



AMARG

1º TRIMESTRE 1987 / II ETAPA / N.º 2

PREPAREM LES VACANCES

La insuficiència
renal crònica
a Catalunya

El trasplantament,
objectiu

EL RACÓ D'EN PI

«Can Met de la Carne»

RESTAURANT

Barri de la Granota

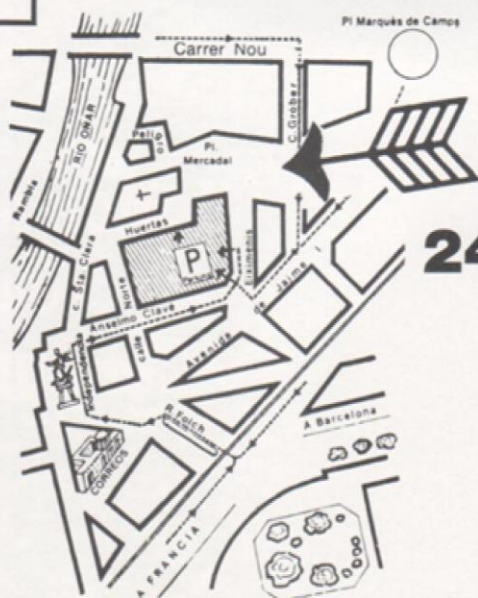
SILS



TEIXITS
SELECTES

C/. Bacià, 1
Telèfon 20 32 26
GIRONA

P EIXIMENIS



obert
les
24 hores

A Girona, solucionats els problemes d'aparcament

PÀRKING EIXIMENIS

AMARG

AMARG és l'Associació dels malalts renals de les Comarques Gironines. Està integrada per tots els que pateixen d'insuficiència renal, així com per totes les persones que volen col·laborar en la solució dels problemes que aquesta situació planteja.

FINS

a - L'assistència als malalts renals, en els aspectes següents: mèdico-socials i laborals per tal d'assolir la seva plena integració en la societat.

b - Contactar i relacionar-se amb altres Associacions nacionals i estrangeres, per a facilitar el trasplant renal, i altres formes de tractament.

c - Aconseguir la col·laboració amb tota mena d'Entitats oficials o particulars, l'activitat de les quals menin a l'assoliment dels fins de l'Associació.

d - Sensibilitzar i interessar l'opinió pública amb la finalitat d'aconseguir la seva cooperació econòmica i personal.

e - Influir en el Ministeri de Sanitat per tal de fer realitat la posta en marxa d'un pla NACIONAL de Diàlisi i Transplant.

QUÈ VOLEM DE VOSTÈ?

Que ens ajudi, col·laborant a que aquesta Associació sigui coneguda, i que els seus fins siguin assumits per part dels seus amics i familiars.

Pot concretar aquesta col·laboració:

a - Fent-se Soci de la nostra Associació (Butlletí Intern).

b - Facilitant feina a les persones afectes d'Insuficiència Renal.

c - Enviant les adreces de tots aquells que poden estar interessats en l'Associació.

INFORMACIÓ I AJUTS

La falta d'informació entorn la problemàtica dels malalts renals continua essent la raó fonamental que ens duu a treballar per omplir, dins les nostres modestes possibilitats, el buit que s'hi produeix. La nostra revista, per segona vegada en l'etapa que iniciàvem tres mesos enrera, és una de les eines que utilitzem per col·laborar en cobrir les necessitats dels insuficients renals com a col·lectiu social.

En aquest segon número, la presidenta de l'Associació parla de la seva funció dins del col·lectiu, de la necessitat de promoure donacions i de la situació de l'insuficient renal, la problemàtica que l'envolta socialment, professional i familiar. En el camp professional remarquem dades interessants en la col·laboració del Cap dels serveis de sanitat de la Generalitat a Girona, Pompeu Pascual, i les informacions que hem cercat a la Direcció Provincial de Treball i la Generalitat arran d'una carta d'un lector. Un quaranta-u per cent del total dels malalts renals treballen. Aquestes xifres es converteixen en un seixanta per cent quan parlem dels malalts menors de quaranta-cinc anys. Sanitat ofereix un quadre estadístic entorn aquest tema i, a través de Treball, us oferim el tipus d'ajut que les empreses poden obtenir en la contractació d'insuficients renals.

La conscienciació, a nivell d'administració i d'empresa, ha de ser important per a no convertir l'insuficient renal en una personal socialment invàlida. La malaltia, per bé que suposa condicionants en el desenvolupament de la vida normal, no ha d'impedir la realització personal del pacient. En molts casos, bo i sotmetent-se a programes de diàlisi, són aptes pel treball, i en un percentatge més elevat si parlem de pacients trasplantats positivament. En aquest sentit els ajuts que l'administració pugui oferir a l'empresari que contracti un insuficient renal hem de considerar-los positius per allunyar el temor a una possible afectació a la producció i al rendiment, en cas de contractar un malalt renal.

De la mateixa manera que parlem de treball, hem de parlar de vacances; en l'edició present us facilitem una relació dels centres de diàlisi de l'Estat espanyol i dels països que tenen concert amb l'administració espanyola per a aquelles persones que, en programa de diàlisi, comencin ja a preparar les seves vacances d'estiu.

AMARG

SUMARI

AMARG és una publicació trimestral de l'Associació de Malalts Renals de Girona, sense cap finalitat lucrativa. L'opinió de la revista s'expressa a través de l'Editorial i no comparteix necessàriament l'opinió dels articles signats que correspon a llurs autors.

Consell de Redacció: Lluís Freixas i Mascort, Ramon Pasqual, Teresa Climent, Consol Climent.

Redacció: Carretera de Barcelona, 23, entresol, 2.ª - 17001 GIRONA.

Imprimeix: Curbet - Migdia, 10 - 17003 GIRONA.

Dipòsit legal: GE. 215-1981.

Informe: LA INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA A CATALUNYA	4 - 5 - 6 - 7
Pompeu Pascual escriu sobre la situació de la malaltia a Catalunya aportant-hi dades i valoracions estadístiques significatives.	
Entrevista: ISABEL MORÉ, presidenta d'AMARG	12 - 13 - 14
Actualidad: ACTUALIZACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL, LA CICLOSPORINA	15 - 16
Fem Salut: Guia de centres de diàlisi	19 - 20 - 21
Foto Portada: Joan SEGUR , L'Estany de Banyoles	

Pompeu Pascual, cap dels Serveis Territorials del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya a Girona, parla al següent article de la problemàtica de la insuficiència renal, tant des del punt de vista social com sanitari. Repassa les causes de la malaltia, grau de rehabilitació, tipus de tractament –la diàlisi, en les seves diverses variants, i el trasplantament–, la situació de la insuficiència renal internacionalment i la legalitat vigent entorn aquest problema que qualifica de greu. D'entre les dades aportades per Pompeu Pascual des-

taca que un setanta-cinc per cent dels insuficients són tractats amb hemodiàlisi assistida, considera el trasplantament renal «el mètode ideal, puix el malalt (...) pot arribar a fer una vida normal» i remarca que «hi ha països que han fet una intensa política de trasplantament». En aquest sentit afirma que a Catalunya «s'ha fet també un esforç important». Assegura també que s'hi enregistra «una progressiva disminució de les insuficiències renals deguda a problemes evitables a través de la medicina preventiva».

La Insuficiència Renal Crònica a Catalunya

La Insuficiència Renal Crònica constitueix un greu problema sanitari, tant per la situació d'impediment que representa per al malalt (problemes emocionals, laborals i socials, així com per la dependència que origina un tractament molt poc agradable), com per l'alta despesa que representa per a la societat.

A últims de 1985 es tractaven a Catalunya 2.806 malalts renals terminals, dels quals el 90 % hi residia, mentre el restant 10 % procedia d'altres llocs d'Espanya. Cada any es produeixen uns 400 nous casos que cal atendre-hi.

Aquestes xifres representen una de les taxes d'incidència més elevades d'Europa, fet que podria ser degut en part a una especial idiosincràcia dels catalans, o bé a uns hàbits de vida que predisposin a la dolència, o potser més aviat al fet que la bona distribució dels Serveis de Nefrologia dintre de la nostra geografia afavorís el diagnòstic de la malaltia. En favor d'aquesta última possibilitat hi ha la irregular distribució de casos dintre de Catalunya mateix, existint àrees on la incidència és tres o quatre vegades superior a la d'altres, coincidint amb les comarques que estan millor o pitjor assistides des del punt de vista de l'existència d'especialistes en nefrologia.

CAUSES DE LA INSUFICIÈNCIA RENAL

- | | |
|--|--------|
| 1. Hereditàries (poliquistosi i d'altres) | 10'5 % |
| 2. Per glomerulonefritis (inflamacions de ronyó secundàries a infeccions estreptocòcciques i d'altres) | 24'3 % |
| 3. Intersticials (litiasi urinària, alteracions que produeixen reflux de l'orina, medica- | |

- | | |
|---|--------|
| ments que lesionen el ronyó) | 18'6 % |
| 4. Vasculars (especialment la hipertensió arterial) | 10'1 % |
| 5. Multisistèmiques (especialment la diabetis) | 10'4 % |
| 6. Altres | 0'7 % |
| 7. Causa desconeguda | 22'3 % |

Algunes d'aquestes causes són avui dia inevitables, amb els coneixements actuals, com és el cas de les malformacions congènites d'origen hereditari.

Les altres són teòricament evitables mitjançant un diagnòstic precoç seguit d'un tractament correcte (glomerulonefritis, litiasi, refluxos amb infeccions d'orina de repetició), o bé amb mesures preventives i d'educació sanitària (hipertensió arterial, diabetis, etc.).

En aquests darrers anys els metges han anat prenent consciència del problema. Observem com això es tradueix en la progressiva disminució de les insuficiències renals cròniques degudes a glomerulonefritis i a afectacions intersticials, augmentant en canvi de forma relativa aquelles que van lligades amb la vellesa, com poden ser la hipertensió arterial i la diabetis. Això es tradueix per un augment en la incidència de malalts d'edat avançada (el 29 % dels afectats tenen més de 65 anys).

És per tant necessari dedicar més esforços en la prevenció, encara que es tracta de mesures complexes, difícils de dur a terme a curt termini.

GRAU DE REHABILITACIÓ

Un 41 % del total de malalts i un 60 % dels de menys de 45 anys treballen.

Detallant aquestes xifres veiem el següent:

	1984	1985
1. Aptes per al treball i treballant a dedicació plena	20'8 %	31'8 %
2. Aptes per al treball i treballant mitja jornada	11'1 %	9'2 %
3. Aptes per al treball i no troben feina	3'9 %	6'7 %
4. Aptes per al treball i no treballen perquè guanyarien menys	3'4 %	2'2 %
5. No aptes per treballar, però capaços d'atendre les pròpies necessitats	51'2 %	40'9 %



Pompeu Pascual, cap dels Serveis Territorials de Sanitat de Girona.

6. No aptes per atendre les pròpies necessitats 9'7 % 9'2 %

TIPUS DE TRACTAMENT

1. Hemodiàlisi assistida

És el sistema més emprat. Aproximadament el 75 % dels malalts d'insuficiència renal són tractats amb hemodiàlisi assistida.

Avui dia és un tractament ben protocolitzat i que no sol donar lloc a complicacions, però que és molt molest per al malalt que queda supeditat al Centre de diàlisi on ha d'assistir tres vegades a la setmana per fer una llarga sessió de 3 a 5 hores cada vegada.

	Centres per milió d'habit.	Monitors per milió d'habit.	Monitors per centre monitor	Malalts per
CEE	3'5	29'3	8'4	3'6
Espanya	3'8	53'3	11'1	2'2
Catalunya 1981	5'7	66'2	12	3'1
Catalunya 1984	6'5	88'5	15'7	3'4

- Centres d'hemodiàlisi assistida i monitors dels països de la CEE, Espanya i Catalunya (anys 1981 i 1984).

	Monitors		Nombre de centres	
	Nombre total	Nombre per milió habitants	Centres Diàlisi	Servei Nefrolog.
Privat	383	3'59	24	1
Privat no lucratiu	45	2'99	4	1
Públic, no ICS	66	3'05	1	2
Inst. Català Salut	37	3'08	0	6
Total	531	3'39	29	10

- Nombre de recursos d'hemodiàlisi de crònics, segons la propietat.

2. Hemodiàlisi domiciliària i Diàlisi peritoneal intermitent o continua

Són fórmules de tractament poc emprades al nostre país on representen tan sols un 5 % del total.

Té l'avantatge de ser molt més barata que l'hemodiàlisi i de poder-se dur a terme al mateix domicili del malalt, sense requerir els constants desplaçaments als centres de tractament.

Però té inconvenients. Per norma general no es disposa d'un habitacle amb totes les condicions necessàries, i si l'asèpsia no és molt bona les infeccions poden ser freqüents. També cal dir que, molt sovint, el malalt accepta molt malament l'haver d'aplicar-se ell mateix el tractament, o en algunes ocasions les seves condicions físiques impedeixen que ho pugui fer.

3. Trasplantament renal

És el mètode ideal de tractament, puix el malalt sotmès a trasplantament pot arribar a fer una vida normal.

Hi ha països que han fet una intensa política de trasplantaments, com per exemple Suïssa, Irlanda, Regne Unit, Dinamarca. A Catalunya també s'hi ha fet un esforç important, de manera que al moment actual un 24 % de malalts d'Insuficiència Renal Crònica han estat sotmesos a empelt renal.

Hi ha una sèrie de factors que impedeixen que la seva utilització sigui més àmplia:



a) No es disposa de suficients donacions d'òrgans per tal de cobrir les necessitats.

b) Cal tenir en compte que abans de procedir a un empelt d'aquest tipus, el malalt ha d'ésser molt ben estudiat. També l'obtenció de l'òrgan del donant (persona en vida, o cadàver) ha de reunir unes determinades condicions, cosa que redueix el nombre d'òrgans disponibles.

c) Possibilitat d'un rebuig del ronyó implantat per part del receptor, encara que les últimes substàncies descober-

tes (la ciclosporina especialment) han millorat les perspectives.

Al moment actual, una edat molt avançada del malalt fa desaconsellar el trasplantament.

DISPOSICIONS LEGALS

El Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya ha dictat diverses disposicions legals amb la finalitat d'establir les directrius per tal de faci-

lar l'atenció dels malalts d'Insuficiència Renal Crònica.

Ordre, d'1 de març de 1982, creant el Pla de Programes Sectorials d'Assistència Sanitària.

Ordre, de 25 de maig de 1982, de creació del Programa Sectorial d'Atenció a la Insuficiència Renal Crònica.

Ordre, de 2 de gener de 1984, d'autorització de centres sanitaris extractors i trasplantadors d'òrgans humans, modificada per l'Ordre de 16 d'agost de 1984.

Ordre, de 3 de gener de 1984, de creació del Registre de Malalts Renals.

Tractament de la insuficiència renal a diversos països

Països (1)	Diàlisi (%)					Empelt Funcionant (%)
	HDA	HDD	DPIC	DPAC		
Bèlgica	87'4	5'3	0'2	7'0	30,1	
Dinamarca	62'4	9'9	6'3	21'3	36'5	
R. F. Alemanya	84'4	12'8	0'9	1'9	12'0	
França	74'9	17'3	1'9	5'9	14'0	
Grècia	90'2	0'3	2'1	7'5	12'2	
Irlanda	67'6	14'5	0'5	17'4	47'1	
Israel	83'2	6'8	4'1	5'9	18'8	
Itàlia	82'9	7'7	1'0	8'4	9'7	
Luxemburg	95'3	3'5	1'2	0'0	5'9	
Països Baixos	83'7	7'7	0'0	8'6	22'7	
Portugal	99'6	0'0	0'0	0'3	5'2	
Regne Unit	31'2	41'8	1'1	25'8	44'4	
Suïssa	69'8	15'9	0'2	14'0	26'9	
EDTA	80'3	11'4	1'2	7'0	19'2	
CEE	74'4	14'2	1'2	11'3	18'7	
Espanya	88'1	4'4	1'2	6'3	12'9	
Catalunya 1983 (2)	95'4	2'3	0'7	2'1	17'6	
Catalunya 1984 (2)	94'9	1'8	1'0	2'2	22'3	

(*) Hemodiàlisi assistida (hospitalària + extra-hospital). (**) Hemodiàlisi domiciliària. (***) Diàlisi peritoneal; intermitent. (****) Diàlisi peritoneal contínua ambulatoria.

Fonts: (1) EDTA, 1983. (2) RMRC/CIDC, estimació 1983. CIDC: Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya.



MODALITATS TERAPÈUTIQUES EN LA INSUFICIÈNCIA RENAL

L'elecció del mètode de diàlisi per al tractament de les insuficiències renals depèn de criteris relatius a la medicina i a la tècnica i de les preferències del pacient. L'hemodialisi és una tècnica destinada a substituir la funció renal mitjançant un aparell conegut amb el nom de "ronyó artificial". Els criteris que se segueixen per determinar el seu començament són l'estat clínic i analític, segons que s'exposa a "Coneixements d'utilitat per a la persona amb insuficiència renal", editat pel Servei de Nefrologia de la Clínica Girona.

L'inici es produeix —indica el llibre— generalment quan s'arriba a xifres de creatinina plasmàtica entre 10 i 15 mg/dl i aclariments de creatinina al voltant de 5 ml/minut.

La funció del ronyó artificial consisteix en eliminar l'aigua i els productes tòxics que habitualment, en condicions normals, elimina el ronyó. Aquestes substàncies s'eliminen a través d'un filtre i amb un circuit extracorporeal. La tècnica aplicada exigeix la possessió de l'anomenat ronyó artificial en un centre sanitari on el pacient es trasllada per a sotmetre's a la sessió necessària, generalment tres vegades per setmana.

Cada sessió sol durar quatre o cinc hores aproximadament i és dirigida i controlada per personal tècnic especialitzat.

Hi ha la possibilitat d'instal·lar un ronyó artificial en el mateix domicili del malalt. Aquesta possibilitat ofereix al pacient major autonomia, però requereix al mateix fet un període de formació de dos mesos aproximadament per tal de preparar el malalt i els seus familiars, atès que dependrà d'ells el desenvolupament de les sessions.

Una altra fórmula terapèutica és la **diàlisi peritoneal** que difereix de l'**hemodialisi** —segons "Coneixements d'Utilitat..."— en què s'evita la creació del circuit extracorporel que permet la depuració de la sang que no assumeix el ronyó malalt. Per això s'inclou un filtre, que mitjançant l'aprofitament de la membrana natural del peritoneu, a fi i efecte de sostreure aigua i toxines del pacient.

Aquesta tècnica requereix la col·locació en permanència, en la cavitat peritoneal, d'un catèter que permeti la introducció del líquid de diàlisi en el sac peritoneal. Després d'un període de permanència variable, ha de ser retirat manualment o bé a través de màquines automàtiques o semiautomàtiques.

En la **diàlisi peritoneal intermitent** el malalt renal es sotmet, en la majoria dels casos en un centre sanitari, a un mínim de tres sessions setmanals. Durant aquestes sessions se li introdueix un recanvi o bossa de líquid de diàlisi a la cavitat peritoneal. El recanvi s'hi manté durant vint minuts i, després, és retirat. L'operació es repeteix en un espai de deu-dotze hores per sessió i la tècnica pot realitzar-se a domicili.

Una altra modalitat, la **diàlisi peritoneal ambulatoria crònica**, comparteix el mateix funcionament amb l'anterior, però l'ha d'efectuar el mateix pacient en règim extrahospitalari, diàriament i durant tota la jornada, havent de realitzar al llarg del dia de tres a cinc recanvis. El temps de permanència del líquid de diàlisi en la cavitat peritoneal és de cinc a set hores per recanvi. La modalitat més estesa és l'hemodialisi.

TRASPLANTAMENT RENAL

El trasplantament del ronyó consisteix en la col·locació, mitjançant intervenció quirúrgica, d'un ronyó d'una persona —donador— al receptor, que pateix la insuficiència renal. El trasplantament fa necessari l'estudi previ d'un cert nombre de condicions, immunològiques, nefrològiques, urològiques i mèdiques que disminueixen la possibilitat d'un rebuig de l'òrgan que es trasplanta per tal d'obtenir les garanties màximes de supervivència prolongada, tant del pacient com de l'òrgan donat en si mateix.

El ronyó pot obtenir-se d'un donador viu voluntari, emparentat amb el pacient, que sol ésser generalment el pare, la mare o un germà. Si hom compta amb una comptabilitat immunològica adequada, l'operació acostuma a tenir èxit, assenyala "Coneixements d'utilitat..."

Una segona possibilitat és la donació d'un cadàver, no emparentat amb el receptor de l'òrgan que es trasplantarà. En aquest cas l'òrgan s'extreu d'una persona en mort cerebral. S'exclouen de possibles donacions persones portadores de tumors malignes, focus supurats i aquelles en les quals l'estat hemodinàmic hagi pogut danyar-ne el ronyó abans de ser extret per al trasplantament.

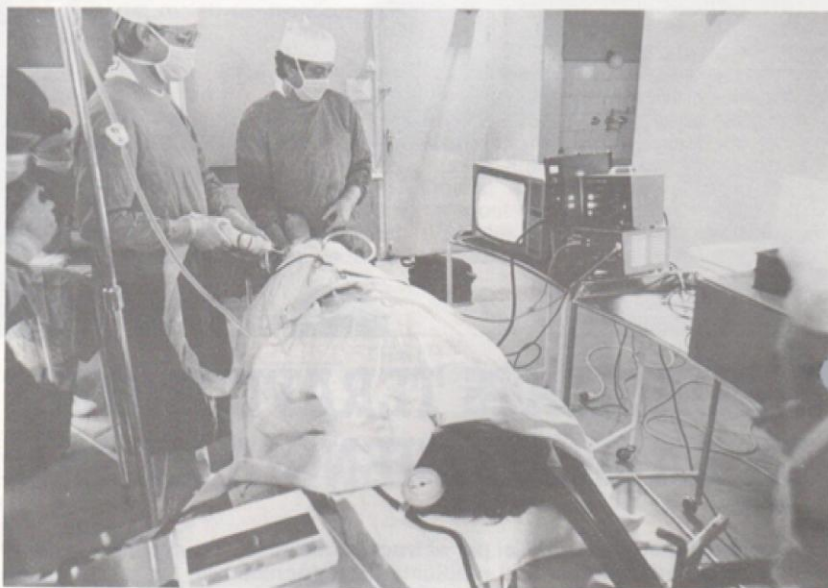
EL TRASPLANTAMENT, OBJECTIU

La Generalitat va crear, l'any 1982, el Programa d'Atenció a la insuficiència renal. Un dels objectius fonamentals del programa era l'organització del trasplantament a Catalunya. Durant l'any 1985 el Programa d'Atenció a la Insuficiència renal va assumir la centralització a l'àrea catalana de tot un programa de trasplantament d'altres òrgans i va incloure un nou hospital per a trasplantament de ronyó, l'Hospital Germans Trias i Pujol, a Badalona. Amb aquest són sis els centres de trasplantament renal catalans: la Ciutat Sanitària de la Vall d'Hebron, l'Hospital de Bellvitge a l'Hospitalet, la Fundació Puigvert, l'Hospital Clínic i Provincial i l'Hospital Nostra Senyora de l'Esperança, de Barcelona.

El desenvolupament de programes de trasplantament d'altres òrgans ha conferit —segons l'informe anual emès per la Generalitat— una dimensió diferent als programes de trasplantament de ronyó. L'estudi, el cinquè consecutiu presentat per l'administració autonòmica, fa un balanç positiu, en línies generals, dels resultats obtinguts en els darrers anys i de l'evolució dels tractaments mèdics. Estadísticament s'hi assenyala que la supervivència de l'empelt en trasplantament de donat cadàver és del 72 % al cap de l'any i del 62 % als quatre anys, considerant tots els trasplantaments consecutius realitzats des de 1979 sense cap mena d'exclusió. La majoria dels fracassos es produeixen dins del primer any i un cop superat aquest període de temps només hi ha un perill estimat en el tres per cent anual de pèrdua de l'empelt.

La supervivència del pacient és del 91 % a l'any i del 89 % als quatre anys. Aquest percentatge de mortalitat és comparable a l'obtingut per la majoria dels centres en un àmbit mundial i és imputable al grau de deteriorament funcional amb què alguns pacients arriben al trasplantament, segons l'estudi de la Generalitat. D'altra banda, cal assenyalar que les dades estadístiques es realitzen en base a resultats obtinguts als darrers set-vuit anys. Els resultats dels trasplantaments actuals, amb aplicació de noves tècniques terapèutiques per evitar el rebuig de l'òrgan trasplantat, s'analitzaran en estadístiques futures que, a priori, hauran d'observar xifres encara més optimistes.

En el cas de donat viu emparentat, que continua essent molt inferior a la donació de cadàver, els empelts realit-



Les tècniques quirúrgiques han avançat molt en els camps més diversos com ho han fet també en els trasplantaments d'òrgans. (Foto DANI DUCH).

zats amb donat HLA idèntic funcionen un noranta set per cent al cap de l'any i un 91 % als quatre anys. Si el donat és només semi-idèntic, aquests percentatges es redueixen al 83 i 71 per cent respectivament. La supervivència del receptor als quatre anys, considerant ambdós grups, es fixa en un 94 per cent. En aquest cas, es troben en fase de desenvolupament de noves tècniques mèdiques per aconseguir la identificació donant-receptor, malgrat no tractar-se de persones emparentades.

L'evolució experimentada a les llistes d'espera per acollir-se a trasplantament es destaca per haver-se mantingut estable en els darrers tres anys inclosos a l'estudi (1983-84-85). Se desprèn que no s'ha aconseguit encara trasplantar el mateix nombre de pacients que els que entren anualment en llista. Per aconseguir la seva reducció progressiva s'estableix una xifra òptima de tres-cents trasplantaments anuals.

Ha disminuït el nombre de pacients amb una recerca màxima d'anticossos entre el 10 i el 50 % i s'ha reduït el ritme de creixement de la llista d'hipersensibilitzats —recerca màxima entre el 50 i el 100 %—. Aquest fet es deu bàsicament als nous criteris utilitzats de trasplantar malalts amb una prova

creuada prèvia positiva, actual negativa, i en part a l'excel·lent cooperació entre tots els centres per facilitar al màxim l'intercanvi d'òrgans per a aquests pacients, segons que s'afirma a l'informe emès pel departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat.

TRASPLANTAMENT PEDIÀTRIC

El programa de trasplantament pediàtric començà a funcionar l'any 1984 englobat dins la nova organització del trasplantament a Catalunya. Si bé, conclou l'estudi, en els darrers quinze anys s'havien posat en marxa programes de trasplantament als hospitals d'adults, els trasplantaments en menors de quinze anys podrien considerar-se com anecdòtics. A l'inici d'aquest programa hi havia al voltant de cent pacients inclosos a la llista d'espera pediàtrica, més del 50 per cent dels quals tenien més de quinze anys. Per la necessitat que la llista d'espera fos realment de nens, tal i com es considera actualment, van ésser-ne exclosos els majors de quinze anys que van passar a les llistes d'hospitals d'adults.

El mes d'abril del 1984 quedaven trenta-sis nens menors de quinze anys

que estaven sotmesos a hemodiàlisi periòdica. No tots podien ésser inclosos a la llista d'espera per a trasplantament —assenyala l'informe anual— sobretot per la necessitat de resoldre problemes quirúrgics pre-trasplantament. A més de l'Hospital Infantil de la Vall d'Hebron, va ser autoritzat l'Hospital de Sant Joan de Déu com a centre extractor, i es comptava amb la potencialitat de generació d'òrgans pediàtrics de tots els centres autoritzats.

Els trasplantaments efectuats l'any 1984 —nou— no van ser suficients per disminuir la llista d'espera a causa del nombre de nous malalts i dels malalts que van presentar rebuig de l'òrgan trasplantat i el desembre del mateix any el nombre de malalts a hemodiàlisi periòdica continuava situant-se en trenta-sis nens.

L'any 1985 la generació d'òrgans pediàtrics va ser important i van efectuar-se vint-i-dos trasplantaments —el cinquanta per cent més que l'any anterior— en nens menors de quinze anys. Cap d'ells no fou de donant viu i el 84 % dels òrgans procedien de donant pediàtric. Quatre dels trasplantaments van ser fets en pacients que rebien el seu segons empelt, atès l'índex de rebuig enregistrat l'any anterior. Després d'aquest nombre de trasplantaments quedaren —el desembre de 1985— vint-i-dos nens sotmesos a programa de diàlisi, 13 dels quals estaven a la llista d'espera per trasplantament, cinc a la llista provisional i 4 a la fase d'acabament d'estudi i protocol transfusional per tal de ser-hi inclosos.

La supervivència de l'empelt enregistrat és del 83 % als tres mesos i del 69 % als dos anys. La supervivència del malalt és del 97 per cent als tres mesos i del 91 per cent als dos anys. Aquests percentatges, encara que referits a un petit nombre de casos (37 trasplantaments en 33 malalts) i poc temps de seguiment, són comparables

als resultats obtinguts a centres pediàtrics europeus.

El registre de malalts renals de Catalunya conclou, d'altra banda, que la incidència —nou casos— i la prevalença —malalts en programa de diàlisi— de la insuficiència renal terminal en tractament són les més elevades d'Europa si bé darrerament s'observa una tendència a l'estabilització amb una incidència de 69,5 i una prevalença de 416,2 malalts per milió d'habitants l'any 1985. En base al mateix espectre estadístic, continua augmentant la in-

cidència de malalts en edat avançada i s'estipula un 28,9 per cent de la incidència enregistrada són malalts de seixanta-cinc anys o més d'edat.

El 30,4 per cent dels malalts es diàlizzen fora de la seva àrea sanitària de residència, amb una reducció d'un 1,4 % respecte als resultats obtinguts l'any 1984, i en relació a l'antiguitat en tractament substituït, un 35,9 per cent dels malalts porten més de cinc anys, mentre que un 5,9 per cent n'hi porten més de deu.



casademont

**INDÚSTRIA
DE LA CARN**

**ELABORACIÓ DE
PRODUCTES ARTESANALS**

FUET - LLONGANISSES - PERNIL EN DOLÇ - CATALANA

**promotor
constructor**

TORRAS

JOSEP TORRAS i AYATS

Carretera Ridaura, 16
Telèfon (972) 26 19 54 - OLOT

Josep Sayols

Josep Sayols i Pol va rebre un nou ronyó el tres de març d'enguany a Bellvitge, després de sis mesos en llista d'espera en aquest centre, sis anys en un altre —del qual decidí canviar-se— i més de tretze anys en programa de diàlisi. La possibilitat de trasplantar-se li fou comunicada el dia abans. El procés, després de la intervenció, ha estat favorable —segons explica— i no ha patit cap rebuig. «Vaig romandre-hi ingressat cinc setmanes, encara que no hi hagué cap problema fora dels previsibles. Vaig patir perquè la majoria dels malalts que estaven amb mi van ser donats d'alta en quinze dies o tres setmanes i això et produeix una certa angoixa, et preocupa, però l'evolució va ser normal. Ara les dosis d'immunodepressors van reduint-se i es millora progressivament».

Josep Sayols, que rep un tractament que combina les cortisones i la ciclosporina, assegura que «tornaria a prendre la mateixa decisió amb els ulls tancats. No pots pas pensar-t'hi quan t'ho diuen. Encara que a mi m'anava

força bé, la diàlisi suposa un desgast per a la salut; tens alts i baixos de tensió i problemes derivats del tractament. Ara el nivell de salut és més constant, malgrat que la intervenció és molt recent».

Inicialment preveu que el mes de juny pugui reincorporar-se al treball i creu que és aconsellable afrontar el trasplantament si es té l'oportunitat. «Jo aconsellaria que no deixessin perdre l'oportunitat, encara que cada cas sigui diferent. Passar aquesta experiència, si tan sols fos per un període molt curt d'uns mesos, potser no valdria la pena, però si et plantejges que pots passar uns anys sense sotmetre't a diàlisi tres vegades a la setmana, és un gran avantatge». Per a Josep Sayols, de trenta-set anys, casat i amb fills. «Solament pel fet d'haver-te de desplaçar i de pensar en les sessions de diàlisi, ja és un entrebanc. Després, si dintre d'uns anys he de tornar a la màquina, crec que no m'hi pensaria pas i si en tinc una nova oportunitat, tornaria a trasplantar-me».



L'experiència del trasplantament, afirma Josep Sayols, «no va ser dolenta. Durant el temps que vaig romandre ingressat se'm va tractar molt bé i en cap moment vaig notar-m'hi malament. Al segon o tercer dia ja vaig llevar-me i passejava i no he tingut cap molèstia, al marge que el postoperatori va ser més llarg que d'altres».

Antoni Huertas



Antoni Huertas, casat i resident a Salt, va ser trasplantat el primer de novembre de l'any passat, quan encara no feia un any que estava en llista d'espera, i es mostra molt optimista

amb el seu nou ronyó. El mes de març va reincorporar-se al món del treball i es defineix totalment partidari del trasplantament després de la seva experiència. «Al principi vaig tenir els problemes lògics —afirma—, com a qualsevol trasplantament, i vaig patir dos rebuigs. Això va fer necessari que se'm tornés a ingressar durant dues setmanes el mes de gener, dos mesos després de la intervenció».

Antoni considera que el més difícil del trasplantament és el tractament farmacològic necessari per evitar el rebuig de l'òrgan empeltat. «Ara, però, em trobo perfecte i cada dia que passa la meva sensació de salut, augmenta. Inicialment no treballava i ara puc tornar a fer-ho. És completament diferent a quan estàs en programa de diàlisi —assegura—. En tractament de diàlisi t'has de retenir de moltíssimes coses i ara, encara que és recent i no puc dir que faci una vida absolutament normal, és molt diferent. Noto que milloro dia a dia».

La insuficiència renal terminal detectada a Antoni Huertas va anunciar-s'hi amb maldecaps repetits, segons explica. «Tenia sovint maldecaps molt forts i vòmits. Vaig anar al metge, en un període de vacances que vaig prendre, i va trobar-me la tensió altíssima. En fer-me la biòpsia va detectar-se la insuficiència renal».

La possibilitat de trasplantar-se va ser-li comunicada a la sortida d'una sessió de diàlisi. «Van dir-me que m'espereva un ronyó a Barcelona, vaig trucar un taxi i cap a Barcelona. Després de les proves oportunes vaig entrar al quiròfan a dos quarts de deu del matí». Antoni considera que el trasplantament és l'única solució d'una insuficiència renal perquè «la diàlisi tan sols et permet continuar, però no et soluciona res, i el trasplantament, malgrat que al principi pot haver-hi rebuig i que el cos no accepta un òrgan estrany, un cop superats els problemes lògics, el nivell de salut no és comparable a quan estàs a diàlisi».

AMARG



205177

SOCI MALALT

Voldria ésser soci de l'Associació de Malalts Renals de Girona - **AMARG**.

Nom i cognoms _____

Adreça _____

Població _____

Autoritzo el pagament de la meua quota voluntària al Banc o Caixa _____

Signatura:

Compte n.º _____ Sucursal _____

SOCI COL·LABORADOR

Voldria ésser soci col·laborador de l'Associació de Malalts Renals de Girona - **AMARG**.

Nom i cognoms _____

Adreça _____

Població _____

Autoritzo el pagament de la meua quota voluntària al Banc o Caixa _____

Signatura:

Compte n.º _____ Sucursal _____

DONANTS

Desitjo ésser donant de ronyó i trameto aquest cupó per tal que l'Associació de Malalts Renals de Girona - **AMARG** faci els tràmits pertinents a tal efecte.

Nom i cognoms _____

Adreça _____

Població _____ Telèfon _____

Signatura:

A volta de correu em serà tramesa la targeta acreditativa de donant de ronyó.

Isabel Moré, difondre la realitat del malalt renal

S'ha dit sovint que patir una insuficiència renal suposa dependre d'una màquina, sotmetre's periòdicament a diàlisi amb una sola alternativa possible per millorar el nivell de salut. L'Associació de Malalts Renals de Girona es planteja una finalitat essencial dins les seves activitats: donar a conèixer la problemàtica que envolta a l'insuficient renal.

L'Associació promou activitats, campanyes per aconseguir donants, informa dels avenços mèdics en aquest camp, però també té dificultats. De la gestió d'AMARG i el seu paper en parla la presidenta de l'Associació, Isabel Moré, que ostenta el càrrec des de fa dos anys. Isabel Moré, que pateix una insuficiència renal i se sotmet a programa de diàlisi per substituir les funcions que el ronyó malalt no compleix, considera que el treball de sensibilització centra els objectius d'AMARG i creu que no hi ha encara suficient informació. Explica que la diàlisi és una solució provisional que, d'altra banda, representa un trastorn important en la vida familiar, social o professional. En aquest sentit afirma que si cada any hi ha un nou donant, ja és un pas important.

La diàlisi, els sistemes de depuració de la sang en substitució de les funcions bàsiques del ronyó, permet avui per avui la supervivència del malalt renal. Aquests tractaments terapèutics són relativament nous i utilitzen una tècnica introduïda a la medicina fa aproximadament vint anys. Als primers anys d'aplicació de programes de diàlisi a insuficients renals a Catalunya els malalts es tractaven a Barcelona i, des de fa dotze anys, poden fer-ho a les mateixes comarques gironines, als centres de diàlisi de l'Hospital Álvarez de Castro, a la Clínica Girona o a l'Hospital de Figueres. La diàlisi, però, no suposa un tractament definitiu per a la malaltia i solament permet la supervivència de l'insuficient renal, tal com s'apuntava anteriorment. Progressivament la salut pateix un deteriorament a causa de la depuració artificial de la sang i, d'altra banda, l'insuficient depèn de la màquina a la qual ha d'acudir, habitualment, tres cops per setmana, l'única alternativa possible a un programa de diàlisi és el trasplantament.

Isabel Moré, presidenta de l'Associació de Malalts Renals de Girona —AMARG— creu que entorn la problemàtica que envolta la insuficiència renal i els qui la pateixen hi ha sovint poca informació. «La diàlisi —assegura— és una solució provisional, transitòria, que a més suposa un greu trastorn per al desenvolupament normal de la teva vida familiar, professional o social, atès que depens de la màquina i que has de sotmetre't periòdicament a les sessions de diàlisi per substituir les funcions bàsiques que el teu ronyó fa. Has d'assistir a tres sessions setmanals que tenen una durada, normalment, de quatre hores que, de forma progressiva, afecten la salut. Aquesta dependència suposa dificultats a la vida familiar i professional, com deia abans, per la dependència que suposa, els desplaçaments al centre on realitza la diàlisi. Actualment —considera Isabel Moré— l'única alternativa és el trasplantament».

L'objectiu bàsic de l'Associació de Malalts Renals que Isabel Moré presideix és, en aquest sentit, donar a co-



nèixer la problemàtica i sensibilització dels insuficients renals i dur a terme un treball de conscienciació i sensibilització que, en definitiva, són tasques que s'emmarquen en la labor d'informació que Isabel Moré troba a faltar i considera tan necessària. «El trasplantament es considera avui l'única solució perquè permet millorar el nivell de salut del malalt i apropar-lo el màxim possible amb les tècniques mèdiques actuals al que s'establiria com un nivell de salut normal —explica—. El trasplantament depèn però de les donacions que es facin i aquest fet comporta la necessitat d'informació i solidaritat social cap als insuficients renals que veuen minvades les seves possibilitats en raó de la malaltia que pateixen». L'extracció d'un òrgan pot realitzar-se quan una persona, morta en una clínica autoritzada, per una malaltia que no afecti el ronyó o d'accident, era donant o bé la família accedeix a què li siguin extrets determinats òrgans per tal de realitzar trasplantaments. Isabel Moré opina que «una mort és sempre una desgràcia, però si després de pro-



duir-se poden salvar-se vides crec que és una possibilitat que s'ha de considerar. La mort d'un familiar és una pèrdua dolorosa però irreparable i, per tant, cal pensar que després poden salvar-se altres vides humanes.

Les donacions s'envolten sovint de reticències però la presidenta d'AMARG assegura que en els darrers anys s'ha comprovat més preparació per part de la gent, una actitud més solidària, a pesar de què la donació es produeixi en un moment dolorós per a la família. «Hi ha més conscienciació en general i ha augmentat considerablement el nombre de donacions i de persones que es fan donant per permetre que, el dia que no hi siguin, se'ls extreguin els ronyons i possibilitar un trasplantament. Aquesta conscienciació es nota especialment entre la joventut, però, amb tot, encara és difícil».

El paper de l'Associació és facilitar informació tant mèdica com d'altres aspectes relacionats amb la insuficiència renal. Isabel Moré assenyala la importància de la gestió d'associacions

d'aquest tipus tant AMARG a Girona com a d'altres punts d'arreu de l'Estat espanyol dins del col·lectiu. «A Barcelona, l'Associació de Malalts Renals -ADER- una de les entitats amb més pes específic, ha establert un club de diàlisi, dona serveis d'assistència social i organitza moltes altres activitats. Conjuntament, tant a nivell nacional com internacional, nosaltres participem en campanyes informatives com la que s'organitza pel Dia Internacional del Donant i, a nivell de Girona, podem tramitar carnets de donants, facilitar informació i organitzar activitats dins de les nostres possibilitats. En aquest sentit depenem de les aportacions dels socis -tant malalts com col·laboradors- que paguen quotes voluntàries, i d'ajuts econòmics de l'Administració».

En la captació d'ajuts per a l'entitat, a través de sorteigs i tota mena d'activitats que s'organitzin des de l'Associació, AMARG es troba en competència amb altres associacions i entitats desvinculades al col·lectiu i de caràcter privat. Aquest és un fet que s'ha

“

La diàlisi és una solució provisional que suposa un greu trastorn de la vida familiar, professional o social.

... ..

El trasplantament es considera avui l'única solució que permet un nivell de salut més aproximat al normal.

... ..

Un mort és sempre una desgràcia, però si pot salvar-se una vida després de produir-se, cal pensar-ho.

... ..

El motiu bàsic de les activitats d'AMARG és la sensibilització de l'opinió pública.

... ..

Les donacions encara són motiu de reticències, però la conscienciació augmenta en general.

”

denunciat en diverses ocasions i a les mateixes comarques gironines, en els darrers temps, s'ha detectat la venda de números d'una entitat barcelonina, la qual cosa suposa recaptar diners que se'n van de Girona. Aquesta competència és qualificada de deslleial per Isabel Moré, que indica que «es tracta d'una entitat privada que s'introdueix a Girona per vendre números en nom dels malalts renals. A Girona, però, l'única entitat representativa del col·lectiu és AMARG i dels diners que recapta aquesta associació barcelonina ni una sola pesseta torna a Girona, amb la qual cosa les donacions i la participació de gironins no serveix per als malalts de casa».

Un dels motius bàsics i fonamentals de les activitats d'AMARG, dins les tasques de sensibilització i informació, és la captació de donants per possibilitar trasplantaments. Sovint hom no sap a qui adreçar-se per fer-se donant. Isabel Moré explica que AMARG pot fer els tràmits necessaris. «Solament necessitem les dades personals i, a volta de correu, s'envia a la persona interessada el carnet de donador. Si cada dia hi ha un nou donant considerem que la nostra gestió ja ha aconseguit un pas important, i cal sensibilitzar la gent —afirma Isabel Moré— perquè les donacions són una necessitat social de la qual ningú no pot sentir-se exclòs i no pot saber si demà ho necessitarà».

NOTA

Una vegada tancada l'edició del present número, inclosa l'entrevista amb Isabel Moré, Presidenta d'AMARG, va poder ser trasplantada a l'hospital de Bellvitge, Barcelona. Isabel Moré, que va rebre el nou ronyó el tretze de maig i es recupera favorablement de la intervenció. La mateixa setmana va ser intervingut, també per rebre un nou ronyó, Ferran Garcia Gómez.



TALLERS MECÀNICS

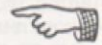
SOMAC, S.A.

Caldereria i Mecànica en general

Joan Bruguera, 10-20 - ☎ 20 23 36 - 20 34 50



ACTUALIZACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL, LA CICLOSPORINA



Desde 1955 el trasplante renal es un tratamiento de sustitución de la insuficiencia renal terminal y hoy en día está considerado el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con edades inferiores a los sesenta años; incluso la edad no es auténtico factor de exclusión ya que pacientes con edades superiores a los sesenta años son trasplantados en algunos centros, especialmente de los países nórdicos y Gran Bretaña, con seguridad y éxito.

Durante los diez primeros años los diferentes métodos terapéuticos inmunosupresores utilizados para evitar el rechazo del riñón trasplantado lograron unos resultados muy pobres. La introducción, en 1962, de la Azatioprina —comercializada como Imurel— combinada con los corticosoesteroides modifican el panorama, los resultados mejoran y empieza a hablarse de tratamiento de elección en determinados grupos de pacientes renales terminales. A pesar de todo, durante algunos años, con los dos tipos de fármacos citados y los perfeccionamientos en la técnica quirúrgica, la supervivencia del riñón trasplantado al año alcanza un cenit promedio del sesenta por cien, muy a menudo asociado a una alta morbilidad y mortalidad.

Estos resultados son de por sí muy interesantes por la mejor rehabilitación que suponen del trasplantado renal con el riñón trasplantado funcionante, pero es en los últimos cinco-diez años que logra mejorarse la supervivencia del injerto —hasta un ochenta por cien—, disminuir la morbilidad y equiparar la mortalidad en trasplante renal a la de cualquier tipo de diálisis.

Esta sensible mejora de los resultados obtenidos son la consecuencia de la aplicación en clínica de los nuevos avances inmunológicos que permanecieron estancados durante algunos años y es de esperar que sean aún más prometedores en el futuro.

Entre los avances inmunológicos más destacados hay que mencionar:

- Los efectos beneficiosos de las transfusiones en los trasplantes de cadáver y las del propio donante en los trasplantes de vivo.
- Los protocolos terapéuticos con dosis bajas de corticoesteroides.
- El empleo terapéutico de las globulinas antilinfocitarias.

50 ml de solución

Vía oral

966549

DH ⌚ ○

Sandimmun® Sandoz

Els nous fàrmacs, amb ciclosporina A, han millorat els tractaments immunodepresors per evitar rebutjos. (Foto DANI DUCH).

— La introducción terapéutica de la ciclosporina A —CyA—.

— La introducción terapéutica, últimamente, de los anticuerpos, monoclonales antilinfocitarios.

El organismo humano posee un sistema, denominado inmunitario, una de las funciones del cual es reconocer toda sustancia extraña introducida en el organismo, desencadenando un ataque contra ella que, en el caso de los órganos trasplantados, supone el temido rechazo. Para evitarlo se utilizan una serie de fármacos —los inmunosupresores— que frenan la actividad que pone en marcha el sistema inmunitario contra el riñón trasplantado.

Los tratamientos utilizados en los inicios de la trasplantología renal actuaban global e inespecíficamente sobre el sistema inmunosano. En aquellos momentos se conocía muy poco de como actuaba dicho sistema y los fármacos empleados, Azatioprina, corticoides, irradiación global, irra-

diación por injerto, etc., hoy denominados convencionales, destruían al mismo tiempo, de una forma ciega, las células que se dirigían contra el órgano trasplantado o injerto y las de la médula ósea, encargadas de formar el resto de las células sanguíneas. La destrucción masiva y ciega de la celularidad situaba al individuo en un estado de indefensión frente a todo tipo de substancias extrañas, en ciertos casos gérmenes, desarrollándose infecciones, complicación muy frecuente en los trasplantados.

No existe todavía un tratamiento inmuno supresor óptimo, capaz de actuar únicamente en las reacciones contra el órgano injertado, provocante del rechazo, ya que no se conocen del todo los mecanismos íntimos del mismo, pero al menos han surgido nuevos fármacos como la ciclosporina A —CyA— que actúan de forma más selectiva, sin afectar otras respuestas inmunes como los sistemas de defensa, retrasando la aparición del rechazo.

La ciclosporina A inauguró hace siete u ocho años una nueva era en los trasplantes de órganos por su actuación más selectiva en el sistema inmune.

DIECISIETE AÑOS DE HISTORIA

La historia del nuevo fármaco se inició en 1970 cuando el microbiólogo de Sandoz, Jean Borel, al finalizar sus vacaciones en Noruega, se lleva una muestra del suelo de dicho país a su laboratorio de Basilea con el objetivo de extraer substancias con posibilidades terapéuticas. De dicho material obtiene unos hongos -Cylindrocarpon Lucidum y Trichoderma Polysporum- de los cuales extrae unos polipéptidos con escasa actividad antimicrobiana, sin efectos anticancerosos, muy atóxicos en experimentación animal, pero con una potente acción inhibitoria sobre un determinado grupo de células sanguíneas, los linfocitos, células fundamentales del sistema inmune. De esta molécula polipeptídica, la CyA, se logra conocer su estructura química y finalmente, en 1980, se obtiene una síntesis química.

La CyA posee una actuación selectiva sobre los linfocitos sin afectar la médula ósea, actúa predominante y reversiblemente inhibiendo un tipo de linfocitos -los T facilitadores- bloqueando así el sistema inmunitario que provoca el rechazo. Los primeros ensayos clínicos con el nuevo fármaco los realiza Calne y su equipo entre 1978 y 1979 en trasplantes renales procedentes de donante cadáver. Utiliza dosis muy altas con resultados no demasiado brillantes pero indica que llegará a ser un fármaco muy útil en la prevención del rechazo de los trasplantes y que, quizás, se demuestre su utilidad en algunas enfermedades autoinmunes.

Un año más tarde la FDA -Organismo norteamericano que controla la utilización de fármacos- permite su utilización de forma protocolizada en fase de investigación en pacientes trasplantados.

Ferguson y colaboradores en la universidad de Minessota, Starlz, Klintman y colaboradores de la universidad de Pittsburg, Kahan, en Texas, los estudios multicéntricos del Canadá y el estudio multicéntrico Europeo efectúan las primeras experiencias clínicas randomizadas comparativas en pacientes tratados con la terapia convencional -Azatioprina-prednisona, Azatioprina-suero antilinfocitario-Prednisona-. Los tratados con CyA y Prednisona refieren importantes mejoras del quince por ciento o más, pasándose del 65-70 por cien al ochenta o más, en la supervivencia del injerto renal al año y también en la supervivencia del paciente. Es en los trasplantes de otros órganos, cardíacos, hepáticos, médula ósea, páncreas y pulmón, donde el impacto de la CyA es aún más importante.

ADMINISTRACIÓN DEL NUEVO FÁRMACO

La administración de Ciclosporina A es preferible que sea oral a pesar de que se absorbe mal y de modo variable; al tratarse de una substancia liposoluble, el contenido en grasas y la naturaleza de la dieta son causa de enormes variaciones en su absorción. Se administra cada doce horas, fuera de las comidas, habitualmente en una solución a base de aceite de oliva y, por su sabor, se diluye en leche, zumo de naranja o leche chocolateada. Si la administración oral no es factible se utiliza la vía endovenosa por perfusión, reduciendo la dosis a un tercio de la oral. Nunca se administra por vía intra-

muscular. Si la administración es oral se distribuye en dos dosis, mañana y noche, en un intervalo de doce horas.

Una vez absorbida por vía oral es captada de inmediato por las membranas lipídicas celulares, la mayor parte de la CyA circulante se fija en hematies y leucocitos. Las dosis a administrar son variables dependiendo de si existe o no diuresis inicial post-trasplante así como las pautas de reducción del fármaco. La tendencia actual es utilizar dosis bajas y monitorizar siempre los niveles del fármaco en sangre total o suero. La medición de los niveles sanguíneos no es fácil, en sangre circulante se forman de quince a veinte metabolitos de CyA y se desconoce aún el que es inmuno-supresor y el que es tóxico.

Hay muchos fármacos que alteran el metabolismo de la Ciclosporina A, aumentando o disminuyendo su acción. Los principales problemas de la CyA son su farmacocinética, caracterizada por un estrecho margen terapéutico, su elevado coste -unas treinta mil pesetas por frasco de 50 cc, lo que representa un coste anual de 360.000 a 425.000 pesetas- y su nefrotoxicidad. El principal problema que presenta post-trasplante renal inmediato es la dificultad de distinguir los episodios de nefrotoxicidad y de rechazo.

No es, por tanto, un tratamiento inmunosupresor óptimo. Esperemos de la CyA una mejor definición de la dosis útil y eficaz o que se desarrollen otros miembros de la familia del fármaco que, con igual o mejor inmunosupresión, no presenten la nefrotoxicidad, problema muy serio, del primero de la familia.



Pastisseria Artesana
CAN XAPA

Carrer Montserrat, 1 - ☎ 490274 - BORDILS (Girona)

AGENCIA INMOBILIARIA
GESTORIA
ASSEGURANCES



RIBAS i
MOTJÉ

C./ Eiximenis, 12 i 14 ☎ 208258

UN MILIÓ I MIG D'ESpanyOLS PATEIXEN CÀLCULS RENALS

Més d'un milió i mig d'espanyols —el 4,16 per cent de la població— pateix o ha patit càlculs renals, segons va fer-se públic recentment als mitjans informatius estatals. D'aquesta xifra, el vint-i-u per cent dels afectats han de ser intervinguts per eliminar les pedres, atès que la resta solen expulsar-les per ells mateixos.

Aquesta afecció té major incidència entre els trenta i els cinquanta anys d'edat, en persones de classe mitjana i mitjana baixa, segons es desprèn d'un estudi epidemiològic efectuat a dues mil tres-cents persones de tot l'Estat espanyol. Contràriament, la classe alta, degut al règim alimentari que segueix, pateix menys còlics renals que la resta de la població, assenyalant el mateix estudi.

Actualment, les intervencions renals per tal d'extreure càlculs apenes es fan necessàries donades les noves tècniques que permeten destruir les pedres mitjançant ones de xoc aplicades sense necessitat de cirurgia.

TRASPLANTAMENTS A GIRONA

Als darrers mesos dos insuficients renals gironins han estat trasplantats a Barcelona. Josep Sayols i Pol, resident a Cassà de la Selva, i que es sotmetia a programa de diàlisi des de feia tretze anys, ha estat trasplantat a Bellvitge. Va romandre-hi cinc setmanes ingressat i, després d'un postoperatori favorable, fou donat d'alta i tornà al seu domicili familiar on segueix un període de convalescència abans de reincorporar-se al treball.

Igualment va rebre un nou ronyó, Montserrat Estadella, resident a Besalú, que també patia insuficiència renal crònica i es sotmetia a diàlisi periòdicament. Montserrat Estadella va patir algunes complicacions al postoperatori, malgrat les quals es recupera favorablement i des de fa algunes setmanes passa el període de convalescència al seu domicili familiar.

Des de l'Associació de malalts renals desitgem a ambdós companys una recuperació plena i volem animar a qualsevol que tingui l'oportunitat de rebre un nou ronyó a través de noves donacions.

DEFUNCIONS

El passat trenta de desembre va morir Diego Fernández Benzal, que patia una insuficiència renal crònica i

es trobava en tractament sota programa de diàlisi.

Durant el mes de febrer passat ha guèrem de lamentar el traspàs de Tomás García Carrasco, que morí el dia disset de febrer, i d'Eusebi Vila i Turon, traspasat el propi dia vint-i-set.

Inés Ramírez González, que també patia una insuficiència renal crònica, morí el dia nou de març d'enguany.

AMARG dona el més sentit condol als familiars per tan sensibles pèrdues i recorda Diego, Tomás, Eusebi i Inés, que al cel siguin.

BARCELONA COMPTA AMB LA PRIMERA MÀQUINA PER ELIMINAR CÀLCULS RENALS SENSE RAIGS

Una clínica barcelonina, la Fundació Puigvert, disposa de la primera màquina que s'instal·la a l'Estat espanyol per tal d'eliminar càlculs renals i algun tipus de biliars sense utilitzar banyeres, anestèsia ni raigs X, amb la qual cosa s'evita el perill d'irradiacions.

Aquesta nova tecnologia, que va presentar-se recentment davant de mil congressistes al IX curs internacional d'urologia que se celebrà a la Ciutat Comtal, pertany a la tercera generació de màquines de litotricia extracorporea i permet eliminar els càlculs renals sense dolor.

Una dotzena de pacients van ésser tractats amb èxit durant dues setmanes d'aplicació del sistema, denominat Piezolit, i que utilitza ecografies en lloc de raigs X per dirigir les ones de xoc, d'una intensitat menor a les convencionals, que destrueixen els càlculs renals.

Aquest sistema està contraindicat en aquells pacients que pateixen del cor, amb problemes en la coagulació sanguínia i quan el càlcul és provocat per una obstrucció, segons el professor Pau Carretero, cap dels serveis d'urologia de l'Hospital Clínic de Barcelona i secretari del curs realitzat.

La litotricia extracorporea amb el sistema Piezolit, que utilitza l'energia piezoelèctrica, pot emprar-se també per a l'eliminació de càlculs biliars

quan la vesícula pugui expulsar-los posteriorment de forma voluntària. La Fundació Puigvert, de Barcelona, també va presentar al Congrés celebrat una nova màquina lithostar per a l'eliminació de càlculs renals que també prescindeix de la banyera on se submergia el pacient, encara que aquesta utilitza raigs X.

AVENÇOS QUIRÚRGICS: TRASPLANTAMENT DE RONYÓ ORTOTÒPIC

Al IX Curs d'Urologia, dirigit pels professors Josep Maria Gil Vernet i W. Gregoir, van presentar-se els darrers avenços quirúrgics en el camp de la urologia, com el trasplantament de ronyó pel mètode ortotòpic, consistent a col·locar l'òrgan al mateix lloc danyat i no desplaçar-lo com fins ara es feia.

El trasplantament ortotòpic, utilitzat actualment en nombrosos països com França, Suïssa o Brasil, fou realitzat per primera vegada pel doctor Josep Maria Gil Vernet a l'Hospital Clínic de Barcelona. Fins avui ha obtingut èxit en uns cent vuitanta pacients, aproximadament.

El professor Carretero explicà al curs, que aquesta tècnica, més complicada que la convencional, afavoreix la protecció del ronyó i es presenta com una de les solucions per a aquelles persones que requereixen un trasplantament renal a causa d'una insuficiència crònica.

Altres avenços quirúrgics presentats es refereixen a la utilització del microscopi a les intervencions del làser per als tumors de bufeta i la creació d'esfínters artificials per a pacients que pateixen incontinència urinària.

Durant les sessions del curs, celebrat durant el mes d'abril, van retransmetre's per un circuit tancat de televisió les intervencions quirúrgiques que en aquells moments es realitzaven a l'Hospital Clínic de Barcelona a la vegada que els congressistes podien conversar directament amb els cirurgians, segons que informà l'agència EFE.

CAL LA COL·LABORACIÓ DE TOTS

AMARG ☎ **205177**

LES VÍCTIMES DE LES CARRETERES

Ja ha passat Setmana Santa i com sempre el tribut de moltes vides humanes ha deixat palès que cada any augmenta aquest tràgic balanç. És el preu que ben segur s'ha de pagar a canvi de poder obtenir uns dies d'espargiment i de repòs. L'augment, doncs, de motorització pressuposa així mateix un major nombre d'accidents, molts d'ells sense ésser mortals però que a vegades deixa als afectats amb greus impossibilitats de per vida.

Però considerant aquesta nafra del nostre temps del tot lamentable, bé serà recordar una vegada més, la poca conscienciació que hi ha, respecte als donants d'òrgans, especialment pel que afecta als pacients de ronyó. Per allò que ens diuen les estadístiques i tots els mitjans de comunicació, aquesta solidaritat humana no ressegueix de manera substancial i, encara més, està marcadament distanciada de l'entorn dels països europeus occidentals.

És molt lamentable aquesta minsa disposició, aquesta mena d'insolidaritat. Potser és que no vivim de prop l'angoixa i el sofriment que estan vivint els afectats. A vegades, de ben segur, seria convenient fer acte de presència en algun centre hospitalari o clínic per copsar de prop els tristos moments pels que han de viure els malalts d'aquesta penosa enfermetat. Seria la millor conscienciació, a fi de donar suport necessari i altruista. Seria com una descàrrega psíquica de les actituds adoptades d'aquest divorci humanístic envers els necessitats.

No n'hi ha prou aportant ajuts econòmics malgrat que aquests siguin substancials i d'agraïment. Però el que és vàlid **per damunt de tot** és el lliurament físic d'òrgans que es perden

sota terra i que vivencialment encara ells poden aportar tota una vida envers aquests nostres germans que viuen en precari i esperant aquesta col·lectiva solidaritat.

Pensem, doncs, dia a dia, hora a hora, en una clara i total reflexió:

AJUDEM, QUE AIXÍ PODREM ÉSSER AJUDATS!

J. PUIG i SURROCA



INSUFICIÈNCIA RENAL I TREBALL

Senyors:

Quan cada dia més sovint es parla de fomentar l'ocupació i la creació de llocs de treball i de liberalitzar la contractació, se m'acudeix que els insuficients renals, en molts casos, són persones que poden desenvolupar tasques professionals amb normalitat.

Suposo, però, que a un empresari deu ésser-li molt més còmode contractar una persona amb un nivell de salut normal que no pas un insuficient renal que haurà de combinar horaris de treball amb les sessions necessàries de diàlisi o que més fàcilment tindrà problemes de salut. En aquest sentit, crec que seria prou interessant que l'Administració establis fórmules d'ajut a aquelles empreses que contractessin insuficients renals.

No sé si aquest cas ja és previst per la legislació laboral actual i per aquest motiu, bàsicament, m'adreço a la vostra revista. Considero que molts tipus de feines poden ser afrontades per una persona que pateix una insuficiència renal i els possibles avantatges que comportés la seva contractació podrien facilitar que aquestes persones trobessin un lloc de treball apropiat.

J. L. P.
GIRONA

Apreciat lector: Ens plau informar-te que existeixen ajuts institucionals per a la contractació d'insuficients renals, sempre que aquella persona afectada per la malaltia estigui en disposició d'obtenir un certificat que garanteixi que pateix una disminució física. Amb aquest certificat, que tramita l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials -ICASS-, organisme depenent de la Generalitat, pot accedir-se als ajuts establerts per l'Institut Nacional d'Ocupació per a la contractació de disminuïts físics en general.

Al marge d'aquest fet, voldríem apuntar que, en molts casos, un insuficient renal pot desenvolupar tasques professionals sense que el tractament mèdic a què se sotmet interfereixi en el normal compliment de la seva feina. Els horaris professionals i els de programa de diàlisi, per exemple, poden combinar-se i aquest cas és, en gran mesura, el de molts insuficients renals gironins.

Les donacions són una necessitat social de la qual ningú no pot sentir-se'n exclós.

AMARG

REPARACIÓ I MUNTATGES DE FUSTA

Josep Pericot i Mateu

Carrer Sant Romà, 41, 1.ª - ☎ 23 46 15 - SALT (Girona)

La proximidad del verano supone para un amplio espectro social dar los primeros pasos para planificar unas merecidas vacaciones. La elección puede resultar difícil, un viaje cultural, unos días de descanso, un paraje exótico... Las dificultades pueden ser mayores para aquellas personas que se encuentran sometidos a programas de diálisis y que, por ello, necesitan programar sus viajes más detenidamente. A pesar de ello, en la actualidad la insuficiencia re-

nal no supone un impedimento para viajar puesto que se dispone de una amplia red de centros de diálisis. En este sentido incluimos en este número una relación de los centros en España. La relación que publicamos se halla ordenada por ciudades, alfabéticamente. La presente guía puede ser de utilidad tanto en la preparación de sus vacaciones como para consultarla ante la necesidad de un viaje.

Guía vacacional de centros de diálisis

ALBACETE

- Clínica Vistahermosa.
- Residencia General de la Seguridad Social.
- Sanatorio Virgen del Perpetuo Socorro.

ALMERÍA

- Residencia de la S.S. Torre Cárdenas.
- Residencia Sanitaria La Bola Azul.

ANDORRA

- Centre Hospitalari.

ÁVILA

- Residencia S.S. Nuestra Señora de Sonsoles.

BADAJOS

- Club Dialclub.
- Residencia Sanitaria de la S.S. Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro.
- Club de Diálisis Dibasa.
- Hospital Provincial San Sebastián.

BADALONA

- Hospital Germans Trias i Pujol.

BARACALDO (Vizcaya)

- Residencia de la S.S. Enrique Sotomayor.
- Ciudad Sanitaria de la S.S. Enrique Sotomayor -Hospital infantil-.

BARBASTRO (Huesca)

- Hospital Comarcal de Barbastro.

BARCELONA

- Hospital Clínic i Provincial.
- Instituto Médico Barcelona.
- Fundació Puigvert.
- CETIRSA.
- Centre d'Hemodiàlisi Clínic.
- Hemodiàlisi infantil Teknon.
- Clínica Dexeus.
- Hospital de la Creu Roja.
- Institut Nefrològic.
- Clínica renal doctor Rotellar.
- Centres d'Hemodiàlisi Nephros I i II.
- Centre de diàlisi doctor Rotellar.
- Residència Sanitària Vall d'Hebron.

- Centre de Nefrologia Verge de Montserrat.
- Hospital Nostra Senyora de l'Esperança.

BILBAO

- Hospital Civil de Basurto.
- Clínica Nefrológica Bilbaína.
- Clínica Indauchu.
- Club Dial Bilbao.
- Ambulatorio de la S.S. Capitán Aldcoa.
- Residencia de Cruces.

BURGOS

- Residencia Sanitaria de la Seguridad Social.

CÁCERES

- Club de diálisis José García Arroyo.
- Clínica Ntra. Sra. de la Montaña.
- Residencia sanitaria San Pedro de Alcántara.

CÁDIZ

- Hospital Moreno de la Mora.
- Hospital clínico.

CASTELLÓN DE LA PLANA

- Nefro-Plana

CEUTA

- Mútua de Ceuta.

CIUDAD REAL

- Residencia sanitaria Nuestra Señora de Alarcos.

CÓRDOBA

- Ciudad Sanitaria de la S.S. Reina Sofía.

CUENCA

- Sanatorio San Julián.

ELCHE (Alicante)

- Residencia Sanitaria de la Seguridad Social.

EL PALMAR (Murcia)

- Residencia General Virgen de la Arrixaca.

- Clínica de los Rosales.
- Centro de Nefrología.

FIGUERES

- Hospital de Figueres.

GIRONA

- Hospital Álvarez de Castro.
- Clínica Girona.

GRANADA

- Hospital Clínico San Cecilio.
- Residencia Sanitaria Ruiz de Alda.
- Clínica de la Inmaculada.

HUELVA

- Residencia Sanitaria.
- Centro de Diálisis Caja de Ahorros de Ronda.

HUESCA

- Residencia Sanitaria de la Seguridad Social.

IBIZA

- Clínica Doctor D. J. Vilas.

IGUALADA

- Hospital General Mútua Igualadina.

JAÉN

- Hospital Provincial Princesa de España.
- Residencia Sanitaria.

LA CORUÑA

- Instituto Policlínico Santa Teresa.
- Ciudad Sanitaria Juan Canalejo.
- Hospital Militar.

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

- Hospital Insular
- Residencia General Nuestra Señora del Pino.
- Club de diálisis San Juan.

LLEIDA

- Dis-Lérida, S.A.
- Hospital Provincial.

LEÓN

- Club Dialeón.

- Club San Francisco.
- Residencia General Princesa Sofia.

LOGROÑO

- Residencia Sanitaria Antonio Coello Cuadrado.

LUGO

- Clínica de Nefrología.
- Residencia sanitaria

L'HOSPITALET

- Residencia Sanitaria Príncipes de España.
- Centre Nefrològic.
- Centre de Nefrología Baix Llobregat.

MADRID

- Clínica de la Concepción.
- Clínica los Nardos.
- Hospital Central Cruz Roja.
- Instituto de Ciencias Neurológicas.
- Clínica Puerta de Hierro.
- Hospital Militar.
- Dialcentro.
- Hospital Clínico San Carlos.
- Clínica San Camilo.
- Residencia sanitaria La Paz.
- Fundación Jiménez Díaz.
- Clínica Ruber.
- Sanatorio Virgen de la Fuensanta.
- Hemodial.
- Centro Ramón y Cajal.

MAHÓN

- Centro Miramar.

MÁLAGA

- Residencia Sanitaria Carlos Haya.
- Hospital Provincial San Juan de Dios.

MANRESA

- Centre Hospitalari de Manresa.
- Hospital de Sant Andreu.

MATARÓ

- Centre de Nefrologia i Hemodiàlisi, S.A.
- Centre de Nefrologia i Hemodiàlisi.

MURCIA

- Consultorio de Especialidades Médicas.

NARÓN - EL FERROL

- Club de diálisis Doctor Nogueiro.

ORENSE

- Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Cristal.
- Nefrología Orense, S.A.
- Sanatorio del Carmen.

OVIEDO

- Hospital General de Asturias.
- Ciudad sanitaria Nuestra Señora de Covadonga.

PALMA DE MALLORCA

- Residencia Sanitaria Virgen de Lluç.
- Policlínica Miramar.

PAMPLONA

- Residencia Sanitaria Virgen del Camino.
- Hospital Provincial.
- Clínica Universitaria.

PONTEVEDRA

- Residencia Sanitaria S.S. Unidad de Diálisis.
- Hospital Provincial.

PUERTO DE LA CRUZ

- Clínica Tamaruga.

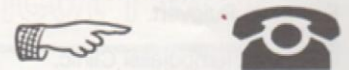


**RESTAURANT
TAVERNA**



Carretera Nacional II, Km. 703
☎ 85 31 91
SILS

AMARG



205177

PUERTO DE SANTA MARÍA

- Clínica Doctor Frontela.

SALAMANCA

- Hospital Clínico y Provincial.
- Residencia Sanitaria Virgen de la Vega.

SAN SEBASTIÁN

- Clínica de San Juan de Dios.
- Policlínica Guipuzcoana.
- Hospital Provincial.
- Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Aránzazu.

SEVILLA

- Clínica Santa Isabel.
- Centro andaluz de diálisis.
- Hospital Universitario Facultad de Medicina.
- Clínica del Sagrado Corazón.
- Clínica de Fátima.
- Residencia General García Morato.

SANTANDER

- Centro Médico Marqués de Valdecilla.

SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Policlínico La Rosaleda.
- Hospital General y Clínico de Galicia.
- Club de Diálisis J. Soutu Book.

SANTURCE (Vizcaya)

- Ambulatorio de la S.S. Nuestra Señora del Carmen.

SEGOVIA

- Residencia Sanitaria Licinio Lafuente.

SORIA

- Residencia de la S.S. Hospital del Insalud.

TARRAGONA

- Hospital Joan XXIII.
- Centre de Diàlisi Tarragoní.

TENERIFE

- Centro Médico Quirúrgico.

TERRASSA

- Cetirsa.

TOLEDO

- Residencia General Virgen de la Salud.

TORTOSA

- Patronat Hospital Santa Creu.

VALENCIA

- Ciudad Sanitaria La Fe.
- Ciudad sanitaria de la Seguridad Social.
- Hospital Provincial.
- Instituto Policlínico Municipal.



- Hospital Clínico Universitario.
- Hospital Militar.
- Ciudad Sanitaria La Fe Infantil.
- Clínica Virgen del Consuelo.

VALLADOLID

- Residencia Sanitaria de la Seguridad Social.
- Hospital Clínico Universitario.

VALL D'UXÓ (Castellón de la Plana)

- Nefro-Plana.

VIC

- Hospital Santa Creu.

VIGO

- Clínica del Perpetuo Socorro.

- Cruz Roja.
- Centro Médico Provisa.
- Residencia Sanitaria de la Seguridad Social.

VITORIA

- Hospital General Civil.
- Residencia Sanitaria.

ZAMORA

- Seter Hemodiálisis.

ZARAGOZA

- Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social.
- Clínica Quirón.
- Ciudad Sanitaria Infantil.
- Clínica San Juan de Dios.
- Hospital Clínico Universitario.

HOTEL FLORIDA

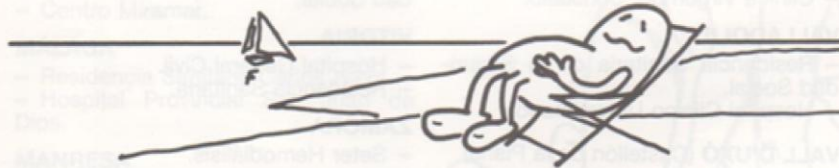
TOSSA DE MAR

1. - SOPA DE LLETRES



L	C	H	E	T	X	U	P
R	O	N	Y	O	T	O	Y
O	R	R	O	N	L	C	Z
E	A	T	M	L	I	O	Ñ
T	J	E	U	P	O	B	A
I	K	F	F	E	T	G	E
D	A	P	U	L	M	O	M
A	C	A	N	C	R	O	N

Conèixer el cos. - A la sopa de lletres hi trobareu sis noms d'òrgans o parts del cos humà. Trobar-los no us ha de costar massa.



2. - **RELACIONEU** cada mot d'una columna amb la seva parella de la segona. La relació és evident, però compte: Hi ha una paraula a cada columna que queda sola i sense compromís.

ENTRENADOR
TREBALL
FRED
PARE
MAR
DANSA
NÚVOL
LLANA

ESCACS
HIVERN
FILL
PLUJA
JUGADOR
JERSEI
NÒMINA
RIU

SOLUCIONS

1. - Cor, ronyó, ull, dit, fetge i pulmó.
2. - Entrenador-jugador / Treball-nòmina / Fred-hivern / Pare-fill / Mar-riu / Núvol-piuja / Llana-jersey. Dansa i escacs no tenen parella.

DIUEN QUE...

Hi ha gent tan sumament pobre que solament té diners.

Anònim

No estic d'acord amb el que dieu, però em barallaria perquè poguéssiu dir-ho.

Françoise Marie Arouet
Voltaire

La immoralitat és una qüestió d'estètica, perquè els nus bonics són decentíssims i els lletjos, immorals.

Adolfo Marsillach

Cada hora fereix, la darrera acaba amb nosaltres.

Teofil Gautier

La imaginació és més important que el coneixement.

Albert Einstein

Es tendeix a posar paraules allà on falten les idees.

J. W. von Goethe

Per obtenir èxit al món cal semblar boig i ésser savi.

Baró de Montesquieu

Els científics s'esforcen a fer possible les coses impossibles. Els polítics per fer impossibles les possibles.

Bertrand Russell

Un sol crim converteix en un maleït; milers, en un heroi.

Desideri Erasme de Rotterdam

Tota convicció és una presó.

Friedrich W. Nietzsche



...perquè dues persones visquin,
quan tu ja no visquis.

feu-vos donant de ronyó

Restaurant

CASA POU

Pau Casals, 15 - ☎ 85 00 14

VIDRERES

FINCAS

MARTORELL

Santa Coloma de Farners

**TRANSPORTS
PRATS, S.A.**

VIDRERES

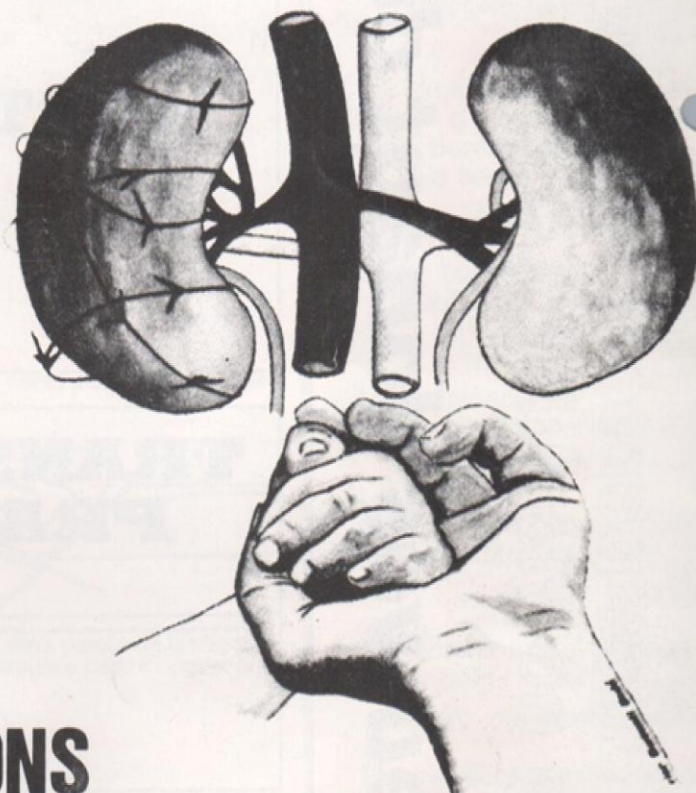
Alimentació
borda



HOSTALRIC

AMARG / 23

FES ALGUNA COSA PER SALVAR UNA VIDA...!



**ELS TEUS RONYONS
PODEN SALVAR-NE DUES. DONA'LS ARA
PER QUAN JA NO ELS NECESSITIS.**



AMARG

C./ BARCELONA, 23, entresol, 2ª - ☎ 205177 - GIRONA