unos días o hagan una "pausa temporal". en caso de riesgo de deshidratación (vómitos, diarrea o fiebre alta).

Tambien es muy importante la higiene urogenital para prevenir infecciones cuando se toman. Se recomienda prendas de algodón, zona bien seca y evitar prendas muy apretadas.

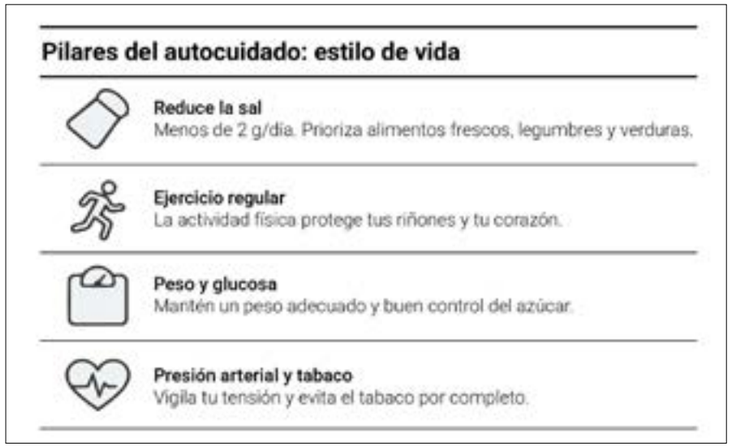


Figura 5. Pilares del autocuidado Estilo de vida

3. Los agonistas del receptor GLP-1 reducen el riesgo cardiovascular y ayudan a frenar el deterioro renal en personas con enfermedad renal crónica y diabetes.

Además, mejoran el control glucémico y favorecen la pérdida de peso con bajo riesgo de hipoglucemia.

4. Antagonistas no esteroideos del receptor mineralocorticoide (nsMRA): Finerenona

En la Figura 6 se incluyen los cuatro grupos de fármacos que acabamos de describir

Una última consideración respecto a la medicación, es subrayar el papel de terapias emergentes prometedoras, que aun estando en investigación, son accesibles a los pacientes según los casos, a través de alguno de los muchos ensayos

Figura 6. Medicamentos que protegen riñon y corazón en la ERC

clínicos que están en marcha. Entre ellas, hacer referencia al tratamiento con CAR-T cell (ver Figura 7)

III.CONSULTAR A SU MÉDICO ANTES DE TOMAR NUEVOS MEDICAMENTOS o productos de venta libre como medicinales, puesto que algunos en el paciente renal pueden estar prohibidos .

4.REALIZAR LOS CONTROLES PERIÓDICOS QUE LE INDIQUE TU MEDICO: NINGÚN TRATAMIENTO FUNCIONA BIEN SIN TU PARTICIPACIÓN ACTIVA. TÚ ERES LA PARTE MÁS IMPORTANTE DEL TRATAMIENTO.

En la Figura 8 resumimos ¿Cómo puedes cuidarte?

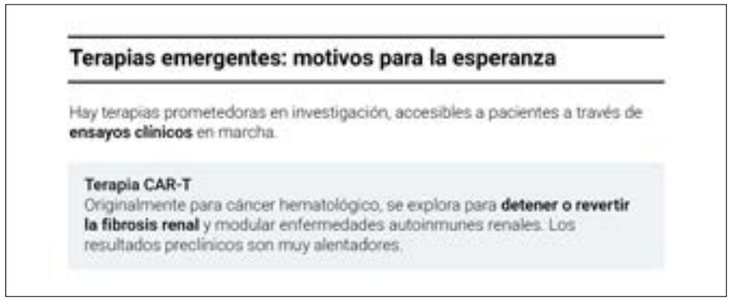


Figura 7. Terapias emergentes para la ERC

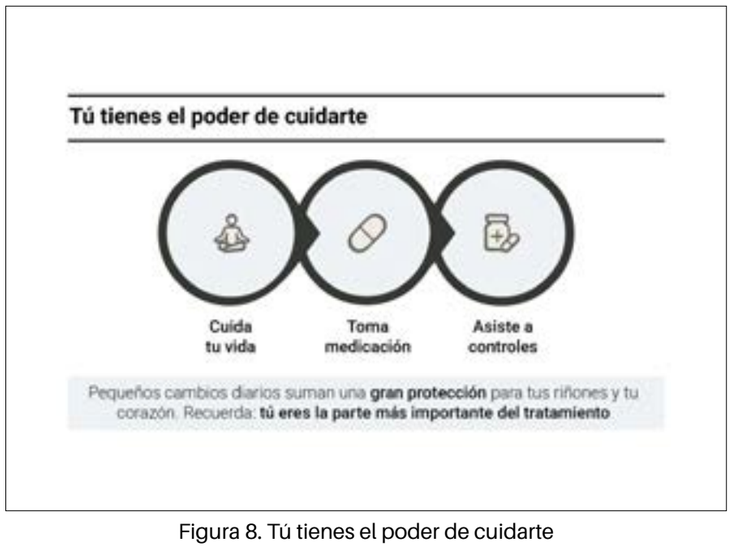


Figura 8. Tú tienes el poder de cuidarte

Para terminar, un mensaje en la Figura 9, para cualquier lector de este artículo, sea o no enfermo renal

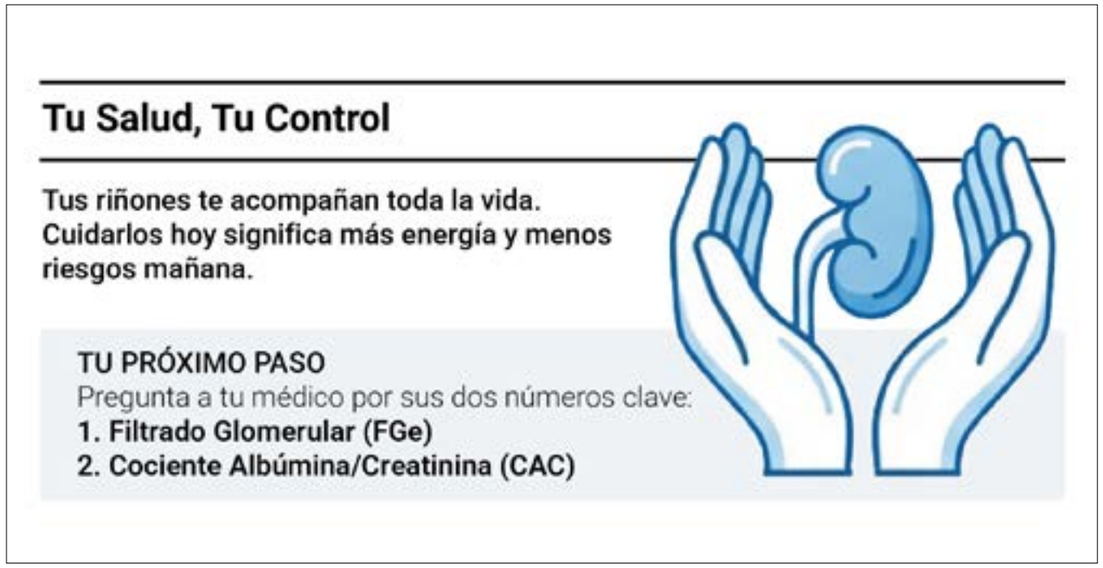


Figura 9 ¿Cómo están tus riñones?

VOCES QUE ACOMPAÑAN

Federación Nacional de Asociaciones ALCER

¿Te gustaría hablar con alguien de vez en cuando?

A VECES UNA LLAMADA PUEDE CAMBIAR TU DÍA

Tenemos un grupo de personas con ganas de escuchar, conversar y acompañar por teléfono a pacientes renales.

Sin juicios ni obligaciones. Sólo para hablar un rato.

¿Te interesa? ¿Quieres conocer más al respecto?

Puedes contactarnos en:

voluntariado@alcer.org ◆ Teléfono: 915 61 08 37

ALCER Federación Nacional

DÍA NACIONAL DEL TRASPLANTE

MANUEL ARELLANO, VICEPRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER, DESTACÓ DURANTE SU PARTICIPACIÓN EN EL ACTO EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LA SOLIDARIDAD EN EL SISTEMA DE TRASPLANTES

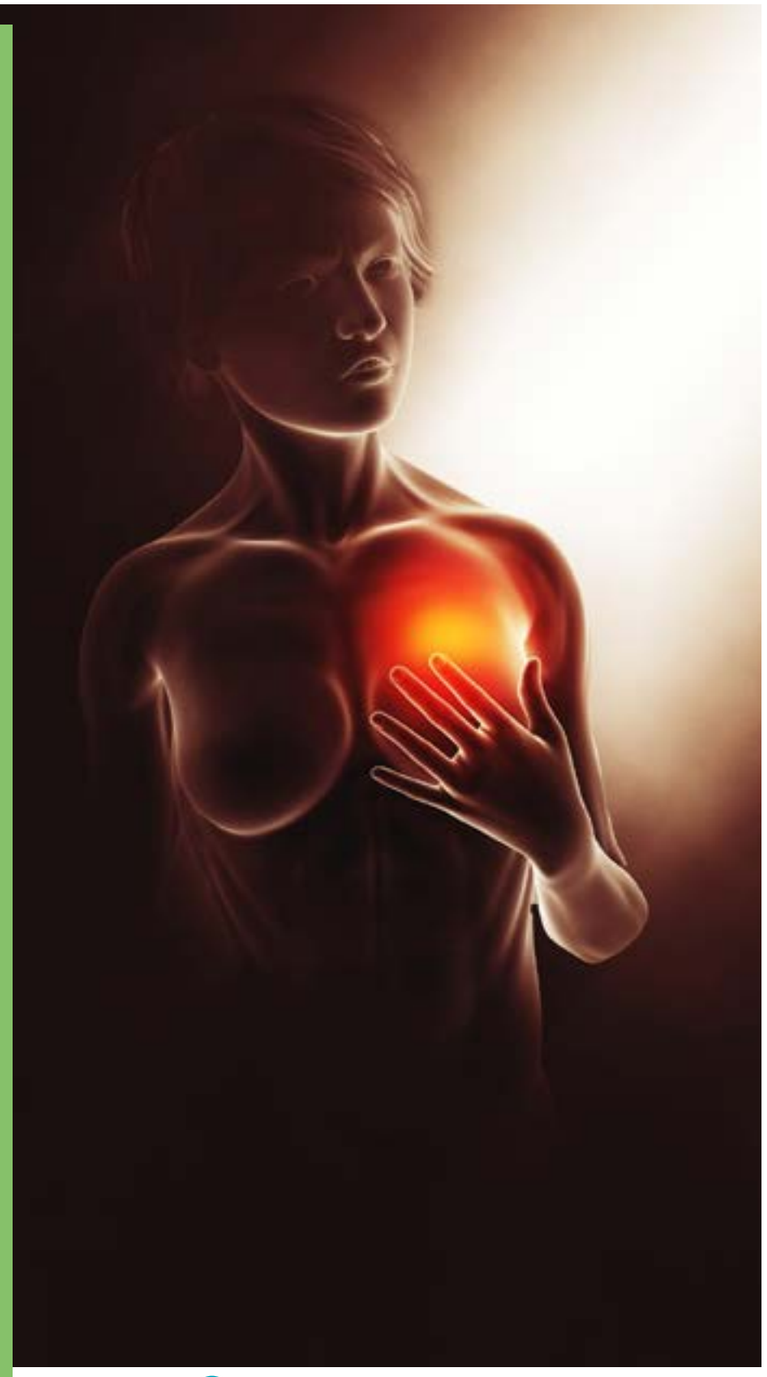
Reconocimiento a los profesionales

DURANTE LA JORNADA SE PUSO EN VALOR EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE, DESTACANDO SU ESFUERZO, COORDINACIÓN Y COMPROMISO. EL DÍA NACIONAL DEL TRASPLANTE SIRVIÓ ASÍ COMO UNA OPORTUNIDAD PARA RECONOCER SU LABOR Y PARA IMPULSAR LA MEJORA CONTINUA TANTO EN LA CALIDAD COMO EN LA CANTIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. ASIMISMO, SE SUBRAYÓ EL PAPEL FUNDAMENTAL DE TODAS LAS PERSONAS IMPLICADAS EN CADA PROCESO DE TRASPLANTE, DESDE LOS EQUIPOS MÉDICOS HASTA LOS COORDINADORES Y PERSONAL DE ENFERMERÍA.

En el marco del acto, distintos profesionales abordaron cuestiones clave relacionadas con la mejora de los programas de trasplante. Itziar Martínez, jefa de Sección Enfermera de Coordinación de Trasplantes en la ONT, junto a David Uruñuela, enfermero coordinador del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, analizaron el papel de la enfermería en la coordinación de trasplantes. Posteriormente, los doctores Rafael Correa, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y Antonio Moreno, del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, expusieron avances en la innovación y mejora del postrasplante en pacientes pediátricos. A continuación, el doctor Agustín Carreño, médico adjunto de la ONT, presentó la situación actual y los retos del Programa Español de Trasplante Renal de Donante Vivo. España se mantuvo como referente internacional en el ámbito de los trasplantes, destacando tanto por el acceso de los pacientes a estas intervenciones como por el número de procedimientos realizados anualmente. La excelencia del sistema público de salud, junto con la coordinación y el seguimiento de los pacientes, continuó siendo uno de los pilares fundamentales del modelo español. Durante el encuentro también se incidió en la importancia de seguir impulsando la investigación y la innovación en el ámbito de los trasplantes, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y ampliar las oportunidades para los pacientes que se encuentran en lista de espera. En este sentido, se destacó la necesidad de reforzar las estrategias de detección precoz y de optimización de los procesos de donación.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL EN MUJERES TRASPLANTADAS RENALES

PILAR FRAILE GÓMEZ
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca



El trasplante renal (TR), es el mejor tratamiento para la enfermedad renal crónica avanzada, mejorando supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, el riesgo cardiovascular (CV) sigue siendo la principal causa de morbimortalidad tras el primer año. El síndrome cardiorrenal (SCR) refleja la interacción entre corazón y riñón, con particularidades en pacientes trasplantados. Además, las diferencias por sexo y género influyen en epidemiología, riesgos, respuesta inmunológica y resultados clínicos. La enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardiaca son muy frecuentes y comparten factores de riesgo.

El SCR afecta al 1% de la población general y hasta la mitad de quienes tienen insuficiencia cardiaca. En personas trasplantadas, entre un 30-60% presenta enfermedad cardiorrenal o metabólica, lo que se asocia a mayor riesgo CV y peor supervivencia del injerto.
El primer año post-TR es el periodo más vulnerable: el riesgo de eventos CV es 2-4 veces superior al de la población general. Tras ese primer año, las infecciones son la principal causa de muerte, mientras que desde el segundo año predominan las causas CV y las neoplasias.

Perspectiva de género
Las mujeres trasplantadas suelen presentar insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada y alteraciones como hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. El TR mejora las alteraciones del SCR tipo 4 en ambos sexos.

Factores de riesgo tradicionales
Sexo y edad: los hombres tienen mayor riesgo CV desde la mediana edad; en mujeres aumenta tras la menopausia.
Hipertensión: muy prevalente (70-90%). Los hombres tienen peor control pese a mayor tratamiento.
Dislipemia: las mujeres presentan más hipercolesterolemia; triglicéridos elevados son comunes en ambos.
Diabetes: los hombres desarrollan diabetes post-trasplante antes.

Factores de riesgo no tradicionales
Ganancia de peso más temprana y persistente en mujeres.
Anemia más frecuente en mujeres.
Hiperparatiroidismo más frecuente y temprano en hombres.
Diferencias en metabolismo y exposición a fármacos inmunosupresores según sexo.

Aspectos sociales, adherencia y rechazo
Las mujeres tienen una respuesta inmunitaria más intensa, lo que aumenta el riesgo de rechazo agudo y reduce la supervivencia del injerto a corto plazo, aunque a largo plazo su pronóstico renal es mejor. La combinación donante varón-receptora mujer es más inmunogénica.

Factores socioeconómicos y roles de género influyen en acceso al trasplante, adherencia y seguimiento. Aunque las mujeres refieren mejor adherencia, presentan mayor variabilidad farmacológica, lo que requiere mediciones objetivas.

Abordaje multidisciplinar
Se recomienda un manejo coordinado entre distintas especialidades, especialmente en el primer año. En mujeres trasplantadas se requieren medidas específicas: detección precoz de disfunción diastólica, tratamiento de anemia, intervención nutricional, ajuste de inmunosupresión y planificación reproductiva.

Conclusiones
El SCR tras el TR es frecuente y evoluciona con el tiempo. Las diferencias por sexo y género afectan factores de riesgo, inmunidad y resultados. Integrar la perspectiva de género es esencial para mejorar los resultados clínicos y lograr una atención equitativa y personalizada.

NOTICIAS

Enfermedades renales raras: un reto aún pendiente en Europa

Un debate de la Cumbre de la Salud de 'Euronews' reunió en Bruselas a responsables políticos, médicos y representantes de pacientes para analizar por qué siguen siendo tan frecuentes los retrasos en el diagnóstico. Para los pacientes, las consecuencias de un diagnóstico tardío tienen un gran impacto. Daniel Gallego, Presidente de la Federación Europea de Pacientes Renales, describió el momento en que le diagnosticaron la enfermedad a los 20 años, un instante que, según contó, partió su vida en dos. Más allá del impacto clínico, señaló cómo la enfermedad afectó a su trabajo, su educación y su vida cotidiana. Los datos del Barómetro refuerzan esta idea, al mostrar el impacto en familias y cuidadores, muchos de los cuales necesitan reajustar su vida laboral. Los ponentes, entre ellos Abad-Franch, coincidieron en que parte del problema es estructural. Aunque los avances científicos en las enfermedades renales raras se han acelerado, los sistemas sanitarios han tardado más en adaptarse. «Un tercio de los pacientes esperó más de tres años y, en algunos casos, los pacientes esperaron hasta cinco años para ser diagnosticados», dijo Abad-Franch. Cuando el diagnóstico llega tarde, las opciones de tratamiento suelen ser limitadas. Los pacientes tienen más probabilidades de necesitar diálisis o trasplantes, intervenciones que conllevan costes significativos tanto para los sistemas sanitarios como para los propios afectados.

FALLECE CANDELAS SOTO ÁLVAREZ DE ALCER LEÓN

En el transcurso de la edición de este número de la revista, la Federación Nacional ALCER recibió la triste noticia del fallecimiento de Candelas Soto Álvarez, ocurrido el pasado 1 de enero de 2026. Candelas fue vocal de la Federación Nacional ALCER durante el período 2006–2010, así como presidenta de ALCER León. Persona profundamente comprometida con el movimiento asociativo ALCER y referente en la provincia de León, dedicó más de 20 años a la defensa de la salud renal y de los derechos de las personas con enfermedad renal crónica y sus familiares. A lo largo de su trayectoria, se implicó activamente en campañas de concienciación, promoción de la donación y otras iniciativas fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Candelas deja un legado imborrable para la comunidad de personas con enfermedad renal en la provincia de León y para toda la familia ALCER.
Descanse en paz.

ALCER, FEDER y Novartis impulsan una alianza con el propósito de reducir el impacto de las enfermedades renales raras en los pacientes mejorando el diagnóstico y la información

La Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER) y la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) han puesto en marcha, con la colaboración de Novartis, una alianza para mejorar el abordaje de las enfermedades glomerulares crónicas. El objetivo de esta unión es promover el acceso a la información adecuada, el diagnóstico precoz y la identificación y abordaje de las necesidades no cubiertas de estas comunidades de pacientes. Esta iniciativa da continuidad al trabajo desarrollado en el Atlas de la Glomerulonefritis Crónicas (GNC) 2025, elaborado por ALCER en colaboración con Novartis y avalado por la Sociedad Española de Nefrología (SEN).

Alicante acoge la campaña de cribado «Actúa por tus Riñones», impulsada por ALCER, para detectar de forma precoz la enfermedad renal crónica

"Nuestro objetivo es impulsar la detección precoz de la enfermedad renal crónica entre las personas con factores de riesgo, pues muchos desconocen que tienen enfermedad renal crónica hasta que la patología se encuentra en un estado avanzado", explica Mª del Carmen Román, presidenta de ALCER Alicante. "Con iniciativas como "Actúa por tus riñones", queremos acercar el cribado a la población y reforzar la concienciación sobre la importancia de actuar a tiempo". La detección temprana de la enfermedad renal crónica es un aspecto clave para mejorar su identificación, especialmente en personas con factores de riesgo. A través de las pruebas necesarias para su detección, es posible obtener información relevante sobre el funcionamiento de los riñones y detectar alteraciones en fases iniciales, incluso cuando la enfermedad no presenta síntomas evidentes.

EL CUPÓN DE LA ONCE CELEBRA EL 50 ANIVERSARIO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN2026

El cupón de la ONCE del jueves 26 de febrero estuvo protagonizado por el 50 aniversario de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (Alcer), que mostrará su labor en cinco millones de boletos bajo el lema '50 años trabajando por las personas y su salud renal'.
José Luis Martínez Donoso, director general de Fundación ONCE, fue el encargado de entregar el cupón a Juan Carlos Julián, director general de laFederación Nacional de Asociaciones ALCER, en un acto celebrado en la sede de Fundación ONCE en Madrid. La Federación Nacional de Asociaciones ALCER (Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón) se constituye en 1981. Cuenta con un total de 50 asociaciones federadas y cinco entidades adheridas, repartidas por todo el territorio nacional que representan a las cerca de 60.000 personas en tratamiento renal sustitutivo y a aquellas que tienen una enfermedad renal crónica en España.

DIRECTORIO

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER
C/ Constancia, 35.
28002 Madrid
Tel. 91 561 08 37 / Fax 91 564 34 99
e-mail: federacion@alcer.org

- **Presidente de Honor**
  D. Alejandro Toledo Noguera
- **Presidente**
  D. Daniel Gallego Zurro
- **Vicepresidente 1°**
  D. Manuel Arellano Armisen
- **Vicepresidenta 2ª**
  Dña. Josefa Gómez Ruiz
- **Secretario**
  D. Clemente Gómez Gómez
- **Tesorero**
  D. Francisco Mohand Amar
- **Vocales**
  D. Antonio Cabrera Cantero
  Dña. Paula Suárez Suárez
  Dña. María del Carmen Román Ortega

ALCER ÁLAVA
D. José Fernando Lois Rodríguez
C/ Arquillos, 9 • 01001 Vitoria
Tel y Fax. 945 23 18 95
info@alcer-alava.org

ALCER ALBACETE
D. Eduardo Jiménez González
C/ Mayor, 49, 1° drcha
02001 Albacete
Tel. 669 01 92 73 - 678 40 12 45
alceralbacete@gmail.com

ALCER ALICANTE
Dña. Mª. del Carmen Román Ortega
C/ Martín Luther King, 4 - pta. 4-2 - bajo
03010 Alicante
Tels. 965 25 14 51 / 601 42 51 18
Fax 965 25 53 50
asociacion@alceralicante.org

ALCER ALMERÍA
Dña. Mª. Ángeles Zapata González
Plaza del Carmen, 8, 5° - 2
04003 Almería
Tel. 950 85 70 00 / Fax 950 25 70 43
info@alceralmeria.org

ALCER ASTURIAS
D. Rogelio García Suárez
Avda. Roma, 4, Oficina 5-6
33011 Oviedo
Tel. 985 25 62 50
alcerasturias@gmail.com

ALCER ÁVILA
Dña. Vanesa Belmar González
Carretera Valladolid 74 • 05004 Ávila
Tel. 920 22 14 34
alceravila1@gmail.com

ALCER BADAJOZ
Dña. Patricia García Casquete
C/ Padre Tomás, 2
06011 Badajoz
Tel. 924 23 34 65 / Fax 924 26 04 49
alcerbad@alcerbadajoz.org

Delegaciones:
Villanueva de la Serena
Plaza de España 4, 2ª Planta
06700 Villanueva de la Serena
Teléfono y fax 924 84 30 38
alcervillanueva@telefonica.net

LLerena
Centro de Participación Ciudadana
C/ Isabel La Católica, 4
06900 Llerena
Teléfono y fax 924 87 20 45
alcerllerena@telefonica.net

ALCER BARCELONA
Dña. Beatriz Silva Franco
C/ Jocs Florals, 159
08014 Barcelona
Tel. 695 92 82 61
asociacion@alcerbarcelona.org

ALCER BIZKAIA
Dña. Belén Herrera Furones
Plaza Aro, 1 - bajo • 48006 Bilbao
Tel. 94 459 87 50 / Fax 94 459 88 50
alcerbizkaia.bio@gmail.com

ALCER BURGOS
D. Francisco Javier Sancho Martínez
Camino Casa La Vega, 4 – 6
09007 Burgos
Tel. 947 22 97 01 / Fax 947 22 97 01
administracion@alcerburgos.org

ALCER CÁCERES
Dña. Elisa Sánchez Sánchez
C/ Roche Sur Yone, 9 - bajo, 4
10005 Cáceres
Tel. 927 21 03 84 / Fax 927 21 03 84
administracion@alcer-caceres.org

ALCER CÁDIZ
Dña. Josefa Luisa González Fernández
C/ Tanguillo, 19 Bajo B
11404 Jerez de la Frontera
Tel. 956 35 56 58 / Movil. 638 77 90 15
Fax 956 25 51 01
alcercadiz@gmail.com

ALCER CANTABRIA
Dña. Vanesa Eguren
Plaza de Rubén Darío, s/n - edificio Feygón
39005 Santander
Tel. 942 27 60 61 / Fax 942 27 23 48
info@alcercantabria.org

ALCER CASTALIA
D. Ricardo Planellès Segarra
C/ Enmedio, 22 - 2° E
12001 Castellón
Tel. 964 22 83 63 / Fax 964 22 83 63
alcer@alcercastalia.org

ALCER CEUTA
D. Juan Francisco Ramírez Ramírez
C/ Antioco, 12 - local, 1°
51001 Ceuta
Tels. 956 51 51 83 / 630 71 39 30
Fax 956 51 51 83
alcerceuta@hotmail.com

ALCER CIUDAD REAL
D. Pablo León Giménez
Avda Pio XII, Edificio Especialidades (SESCAM), Planta baja.
13002 Ciudad Real
Tels. 926 21 53 00 / 638 24 12 38
alcerciudadreal@hotmail.com

Delegación:
Puertollano
Plaza María Auxiliadora S/N
13500 Puertollano
Tel. 691 15 91 65
alcerciudadreal.puertollano@hotmail.es

ALCER CÓRDOBA
D. José María Reifs Trocoli
Plaza del Santuario de la Fuensanta, 2
14010 Córdoba
Tel. 957 43 43 85 / Fax 957 43 43 85
alcer@alcercordoba.org

ALCER CORUÑA
D. Rafael Rodríguez Martínez
Rua Manuell Azaña, 2
15670 Culleredo
A Coruña
Tel. 670339066
info@alcercoruna.org

Delegaciones:
Ferrol
Casa Solidaria
C/ Velázquez, 44 6ª Planta - 15403 Ferrol
Tel. 881 93 72 35
info@alcercoruna.org

Santiago de Compostela
Casa del Bienestar Social (CABES)
C/ Manuel María, 6, 2ª oficina 2
15705 -Santiago de Compostela
Tel. 670 33 90 66
info@alcercoruna.org

ALCER CUENCA
Dña. Amelia Ovejero Muñoz
C/ Hermanos Becerril, 3 - bajo
16004 Cuenca
Tel. y Fax 969 23 66 95
alcercuenca@alcercuenca.org

ALCER EBRO
D. Francisco Mohand
C/ Santa Teresa, 29. 35 50006 Zaragoza
Tel. 976 35 90 01 / Fax 976 11 12 18
alcerebro@alcerebro.org

ALCER GIRALDA
D. Pablo Beca Soto
C/ Luis Montoto, Pje. Nebli-local, 3
Mód. A y B. 41018 Sevilla
Tels. 954 42 38 85 - 649 43 44 37
Fax 95 441 12 16
info@alcergiralda.org

Delegación:
Huelva
C/ Berdigón, 1-3 - Entreplanta
21003 Huelva
Tel. 954 42 38 85

ALCER GUIPÚZKOA
Dña. M. Arantzazu Lazkano Larrañaga
C/ Real Compañía Guipuzcuana de Caracas, 12, bajo
20011 Donostia
Tels. 943 46 90 47 - 943 47 36 36
Fax 943 44 44 73
alcer@alcergipuzkoa.org

ALCER GRANADA
Dña. Concepción Martín Laguna
C/ San Julián, 18 – Bajos
Urbanización Los Cármenes.
18013 Granada
Tel. 958 15 22 13 / Fax 958 17 10 06
alcergranadasede@gmail.com

Delegación:
Baza
C/ Maestro Alonso s/n Edificio Razaloz
1ª planta. 18800 Baza (Granada)
Tel. 687 53 53 36
alcergr_@hotmail.es

ALCER GUADALAJARA
Dña. Sonia Peñuelas
Plaza de Europa, 3 · Edificio Europa
19002 Guadalajara
Tel. 606 45 72 26 / 677 42 53 50
alcerguada@hotmail.com

ALCER HUESCA
D. Rafael Jiménez
C/ Alcalde J. A. Llanas Almudevar, 25 bajo 1
22004 Huesca
Tel. 624 24 88 40 / Fax 974 24 09 93
Móvil: 675 66 66 11
info@alcerhuesca.com

ALCER ILLES BALEARS
Dña. Irene San Gil
Edificio Palmazenter
C/ Ter, 27 - 1° Pta 14. Poligono De Son Fuster
07009 Palma de Mallorca
Tel. 971 72 32 43 / Fax 971 49 87 78
informacion@alcerib.org

ALCER JAÉN
D. Ángel Custodio
C/ Ubeda, 6, sotano derecha
23008 Jaén
Tel. 953 25 22 44 / Fax 953 25 22 44
Tel. 625 83 87 41
alcerjaen@alcerjaen.org
presidencia@alcerjaen.org

ALCER LEÓN
D. Juan Antonio Iglesias Llamas
C/ Descalzos, 10 Bajo
24003 León
Tel. 987 23 66 40 / Fax 987 23 66 40
alcerleon@gmail.com

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

ALCER LUGO
Dña. María José Otero Diaz
C/ Infanta Elena, 11
Casa Clara Campoamor, local 5 y 7.
27003 Lugo
Tel. 982 24 32 31 / Fax 982 24 32 31
alcerlugo@gmail.com

ALCER MADRID
Dña. Iluminada Martín - Crespo García
C/ Virgen de la Oliva, 67-69
28037 Madrid
Tel. 91 754 36 04 / Fax 91 754 02 98
alcermadrid@alcermadrid.org

ALCER MÁLAGA
Dña. Josefa Gómez Ruiz
Avda. Carlos Haya, 41 - 1° B
29010 Málaga
Tel. 952 64 00 36 / Fax 952 64 12 38
info@alcermalaga.org

ALCER MELILLA
Dña. Pilar Pérez Bermúdez
C/ Carlos de Arellano, 15 - bajo derecha
52003 Melilla
Tel. 951 19 52 72
Fax. 952 68 26 88
pilarperez.bermudez@gmail.com

ALCER MENORCA
Dña. Loli Ametller Pons
C/ Pau Picasso, 38
07702 Mahón
Tels. 626 68 22 61 / 652 22 43 39
hola@alcermenorca.com

ALCER NAVARRA
Dña. Gema de la Nava
C/ Monasterio de la Oliva, 29 - entresuelo
31011 Pamplona
Tel. 948 27 80 05 / Fax 948 27 80 05
info@alcernavarra.org

Delegación:
Tafalla
Centro Civico
Paseo Padre Calatayud, 7
31300 Tafalla
Movil 680 29 07 09
E-mail: vicentepellicer59@gmail.com

ALCER ORENSE
D. Miguel Ángel Quintas Barros
C/ Rua Recadero Paz, 1 CIS AIXIÑA
32005 Orense
Tel. 988 22 96 15
alcerourense@hotmail.com

ALCER PALENCIA
Dña. Inmaculada Gutierrez de la Parte
C/ Salvino Sierra, 4, bajo • 34004 Palencia
Tel. 979 75 27 15
alcerpalencia@alcer.org

ALCER LAS PALMAS
Dña. Paula Suárez Suárez
C/ Santa Juana de Arco, 10, local
35004 Las Palmas de Gran Canarias
Tel. 928 23 08 98
Fax 928 24 79 63
alcerlp@yahoo.es

ALCER PONTEVEDRA
Dña. Nuría María Cruz Ramos
Rua Benito Corbal, 45 (Portal Lateral,
Rua Javier Puig Llamas, 1 - Planta 3ª- Oficina 1)
36001 Pontevedra
Tels. 693 71 40 05 - 670 28 01 45
infoalcerpontevedra@gmail.com

ALCER LA RIOJA
D. César Ceniceros
Atención a pacientes. Despacho en
Hospital San Pedro de Logroño
Sede Social: C/ Monasterio de Yuso, 3 Bajo
26006 Logroño
Tels. 941 25 77 66 / 941 25 77 55 / Fax 941 25 77 66
info@alcerrioja.org

ALCER SALAMANCA
D. Juan Carlos Sánchez Matas
Avda. de Italia, 8 - 1° - of. 6
37006 Salamanca
Tel. 923 25 71 40 / Fax 923 25 71 40
alcersalamanca@alcer.org

ALCER SEGOVIA
Dña. Elena Torrego Fuentes
Centro Civico "El Carmen"
C/ Pintor Herrera, 2
40004 Segovia
Tels. 921 46 20 16 / 670 28 95 63
Fax 921 46 20 16
alcersegovia@gmail.com

ALCER SORIA
C/ Venerable Carabantes, 9-11 local
42003 Soria
Tel. 680 81 86 39
presidenciaalcersoria@gmail.com

ALCER TERUEL
D. Eduardo Miguel Repullés
Centro Social Ciudad de Teruel
C/ Yagüe de Salas, 16 - 5ª planta
44001 Teruel
Tel. 978 61 83 88 / 605 81 81 30
alcerteruel@yahoo.es

ALCER TOLEDO
D. Juan Carlos García del Villar
Hospital Universitario de Toledo
Avd. del Río Guadiana, s/n
45007 Toledo
Tel. 925 59 22 84 / 629 05 66 67
alcertoledo@hotmail.com

ALCER TURIA
D. José Navarro Mallech
C/ Chelva, 7 - 9 • 46018 Valencia
Tel. 96 385 04 02 / Fax 96 115 58 31
asociacion@alcerturia.org

ALCER VALLADOLID
Dña. Carmen Martínez Castro
C/ Urraca, 13 - bajo E • 47012 Valladolid
Tel. 983 39 86 83 / Fax 983 39 86 83
alcervalladolid@gmail.com

ALCER ZAMORA
D. José Manuel Peláez Blanco
Ed. La Alhondiga- Plaza Santa Ana, 7
49006 Zamora
Tel. 659 60 04 42
alcerzamora@hotmail.com

ASHUA
D. Francisco Monfort
C/ Rey Juan Carlos I, 18
12530 Burriana (Castellón)
Tel. 667 76 61 79
info@ashua.es

HIPOFAM
D. Antonio Cabrera Cantero
C/ Avenida del Taió, 90
08769 Castellvi de Rosanes (Barcelona)
Tel. 677 75 26 26
consultas@hipofam.org

AIRG-E (Entidad adherida)
Dña. Marta Roger
C/ Cartagena, 340-350
08025 Barcelona
Tel. 690 30 28 72
info@airg-e.org

ACE (Entidad adherida)
Avda. Canal de las Salinas 26
43879 Els Muntells-St. Jaume (Tarragona)
Tel. 690 30 28 72
info@grupocistinosis.org
direccion@grupocistinosis.org
Lidia Albacar. Tel. 605 06 92 43
Lourdes Sanz. Tel. 626 68 46 16

ALCER SURESTE (Entidad adherida)
D. Alfonso Rodríguez Marchante
C/ Ortega y Gasset, 9. Plta. 6ª
Edifico Iberdrola.
30009 Murcia
Tel. 626 865 415
alcersureste@alcersureste.org

Asociación Balear Serendipia (Entidad adherida)
Dña. Joana Mª. Canals
Camino de Génova, 43 3° A
07014 Palma de Mallorca
Joana Canals (Presidenta): 676 49 33 49
Raquel Fernández (Secretaria): 650 22 14 16
info@asociacionserendipia.org

ALCER Pitiusas - Ibiza y Formentera (Entidad adherida)
D. José Miguel Likona
alcerpitiusas@gmail.com

EN EL PRÓXIMO NÚMERO

DÍA NACIONAL DEL DONANTE DE ÓRGANOS 2026

CAMPAMENTO CRECE 2026

GUÍA PARA UN INICIO PROGRAMADO ÓPTIMO EN TRS

DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER DE RIÑÓN 2026

Nuevo formato del portal web personasrenales.org

Un espacio creado para informar, acompañar y dar voz a las personas con enfermedad renal y a sus familiares

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

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

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

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

astellas.es

astellas

FRESENIUS
MEDICAL CARE

Tú viajas, nosotros te cuidamos

Destinos vacacionales en España para pacientes renales en tratamiento de diálisis

¿Te animas a salir de la rutina sin olvidarte de tu salud?
Escanea este **código QR** para ver cómo podrían ser tus próximas vacaciones o accede a **https://www.fmetravel.es** o **https://www.fmetravel.com**
Si lo prefieres llámanos: **(+34) 91 754 06 35**
Si tienes dudas, contacta: **internationalpatient@freseniusmedicalcare.com**