



**POSIBILIDADES DE INCORPORACIÓN DE UN
SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO
PARA ENFERMOS RENALES
-PROVINCIA DE LEÓN-**



Solicitante de la investigación:

Asociación para la lucha contra las enfermedades renales ALCER-LEÓN

Subvenciona:

MINISTERIO DE TRABAJO ASUNTOS SOCIALES. (DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES DE DISCAPACIDAD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y PLANIFICACIÓN)

**Gabinete de Servicios Sociales ANATER, S.L.
Departamento de investigación**

INDICE

Pág

CAPÍTULO I. LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

5

I. Introducción

- I.1. Los Riñones: Funciones
- I.2. Cuando los riñones fallan
- I.3. Síntomas
- I.4. La Anemia
- I. 5 La Insuficiencia Renal Crónica y la Vida Diaria

II. Tratamiento

- II.1. Tratamiento Inicial: Prediálisis
- II.2. Diálisis
 - II.2.1. Hemodiálisis
 - II.2.2. Diálisis Peritoneal
 - II.2.3. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (CAPD)
 - II.2.4. Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)
- II.3. Trasplante
- II.4. Elección del Tratamiento

CAPÍTULO II. LA ALIMENTACIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

29

I. Nutrición y Dietética

- I.1. Los carbohidratos
- I.2. Las Grasas
- I.3. Las Proteínas
- I.4. Vitaminas, Minerales y Agua
 - I.4.1. La Vitamina D, el Fósforo y el Calcio
 - I.4.2. El Potasio
 - I.4.3. El Sodio

I.4.4. El Agua

II. El Control de la Alimentación en la Insuficiencia Renal Crónica

II.1. Recomendaciones Generales

II.1.1. Proteínas

II.1.2. Potasio

II.1.3. Sodio

II.1.4. Fósforo

III. La Alimentación en Base al Tratamiento

III.1. Comer y Beber en Diálisis Peritoneal

III.2. Comer y Beber en Hemodiálisis

III.3. Comer y Beber en Transplante

IV. Consejos de Alimentación

IV.1. El Agua y los Líquidos en Hemodiálisis

IV.2. El Potasio en Diálisis

IV.3. Consejos Finales

IV. 4. Tablas de Composición de Alimentos

**CAPÍTULO III. LA ASOCIACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS
ENFERMEDADES RENALES ALCER-LEÓN 59**

I. Federación Nacional de Asociaciones ALCER

I.1. Historia

I.2. Federación ALCER hoy

I.3. Fines y objetivos

I.4. Actividades principales

I.5. Recursos humanos

I.6. Asociaciones provinciales en Castilla y León

II. ALCER León

II.1. Fines de la entidad

II.2. Actividades desarrolladas y servicios que presta

II.3. Miembros de la Asociación ALCER-LEÓN.

CAPÍTULO IV. EL SERVICIO DE COMIDA DIETÉTICA A DOMICILIO 83

I. Marco legal

II. Situación actual en la provincia de León

II.1. Localización geográfica de la discapacidad

II.2. Soledad y discapacidad

III. El servicio de comida a domicilio

III.1. Aspectos fundamentales a tener en cuenta

III.2. Objetivos

III.3. Contenido

III.4. Beneficiarios

III.5. Organización del servicio

III.6. Ejemplos de menús.

CAPÍTULO V. ESTUDIO DE CAMPO 115

I. Introducción metodológica

I.1. Delimitación del objeto de estudio

I.2. Objetivos

I.3. Variables del objeto de estudio

I.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

II. Resumen y conclusiones

BIBLIOGRAFÍA 122

ANEXOS 125

CAPÍTULO I: LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

I. INTRODUCCIÓN:

I.1. LOS RIÑONES: FUNCIONES

Los riñones son dos órganos del tamaño de un puño, con forma de judía, que pesan aproximadamente 150 g cada uno. Están ubicados en la parte posterior de la cavidad abdominal y los forman un millón de diminutos filtros denominados nefronas.

Su función más importante es la de filtrar la sangre, expulsando las sustancias tóxicas del organismo (urea, creatinina, ácido úrico, fósforo...) a través de la orina.

Cumplen, además, otras funciones:

- Eliminan el líquido sobrante.
- Eliminan los productos de desecho
- Equilibran los compuestos químicos del cuerpo
- Ayudan a controlar la tensión arterial
- Ayudan a generar glóbulos rojos.
- Ayudan a fortalecer los huesos
- Regulan el equilibrio hormonal

I.2. CUANDO LOS RIÑONES FALLAN

Cuando los dos riñones dejan de cumplir su misión, de manera gradual y progresiva, la persona padece Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Son diversas las enfermedades que pueden llegar a producir insuficiencia renal, aunque los tratamientos varían muy poco según el origen de la enfermedad. Las causas más comunes que pueden provocar IRC son la diabetes y la hipertensión arterial. Otras causas son: glomerulonefritis, infecciones urinarias, poliquistosis, litiasis renal, intoxicaciones por fármacos y tóxicos.

Hasta que la enfermedad no está muy avanzada nuestro organismo es capaz de adaptarse bien a la pérdida de funcionamiento del riñón (hasta que los riñones funcionan entre un 15 y un 5% de su capacidad¹). Es en este momento en que los médicos sugieren iniciar los tratamientos que sustituyen a los riñones: la diálisis y el trasplante.

I.3. SÍNTOMAS

Cuando los riñones no funcionan correctamente, no pueden eliminar los productos de deshecho de la sangre. Estos productos se acumulan en la sangre y hacen sentirse mal.

Los síntomas que normalmente se pueden presentar son:

- Importante aumento o disminución del número de veces que se orina
- Anemia
- Náuseas y vómitos
- Dolores de cabeza
- Dificultades respiratorias (sensación de ahogo)
- Trastornos del sueño
- Inflamación de la cara, manos y pies.
- Pérdida del apetito
- Picores
- Calambre en las piernas.

I.4. LA ANEMIA

Es uno de los primeros síntomas que aparecen por la insuficiencia renal crónica. Cuando los riñones dejan de funcionar correctamente, dejan de producir la eritropoyetina (EPO), que es la hormona que regula la fabricación de glóbulos rojos.

¹ La Función Renal Residual es el grado de funcionalidad que el riñón mantiene cuando no es capaz de realizar la limpieza de la sangre con un nivel adecuado. Se mide con el índice de aclaramiento de la creatinina

La anemia provoca sensación de malestar, desgana y cansancio que dificulta desarrollar las actividades cotidianas con normalidad. En muchos casos se confunde esta sensación con un estado anímico triste o deprimido debido a la enfermedad.

Posibles consecuencias.

- Cansancio, ahogo
- Pérdida de fuerza
- Pérdida de apetito
- Palpitaciones, angina de pecho
- Dificultad para dormir
- Disminución de la capacidad sexual
- Dificultad de concentración
- Menor resistencia al frío
- Alteraciones de la menstruación
- Aumento de la caída del cabello

En caso de tener estos síntomas se tiene que consultar con un nefrólogo que, mediante una medicación adecuada puede corregir esta situación y permitir continuar realizando normalmente las actividades cotidianas.

I.4.1. Cómo se puede tratar la anemia

Los nefrólogos utilizan dos tipos de medicamentos para tratar la anemia.

- Medicamentos que contienen hierro: ayudan a producir más glóbulos rojos. Se pueden administrar a través de pastillas, inyecciones, o durante la diálisis. Normalmente se tienen que complementar con eritropoyetina
- Eritropoyetina (EPO): se ha creado en laboratorio una hormona idéntica que puede sustituir a la que fabrican los riñones. Se administra a través de inyecciones muy fáciles de utilizar, que puede suministrarse el propio enfermo, o durante la hemodiálisis.

I.5. LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA VIDA DIARIA

En el mismo momento en que diagnostica la insuficiencia renal, el paciente se encuentra en una situación en que tiene que aceptar la nueva situación y aprender a convivir con el tratamiento a seguir. Éste se basará en las condiciones personales de cada individuo (actividades laborales, familiares, aspectos físicos)

Es muy importante entender que los tratamientos no son una carga, sino un oportunidad para llevar una vida plena y de calidad.

Siempre y cuando sea posible (dependerá de cada caso) se recomienda seguir con la actividad laboral, y con todas aquellas actividades que se desarrollan habitualmente, para entender al máximo la vida cotidiana que se ha llevado hasta el momento.

Como todas las enfermedades crónicas, la insuficiencia renal lleva asociado un proceso de aceptación donde pueden surgir miedos, desalientos, estrés. El acompañamiento de la familia y los amigos en los momentos de iniciar el tratamiento, a la hora de tomar decisiones, etc. Tiene un papel fundamental para ayudar a superar estos sentimientos.

En todas las provincias españolas existen asociaciones ALCER de enfermos crónicos de riñón donde se puede encontrar un apoyo fundamental, puesto que son un espacio para compartir con personas que están o han pasado por la misma situación. También pueden informar sobre los recursos existentes, tanto sanitarios como sociales, dar apoyo en las gestiones administrativas, etc...

Un servicio que muchas asociaciones ofrecen es la ayuda psicológica. Esta merece una mención especial, ya que el hecho de asumir los tratamientos como una ayuda, asumiendo las limitaciones y disfrutando de las oportunidades que nos ofrece cada uno de ellos, es imprescindible para poder disfrutar de una buena calidad de vida.

En el momento de iniciar el tratamiento se plantea la posibilidad de solicitar el certificado de minusvalía. Es una oportunidad para acceder a unos derechos (sociales, laborales, fiscales...) que se tienen por las limitaciones que se pueden derivar de los tratamientos.

II. TRATAMIENTO

Hay varios tratamientos para la Insuficiencia Renal Crónica. No todos son aplicables para todas las personas, depende de cada enfermo. En cada caso se tiene que estudiar cual es el más adecuado en cada momento.

En el siguiente esquema se presentan los diferentes tratamientos: prediálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD), diálisis automatizada (DPA) y el trasplante.

Los tratamientos no son en ningún caso una cura de la enfermedad, ayudan a vivir con mejor calidad de vida. Todos los tratamientos deben ir acompañados invariablemente de dos elementos más.

- Tratamiento farmacológico: los tratamientos farmacológicos pueden retrasar la progresión de la enfermedad, por ello se recomienda que se tomen de manera adecuada. Para cada tipo de tratamiento se aplica una medicación específica.
- Tratamiento dietético: variará según las características del paciente y del tratamiento específico utilizado.

II.1. EL TRATAMIENTO INICIAL: PREDIÁLISIS

En el momento en que es diagnosticada la insuficiencia renal, empieza una fase donde las visitas al hospital y las pruebas diagnósticas son cada vez más frecuentes.

El nefrólogo marca una serie de pautas específicas para cada paciente, que habitualmente contemplan una diete controlada y una serie de controles sanitarios (tensión, analíticas, etc) y se evalúa el funcionamiento del riñón.

II.1.1. DURACIÓN

Cuando los riñones funcionan entre el 5 y el 15% de su capacidad² es cuando el paciente entra en un tratamiento sustitutivo: hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Para poder alargar la entrada en tratamiento es muy importante controlar los factores de riesgo: hipertensión, no tomar sal, tabaquismo, colesterol y sobrepeso. Por eso es

² Se comprueba con la prueba de aclaramiento de la creatinina.

recomendable llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicio, no fumar, evitar las situaciones de estrés, así como seguir las indicaciones del médico.

II.1.2. LA FÍSTULA

Es muy probable que durante esta primera fase, el nefrólogo proponga la realización de una fístula. Ésta es imprescindible para la hemodiálisis, y se tiene que realizar unos meses antes de empezar el tratamiento.

Consiste en la unión de una vena y una arteria del brazo para poder realizar mejor la hemodiálisis. Con esta unión la sangre sale con la fuerza y volumen necesarios para poder realizar correctamente su filtración.

La fístula se realiza a través de una sencilla intervención quirúrgica con anestesia local que no requiere hospitalización. Normalmente se realiza en el brazo no dominante (el derecho si se es zurdo, o el izquierdo si se es diestro). Se podrá empezar a utilizar la fístula después de un tiempo. Para facilitar el buen funcionamiento de la fístula es conveniente realizar ejercicios con la mano comprimiendo una pelota de goma. Es fundamental llevar un buen cuidado de la fístula para asegurar su duración. Una fístula bien hecha y bien tratada puede durar más de diez años. Por esto es fundamental seguir las siguientes pautas.

- Revisar diariamente su buen funcionamiento (notando el flujo o escuchando su funcionamiento).
- Lavar cada día la zona dónde se pincha para evitar infecciones.
- No coger pesos con el brazo de la fístula.
- No poner objetos que puedan apretar la fístula (relojes, pulseras)
- Evitar acostarse sobre el brazo de la fístula.
- Ir cambiando el lugar donde se pincha para la diálisis.

En caso de que la fístula sangre, se tiene que presionar el punto donde sangra con una gasa o con el dedo durante unos minutos, hasta que deje de sangrar. Nunca se debe poner una toalla, pues lo único que hace es empaparse de sangre, pudiendo perder gran cantidad de sangre (con riesgo de desangrarse).

En caso de que se noten anomalías en el funcionamiento de la fístula se debe ir inmediatamente al hospital.

II.1.3. . EL CATÉTER

Cuando la fístula no se puede utilizar, por estar implantada recientemente o haya dejado de funcionar, es necesaria la colocación de un catéter. Es un pequeño tubo de plástico blando de medio centímetro de diámetro que se introduce en una vena de gran grosor (en la pierna o el cuello) que sustituye a la fístula. Normalmente la instalación del catéter es temporal, aunque se puede tener que instalar de manera permanente a los pacientes a los que no se les pueda realizar una fístula (mala calidad de las venas, u otros problemas.

II.1.4. . CUIDADOS PERSONALES EN LA PREDIÁLISIS.

> Alimentación

El cumplimiento de la dieta es muy importante puesto que puede ayudar a retrasar la entrada en diálisis.

Se reducirá el consumo de proteínas y fósforo, y será más alta en hidratos de carbono (a excepción de las personas con diabetes). Se vigilará especialmente el consumo de sal.

> Mediación y controles médicos:

Durante este periodo se realiza un seguimiento médico dónde se controla la medicación, la alimentación y el funcionamiento de los riñones. Se controlan los factores de riesgo cardiovascular para retardar la progresión de la Insuficiencia Renal y prevenir las enfermedades cardiovasculares, también para ver el momento del a necesidad de diálisis o trasplante.

> Estilo de vida

Es importante llevar una vida saludable para poder retrasar la entrada en los tratamientos sustitutivos: no fumar, realizar ejercicio físico, evitar el estrés, dormir adecuadamente, no tomar sal...

El apoyo de la familia y los amigos es fundamental en esta fase del tratamiento.

Es muy importante continuar haciendo las actividades que se desarrollaban hasta el momento, siempre y cuando sea posible.

II.2. DIÁLISIS

La diálisis es un tratamiento por el que se sustituye el riñón en su función del filtrar la sangre para limpiarla y eliminar los líquidos sobrantes del cuerpo.

Según donde se realiza el tratamiento, se pueden diferenciar dos tipos de diálisis:

- Preferentemente en el centro sanitario: la diálisis se realiza a través de una máquina, el dializador o riñón artificial, que “limpia” la sangre y elimina los elementos de desecho. Se denomina *Hemodiálisis*.
- Preferentemente en el domicilio: la diálisis se realiza dentro del propio cuerpo a través de una membrana natural denominada peritoneo. Se denomina *Diálisis Peritoneal*. Hay dos tipos:
 - Diálisis Peritoneal continua ambulatoria (CAPD)
 - Diálisis Peritoneal automatizada (DPA)

En las siguientes páginas se hace una descripción de los diferentes tipos de diálisis y de todos los elementos que hay que tener en cuenta a la hora de decidirse por un tratamiento u otro.

II.2.1. HEMODIÁLISIS

Es un procedimiento por el cual se hace pasar la sangre por un máquina – dializador o riñón artificial- que la filtra y la devuelve al cuerpo.

Este proceso se repite tres veces a la semana en sesiones de cuatro horas, y se puede realizar en centros hospitalarios, en centros especializados y excepcionalmente en domicilios³.

³ Para realizar la diálisis en el domicilio se requieren unas condiciones de higiene muy estrictas y una formación específica. Para más información consultar al nefrólogo.

En este proceso, la sangre es bombeada a través del dializador que sustituye la función del riñón. El líquido sobrante y los productos de desecho de la sangre son eliminados y se introducen sustancias que el organismo necesita (calcio, bicarbonato). La sangre “limpia” es bombeada nuevamente al cuerpo.

II.2.1.1. Funcionamiento del dializador

Hay varios tipos de monitores de diálisis pero todos responden al mismo esquema:

- El monitor, tiene dos zonas:
- Una donde se prepara el líquido o baño de diálisis, es una disolución específica para cada paciente, con las sustancias a aportar la sangre
- Otra donde se hace el control de la diálisis. Es dónde se programa la diálisis de cada paciente. Hay una serie de indicadores que señalan cuando falta líquido de diálisis, cambios de temperatura...
- Filtro o dializador: está formado por una serie de membranas, donde se realiza la “limpieza” de la sangre.
- Tubos o líneas: hay dos tubos que van del dializador al paciente, uno por donde sale la sangre hacia la máquina y otro por donde regresa una vez limpia.

II.2.1.2. Sesión de hemodiálisis

Tres veces por semana se realizan las sesiones de diálisis en el centro correspondiente

Durante estas sesiones se conectan mediante dos agujas los tubos del riñón artificial al brazo del paciente a través de la fístula (o al catéter cuando hace falta). Por estos tubos se pasa la sangre al dializador. La sangre que está fuera del cuerpo no supera los 250 ml aproximadamente (menos del equivalente a una lata de refresco)

Las sesiones duran cuatro horas, tiempo que puede aprovechar para leer, estudiar, trabajar con el ordenador, mirar la televisión o dormir un poco. Una vez acabada la sesión es conveniente esperar unos cinco minutos antes de levantarse, puesto que pueden presentarse pequeños mareos.

II.2.1.3. El peso seco

Cuando se empieza el tratamiento de la hemodiálisis se reduce o se deja de orinar. Lo que supone una retención de líquidos por parte del cuerpo. Estas retenciones suponen una inflamación de piernas, pulmones, pudiendo generar sensaciones de cansancio e incluso dificultades de respiración. Para evitar esta situación se reduce el consumo de líquidos.

El peso seco es el peso del enfermo al finalizar la diálisis, una vez extraído el exceso de líquidos. Es fundamental conocer el peso seco de cada paciente para poder eliminar a través de la hemodiálisis el exceso de líquido acumulado desde la sesión anterior.

II.2.1.4. Posibles problemas durante la hemodiálisis

Aunque no es habitual, durante la sesión de hemodiálisis se pueden padecer mareos y bajadas de tensión. Excepcionalmente pueden surgir otras complicaciones como son: calambres musculares, náuseas y vómitos, fiebre y escalofríos, dolor de cabeza, y en caso de diabetes, bajadas de azúcar. En caso de surgir alguno de ellos se tiene que comunicar al personal sanitario de la sala.

II.2.1.5. Cuidados personales en la hemodiálisis

> Alimentación

La dieta es bastante estricta y es muy importante seguirla, para no acumular en la sangre sustancias nocivas entre sesión y sesión de hemodiálisis y controlar la pérdida de nutrientes (ya que durante la diálisis se eliminan una gran cantidad de éstos)

Es posible que se pierda peso durante este tratamiento, por lo que se recomienda una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono.

Máximo control del agua (especialmente en los casos en que se orine poco o nada) para controlar el peso seco. Se deben evitar los alimentos ricos en potasio, sal y fósforo.

> Medicación y controles médicos

El hecho de que se realice la hemodiálisis en un centro sanitario permite llevar un seguimiento continuo del tratamiento, la medicación y la dieta por parte de los especialistas sanitarios.

➤ Estilo de vida

Es fundamental llevar una higiene diaria, especialmente de la fístula para evitar posibles infecciones. Se deben evitar actividades que puedan herir la fístula.

El impacto que tiene la periodicidad del tratamiento puede desorganizar la vida familiar y laboral hasta que se consigue integrar como una actividad más (cómo puede ir al trabajo o al gimnasio)

Al mejorar la salud gracias al tratamiento, se pueden realizar actividades con la familia y amigos que, en muchos casos, no se realizaban.

Continuar con las actividades habituales, los hobbies, llevar una vida dinámica, permite disfrutar de las mejoras que ofrece el tratamiento.

Las sesiones de hemodiálisis son un momento que se puede aprovechar para contactar con otras personas que están en situación similar. También se puede dedicar a leer, escuchar música, descansar...

II.2.2. DIÁLISIS PERITONEAL

La diálisis peritoneal es un tratamiento que se puede realizar en el domicilio particular.

En este tratamiento, el médico de referencia hace unas sesiones explicativas al paciente para que aprenda el funcionamiento y los pasos que tiene que seguir en el proceso de la diálisis. Cuando está preparado, se realiza una primera sesión en el domicilio particular, acompañado por el médico.

En la Diálisis Peritoneal la sangre se limpia dentro del propio cuerpo mediante la propia membrana peritoneal, a través de un catéter implantado previamente en el abdomen.

Para realizar este tipo de diálisis es preciso implantar en el abdomen un catéter (un pequeño tubo flexible de plástico) con una intervención quirúrgica menor.

Los pasos de la diálisis peritoneal son:

- Se produce el fluido de diálisis por el catéter en el abdomen (unos dos litros)
- A través de la membrana peritoneal pasa el exceso de líquidos y los productos de deshecho de la sangre al fluido de diálisis.
- Se cambia el líquido periódicamente para continuar la dialización de la sangre.

II.2.2.1. El peritoneo

En este tratamiento se utiliza una membrana natural que se encuentra dentro del cuerpo del paciente. En peritoneo es una membrana delgada situada dentro del abdomen que rodea y ayuda a proteger varios órganos. Hace de filtro entre la sangre y el fluido de diálisis⁴.

II.2.2.2. Cuidados personales en la diálisis peritoneal

El hecho de que el tratamiento se desarrolle en el domicilio hace imprescindible que se tengan en cuenta unos cuidados específicos en la Diálisis Peritoneal:

> Alimentación

Este tratamiento tiene la ventaja que permite una dieta más libre que la hemodiálisis, es decir, no se tendrá que controlar tanto ni las cantidades de alimentos ni de líquidos. A pesar de esto se tiene que controlar el consumo de algunos alimentos. No se tendrá que controlar la ingesta de líquidos.

El líquido dializador es rico en glucosa que se absorbe a través del peritoneo, esto hace que se esté aportando al organismo hidratos de carbono simples (de rápida absorción). De ahí que se tendrá que reducir la presencia de estos nutrientes en la dieta.

Es habitual sentir una menor necesidad de comer, la saciedad precoz, debido a tener la cavidad abdominal (donde se encuentra el aparato digestivo) ocupada por el líquido dializador.

> Medicación y controles médicos

⁴ Es un líquido transparente que lleva disueltas las sustancias que el cuerpo necesita para compensar la insuficiencia renal, y que cuando se extrae lleva disueltas las sustancias de deshecho.

Como el resto de tratamientos, es fundamental seguir las pautas de medicación marcadas por el especialista.

Se realizan visitas médicas cada uno o dos meses para poder llevar el seguimiento de la diálisis y de las posibles complicaciones derivadas de la insuficiencia renal y del tratamiento.

➤ Estilo de vida.

Independientemente del modelo elegido es fundamental mantener una medidas de higiene estrictas, tanto en la sala donde se hace el intercambio de líquidos como a nivel de higiene personal.

El hecho de poder realizar el tratamiento en casa, facilita las relaciones familiares.

El catéter no dificulta las relaciones sexuales, pudiéndose realizar de manera normal.

Siempre y cuando se tenga previsto un lugar adecuado para poder realizar los intercambios de líquido, no hay ningún problema para realizar las salidas que se quieran. Esto incluye posibles vacaciones y viajes.

Aunque no es recomendable bañarse en la piscina, si se puede nadar en la playa sin ningún problema.

II.2.3. DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (CAPD)

Es un sistema que no obliga al paciente a acudir regularmente a un centro sanitario, a excepción de los controles que se realizan cada uno o dos meses.

Con este tratamiento la sangre se va limpiando continuamente dentro del cuerpo, mediante la membrana peritoneal. El líquido se tiene que cambiar cuatro veces al día (cada seis horas aproximadamente)

Esta técnica se puede aplicar en cualquier lugar que cumpla ciertas medidas higiénicas, puesto que todo el material necesario se puede transportar fácilmente (el proceso requiere unos treinta minutos aproximadamente).

II.2.3.1. Sesión de intercambio de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El intercambio completo puede durar una media hora aproximadamente. Se realiza cuatro veces diarias, una al despertarse por la mañana, otro a mediodía, una por la tarde y el último antes de ir a dormir.

Los intercambios se pueden realizar en cualquier lugar, siempre y cuando cumpla las medidas de higiene (espacio limpio y aireado) y se disponga del material necesario. Éste es fácil de transportar.

- **Material a utilizar**

- Juego de bolsas (una bolsa para vaciar el líquido de desecho y otra para el líquido limpio)
- Desinfectante
- Mascarilla
- Tapón
- Pie de gotero, para colgar las bolsas.

- **Proceso**

- 1. Preparación**

- Preparar el material a utilizar
- Colocar la mascarilla
- Quitar el envoltorio de las bolsas y comprobar que esté bien (que no presente ninguna anomalía)
- Sacar el prolongador del catéter (asegurándose de que está cerrado)
- Calentar las bolsas a la temperatura del cuerpo
- Lavarse bien las manos, desinfectarlas con el desinfectante que hemos preparado y esperar a que se sequen.
- Conectar las bolsas al catéter, colgando la bolsa llena en la parte de arriba del gotero y la vacía en la parte de abajo.

2. Drenaje

- Abrir el prolongador para que se pueda vaciar el líquido que tenemos en el abdomen dentro de la bolsa vacía.

3. Infusión

- Lavar el circuito con una pequeña parte de líquido limpio para eliminar las posibles bacterias.
- Cerrar la línea (o tubo) de la bolsa llena del líquido viejo y abrir la de la bolsa del líquido limpio.

4. Finalización del proceso

- Una vez acabado el proceso, cerrar el prolongador, desinfectar la zona, retirar el líquido utilizado y poner el tapón nuevo.
- Pesar la bolsa con el líquido drenado, apuntar el peso en la hoja correspondiente y tirar las bolsas.

II.2.3.2. DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

Es una modalidad de diálisis que se realiza en el domicilio por las noches, mientras se duerme, una máquina silenciosa cambia los líquidos de diálisis. Esta modalidad es la más reciente.

La máquina o cicladora⁵ permite la entrada y salida del líquido por gravedad y regula el volumen infundido, el tipo de líquido y el tiempo de permanencia dentro del cuerpo.

Durante el día se puede mantener o no el líquido dentro del cuerpo, según recomiende el especialista.

Antes de empezar este tratamiento se realizan unas sesiones de CAPD.

II.2.3.3. Sesión de intercambio de Diálisis Peritoneal Automatizada.

El intercambio se realiza de manera automatizada, y dura entre ocho y diez horas cada noche.

⁵ Es la máquina encargada de realizar los intercambios automáticamente durante la noche. En el momento en que comienza este tratamiento el hospital facilita una al paciente.

Hay varios modelos de máquinas cicladoras, se tienen que seguir las instrucciones marcadas por el médico para utilizarlas de manera correcta.

Material a utilizar.

- Juego de bolsas (una bolsa para vaciar el líquido y otra para recambiarlo)
- Desinfectante
- Mascarilla
- Tapón
- Cicladora

Proceso

1. Preparación

- Preparar el material a utilizar
- Ponerse la mascarilla
- Quitar el envoltorio de las bolsas y comprobar que estén bien (que no presente ninguna anomalía)
- Sacar el prolongador de catéter (asegurándose de que está cerrado)
- Calentar las bolsas a temperatura del cuerpo
- Lavarse bien las manos, desinfectarlas con el desinfectante que hemos preparado y esperar a que se sequen.
- Conectar las bolsas al catéter, colocándolas en la cicladora de acuerdo con las instrucciones de uso de cada aparato.

2. Drenaje e infusión

- La máquina cicladora se encarga de regular la entrada y salida del líquido dializante varias veces durante la noche.

3. Finalización del proceso

- Una vez acabado el proceso, cerramos el prolongador, desinfectamos la zona, retiramos el equipo utilizado y ponemos el tapón nuevo.

- Pesamos la bolsa con el líquido drenado, apuntamos el peso a la hoja correspondiente y desecharnos las bolsas.

II.3. TRASPLANTE

Aunque tampoco es una curación, el trasplante es el tratamiento más deseable cuando es posible realizarlo.

Consiste en injertar un riñón sano de una persona a otra persona a quien ya no le funcionan los propios. Habitualmente no se extrae ninguno de los riñones enfermos del paciente. El nuevo riñón se injerta dentro del abdomen a uno de los lados, en la denominada fosa iliaca.

Los riñones pueden provenir de un donante vivo o cadáver.

- *Los donantes vivos* son personas que dan un riñón quedando con uno solo con el que pueden llevar una vida normal. Los donantes son personas que están vinculadas con el paciente a nivel familiar (padres, hermanos, pareja o cónyuge...) o bien otras personas que demuestre que no le mueve ningún interés que no sea la solidaridad con el paciente.
- *Los donantes cadáver*, normalmente estos donantes, una vez diagnosticada la muerte cerebral, se mantienen sus constantes vitales hasta el momento de la extracción. También se pueden hacer trasplantes de donantes con corazón parado, aunque son muy pocos comunes.

España es el país del mundo donde se realizan más donaciones de órganos ⁶. El médico hará una evaluación completa al paciente para determinar si es candidato al trasplante y qué características tiene que tener el riñón a trasplantar.

II.3.1. Perceptores de una donación

No todas las personas pueden ser candidatas a un trasplante. En caso de ser apto, el paciente se incluye en una lista de espera hasta encontrar un riñón adecuado que se adapte a su organismo. Las causas más habituales que pueden contraindicar el trasplante son:

⁶ Durante el 2003 se realizaron 2.129 trasplantes renales en España.

Tumores malignos: habrán de esperar a estar seguros de que no se vuelvan a producir.

Enfermedades infecciosas: puesto que no se pueden utilizar los inmunosupresores.

Otras enfermedades graves existentes: cardíacas, vascular periférica.

II.3.2. La lista de espera

Es una gran base de datos donde se tiene información de todos los pacientes en espera de trasplante, de tal modo que en el momento que hay una donación se comparan las características del riñón donado y de los posibles receptores, para buscar los receptores más adecuados en función de la compatibilidad.

Los criterios para evaluar la compatibilidad son:

- Grupo sanguíneo: el receptor y el donante deben tener el mismo grupo sanguíneo, como en el caso de las transfusiones de sangre.
- Sistema HLA: hace referencia a un grupo de proteínas que tenemos en algunas células de nuestro organismo. Cuanto más similares sean estas proteínas entre donante y receptor más posibilidades de éxito tendrá el trasplante.
- Factores físicos: es aconsejable que el receptor y el donante tengan características físicas similares, como son el peso y la edad.

Condiciones especiales: Hay unos grupos de pacientes que tienen prioridad para recibir una donación: sujetos con urgencia médica (en situación de peligrar su vida), niños (puesto que pueden tener secuelas en el crecimiento, además de trastornos psicológicos) y pacientes hiperinmunizados o hipersensibilizados (tienen muchas más dificultades para encontrar una donación compatible)

En caso de igualdad de condiciones, se decide atendiendo a la antigüedad en la lista.

Una vez seleccionado el receptor, el equipo médico se pondrá en contacto con él por vía telefónica, o a través de un localizador.

Para recibir el trasplante, el enfermo se tiene que someter a una intervención quirúrgica y a un tratamiento inmunosupresor, para evitar una reacción de rechazo hacia el nuevo órgano.

Antes de realizar el trasplante se suelen seguir los siguientes pasos:

- Explicación por parte de los médicos del proceso a seguir antes y después del trasplante.
- Analítica general
- Radiografía de tórax y electrocardiograma
- Visita con el anestesista
- Rasurado de la zona quirúrgica
- La prueba cruzada o cross-match (mezcla de sangre del receptor con células del donante para evaluar la compatibilidad)
- En muchas ocasiones se practica una sesión de diálisis antes de la cirugía.
- En caso de estar en diálisis peritoneal continua, se vacía el abdomen de líquido de diálisis antes de intervenir.
- Firma del paciente de la aceptación de la intervención y de los riesgos que de ella se puedan derivar.

II.3.3. El rechazo y los inmunosupresores

➤ El rechazo

El sistema inmunológico es el mecanismo del que dispone nuestro cuerpo para hacer frente a las infecciones y agentes extraños que entran en el organismo. Cuando se realiza un trasplante, el cuerpo considera al nuevo órgano como un elemento extraño y se quiere defender de él. Esta reacción se denomina rechazo.

Para evitar que el cuerpo rechace el nuevo riñón se utilizan unos fármacos conocidos como inmunosupresores que reducen la capacidad del sistema inmunológico y protegen el órgano transplantado.

Según cuando se produce el rechazo se pueden considerar varios tipos:

- **Rechazo Hiperagudo:** se da en las primeras horas del trasplante y supone la pérdida inmediata del órgano. La prueba cruzada o cross – match evita el rechazo hiperagudo al detectar la no compatibilidad con el órgano donado.
- **Rechazo Agudo:** suele darse entre la primera y la duodécima semana tras el trasplante, aunque se puede dar más tarde.
- **Rechazo Crónico:** se caracteriza por la pérdida progresiva y lenta de la función renal del riñón trasplantado. Este proceso puede durar meses o años y supone la pérdida del órgano. La pérdida de la función renal se puede mitigar mediante el control de la hipertensión, glucosa, colesterol, dieta baja en proteínas...

➤ Los inmunosupresores

Para combatir el rechazo, se tiene que tomar una medicación que protege al órgano trasplantado, aunque reduce su capacidad de combatir las infecciones.

Esta medicación, los inmunosupresores, se empieza a tomar desde el primer día del trasplante (habitualmente se hace una toma antes de la operación) y mientras el órgano está en funcionamiento.

Como ya se ha comentado, el uso de estos fármacos supone una reducción de la capacidad de defenderse de posibles infecciones, lo que puede favorecer la aparición de las denominadas **infecciones oportunistas**. Estas infecciones normalmente solo afectan a personas que tienen su sistema inmunológico debilitado.

Una de las infecciones más habituales es el CMV (Citomegalovirus), un virus que puede ser traspasado por el donante durante el trasplante o que se reactive dentro del cuerpo del receptor debido a la inmunosupresión. Si está bien tratado desde el comienzo no supone demasiadas complicaciones.

Durante las primeras semanas tras el trasplante es cuando se tienen las defensas más bajas. Después, se reduce la posibilidad estas infecciones, aunque es muy importante que, en caso de aparecer síntomas de alerta, se ponga en contacto con el nefrólogo, puesto que este tipo de infecciones pueden ser muy perjudiciales si no se tratan a tiempo.

Síntomas de alerta:

- Aumento de la temperatura corporal (a partir de 37,5 °C)
- Hipertensión arterial (superior a 130 / 80 mm Hg)
- Alteraciones de frecuencia cardiaca o pulso.
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Dolor de pecho, abdominal
- Dolor en la zona trasplantada
- Tos persistente, expectoración de sangre
- Inflamación de pies y piernas (edemas)
- Náuseas, vómitos y diarreas.
- Aparición de ictericia o color amarillento de la piel y ojos.

II.3.4. Efectos del Trasplante

Una vez hecho el trasplante, puede que el riñón no funcione inmediatamente, lo que puede suponer continuar durante un tiempo con la diálisis hasta que el nuevo riñón funcione correctamente. Es un proceso normal conocido como riñón vago.

Como hemos dicho al principio del capítulo, el trasplante es el tratamiento más deseable para la insuficiencia renal crónica, pero no es definitivo. Aunque cada vez tiene mayor índice de supervivencia y mayor durabilidad, la vida del órgano trasplantado es limitada. La durabilidad del tratamiento se verá influida por el cuidado que se tenga a partir del trasplante. Es muy importante seguir los siguientes consejos y precauciones.

II.3.5. Cuidados personales en el trasplante

➤ Alimentación

El trasplante permite no tener restricciones de ningún tipo en la alimentación. Así, al no tener las restricciones originadas por los otros tratamientos es natural que se quiera volver a disfrutar de las comidas “prohibidas” hasta el momento.

Pero se tiene que tener en cuenta que la medicación que se toma (por ejemplo cortisona) hace que se aumente de peso al mismo tiempo que aumenta el apetito. Esto aconseja controlar el sobrepeso, el aumento de colesterol y azúcar mediante la moderación en la dieta.

➤ Medicación y controles médicos.

Es el eje central para el buen mantenimiento del órgano trasplantado. Antes de salir de la clínica el paciente tiene que tener claro qué medicamentos tiene que tomar, en qué dosis y cómo las debe de tomar.

Es muy importante no modificar la dosis de los medicamentos ni tomar ninguna otra medicación que no haya sido aprobada por el nefrólogo (cuando otro especialista le recete alguna medicación, consultar con el nefrólogo para ver si es la más adecuada).

Puede ser útil crearse una tabla con la medicación semanal. En caso de un error en la toma de los medicamentos, **HAY QUE APUNTARLO Y COMUNICARLO AL NEFRÓLOGO.**

➤ Estilo de vida

Llevar una vida sana: descansar o dormir unas 8 horas diarias, no fumar, no consumir bebidas alcohólicas.

Es posible que la medicación que se toma pueda producir algunos efectos secundarios en la piel: aparición de bello corporal (hirsutismo), verrugas, infecciones por hongos, acné, sequedad cutánea, estrías, envejecimiento precoz de la piel, mayor sensibilidad a los traumatismos.

Para evitar estos problemas se recomienda mantener la piel bien hidratada, evitar golpes, reducir la exposición al sol y utilizar protección solar.

El trasplante puede afectar a la sexualidad en:

- La medicación inmunosupresora puede causar alteraciones fatales, de ahí que se recomienda el uso de anticonceptivos (orales, profilácticos...) durando al menos un año, tanto en el caso de hombres como mujeres.

- Las mujeres en edad reproductiva suelen recobrar la menstruación y la fertilidad perdida por la insuficiencia renal.
- Después de un año se valorará de manera diferente según el sexo de la persona trasplantada
 - Si el trasplantado es un hombre se puede valorar el embarazo de su pareja.
 - Si la trasplantada es una mujer, dependerá de su situación que se desaconseje totalmente el embarazo o en según qué casos asumir algunos riesgos.

II.4. ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Como hemos visto hasta ahora, hay varias posibilidades de tratamiento, cada una de ellas con ventajas e inconvenientes.

A la hora de optar por un tratamiento es necesario tener una buena información, que implica.

- Tener en cuenta las ventajas e inconvenientes
- La idoneidad para cada persona
- Contar con la opinión y orientación del nefrólogo.

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
HEMODIÁLISIS	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto permanente con personal sanitario • Puede conocer otros afectados • Realizado por el personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Duración y periodicidad de las sesiones • Traslado al centro de diálisis
CAPD (CONTINUA AMBULATORIA)	<ul style="list-style-type: none"> • Puede administrarse el tratamiento el propio paciente • Puede administrárselo cuando quiera • El material necesario es portátil y permite realizar el tratamiento en diferentes lugares 	<ul style="list-style-type: none"> • La periodicidad de la sesión • Requieren una pequeña formación previa
DPA (AUTOMATIZADA)	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza en el domicilio • Se puede realizar por la noche cuando uno duerme 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere una pequeña formación previa • Requiere una máquina
TRASPLANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez trasplantado no es necesario ningún tipo de diálisis • Impone menos restricción en la dieta. • Permite un sentimiento de más "salud" 	<ul style="list-style-type: none"> • Es imprescindible una intervención quirúrgica • El trasplante no es definitivo • Se tienen que tomar medicamentos específicos.

CAPITULO II: LA ALIMENTACIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

I. Nutrición y dietética

Hay que distinguir entre lo que es un alimento y lo que es un nutriente. Un alimento es lo que se encuentra dentro de la nevera o la despensa, es todo aquello sólido o líquido que pueda ser utilizado para el consumo humano. Los nutrientes son todas aquellas sustancias que contienen los alimentos, es decir, se encuentran presentes en mayor o menor cantidad en los alimentos y el organismo los emplea para obtener energía, construir y reparar sus estructuras.

Existen 6 nutrientes en los alimentos (carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua). Las funciones que tienen los nutrientes en el organismo pueden compararse con la construcción de una casa. Los carbohidratos y las grasas dan energía para levantar y construir la casa. Las proteínas son toda la estructura, las paredes, las puertas y ventanas; y las vitaminas, los minerales y el agua son elementos reguladores que armonizan y dirigen la construcción.

I.1. LOS CARBOHIDRATOS

Los hidratos de carbono o carbohidratos son la principal fuente de energía en la alimentación humana. Existen dos tipos:

- Carbohidratos simples:

También llamados azúcares sencillos. Son fuente de azúcares sencillos: el azúcar, la miel, la mermelada y todos aquellos alimentos dulces (bollería, pastelería, confitería, etc.) Las personas con diabetes, triglicéridos elevados o que están en diálisis peritoneal deben evitar el consumo de azúcares sencillos.

- Carbohidratos complejos:

También llamados almidones. Son fuente de almidones el pan, el arroz, la pasta, la patata, las legumbres, etc.

Otro tipo de hidrato de carbono es la **fibra**, con propiedades muy beneficiosas para la salud. Su capacidad para absorber agua hace que aumente el bolo fecal y contribuye a evitar el estreñimiento, prevenir tumores malignos, reducir el colesterol y controlar la diabetes. Son fuente de fibra el pan integral, la pasta y el arroz integral, las verduras y hortalizas, las frutas y las legumbres. Los alimentos ricos en fibra también lo son en potasio y fósforo, así que las personas en diálisis, especialmente en hemodiálisis, deben evitar su consumo.

.I.2. LAS GRASAS.

Las grasas son los nutrientes que más energía aportan al organismo. Su principal función es la reserva de energía. Existen tres tipos.

- Grasas saturadas

Se encuentran presentes en grasas de origen animal como la ternera, cordero, huevos, productos lácteos enteros, mantequilla, embutidos, etc. Actualmente, está establecido que el consumo de grasas saturadas está relacionado con las enfermedades cardiovasculares (de corazón)

- Grasas insaturadas

Este tipo de grasas se encuentran fundamentalmente en los alimentos de origen vegetal (aceites de semillas, de oliva y frutos secos) y en los pescados. El consumo de grasas insaturadas (especialmente el aceite de oliva virgen) es un factor protector de las enfermedades de corazón porque aumenta el denominado colesterol bueno.

- El colesterol

Aunque es un tipo de grasa necesaria para el buen funcionamiento del organismo, el consumo de colesterol asociado a su elevación en sangre está relacionado con las enfermedades del corazón. Aportan colesterol a la dieta los alimentos de origen animal como carnes, lácteos enteros, huevos, vísceras y mariscos.

I.3. LAS PROTEÍNAS

La principal función que tienen las proteínas es la plástica. Son necesarias para la formación de la mayoría de las estructuras corporales. El músculo, los huesos y todos los órganos del cuerpo están formados por proteínas.

Las proteínas, según su procedencia, se clasifican en proteínas de origen animal, presentes en todos los productos de origen animal (carne, embutidos, vísceras, pescado, mariscos, huevos, leche y derivados) y proteínas de origen vegetal, presentes en menor cantidad en alimentos de origen vegetal como legumbres y cereales.

Las proteínas de origen animal son más completas que las proteínas de origen vegetal.

I.4. VITAMINAS, MINERALES Y AGUA

Las vitaminas, los minerales y el agua son nutrientes esenciales que actúan como elementos reguladores del organismo. Los nutrientes esenciales son aquellos que el organismo solo puede obtener a través de la alimentación, es decir, que es incapaz de producirlos.

Las vitaminas, los minerales y el agua están presentes en mayor o menor medida en todos los alimentos que ofrece la naturaleza.

Las **vitaminas** pueden ser de dos tipos:

- Vitaminas hidrosolubles o presentes en el agua de los alimentos: las vitaminas del grupo B y la vitamina C. Son fuente de estas vitaminas las verduras, frutas, los cereales y las legumbres.
- Vitaminas liposolubles o presentes en la fracción grasa de los alimentos: vitaminas A, D, E y K. Son fuente de estas vitaminas los lácteos, carnes, pescados, huevos, grasas, o aceites. La vitamina A también está presente en verduras coloreadas con amarillos-anaranjados-rojizos (zanahoria, pimiento rojo, col lombarda, etc) en forma de carotenos.

En cuanto a los **minerales** (fósforo, calcio, hierro, potasio, yodo, etc) existe un gran número y están presentes en todos los alimentos.

En la insuficiencia renal crónica interesa conocer las siguientes vitaminas y minerales:

La vitamina D, el fósforo, el calcio, el potasio, el sodio y el agua.

I.4.1. La vitamina D, el Fósforo y el Calcio

En la insuficiencia renal crónica, el **fósforo** es indirectamente responsable del deterioro progresivo de los huesos, ya que al no poder ser eliminado por el riñón se acumula en sangre hasta cantidades peligrosas para la salud.

Por otra parte, el riñón es el encargado de activar la **vitamina D** procedente de la dieta para poder absorber el calcio de la comida. Cuando el riñón enferma, no se activa esta vitamina y no se puede utilizar el calcio presente en los alimentos.

Elevadas cantidades de fósforo y bajas cantidades de **calcio** en sangre provocan que el organismo intente obtener calcio tomándolo de los huesos. Por tanto, y con el fin de evitar el deterioro progresivo de los huesos es importante reducir el contenido de fósforo en la dieta y aumentar la ingesta de calcio y vitamina D en su forma activa, pero evitando la hipercalcemia.

El fósforo y calcio están presentes en la mayor parte de los alimentos, pero especialmente en la leche y los derivados lácteos. Así que, si se disminuye la ingesta de alimentos ricos en fósforo, también se disminuye la ingesta de calcio.

Para disminuir la ingesta de fósforo y aumentar la ingesta de calcio y vitamina D, existen fármacos o medicamentos llamados “quelantes o fijadores de fósforo” (sales de aluminio, carbonato cálcico, etc) que tienen la finalidad de secuestrar el fósforo de la dieta y eliminarlo por la heces sin que se absorba por el organismo.

También existen medicamentos que aportan “vitamina D activa” para mejorar la absorción del calcio de la comida. Su nefrólogo le aconsejará la cantidad de estos medicamentos que debe tomar.

Es muy importante que la persona en diálisis peritoneal o hemodiálisis no consuma demasiado fósforo en su dieta.

I.4.2. El potasio

El potasio es un mineral cuya principal función es la de controlar la contracción de los músculos, el mantenimiento de la presión sanguínea, y la transmisión de los impulsos nerviosos.

En la insuficiencia renal crónica, la pérdida de funcionalidad del riñón, hace que el potasio se acumule en sangre. Cuando los niveles son muy elevados, pueden ocasionarle debilidad muscular, temblores, fatiga y, en casos graves, una parada cardíaca.

El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, sobre todo en frutas, frutos secos, verduras, y legumbres. Pero al ser un mineral soluble en agua, gran parte del potasio de los alimentos se puede eliminar por medio de tecnologías culinarias como el remojo y la doble cocción.

La persona en diálisis, especialmente hemodiálisis, debe controlar el consumo de potasio en su dieta.

I.4.3. El sodio

En la insuficiencia renal crónica la eliminación de sodio y agua a través de la orina está disminuida. Como consecuencia de esta retención anormal de sodio va a aparecer una gran sensación de sed y se va a retener agua, pudiendo dar origen a la aparición de edemas en pies, cara, ojos y subidas de la tensión arterial. Si esta situación no se controla puede llevar a que el corazón falle, dando lugar a la insuficiencia cardíaca y al edema de pulmón con el consiguiente peligro para la vida.

Son fuente de sodio la sal de mesa y alimentos como embutidos, quesos mariscos, snacks de aperitivo, etc.

En general, los pacientes dializados y transplantados de riñón deben seguir una dieta pobre en sal.

I.4.4. EL AGUA

El agua es esencial para el cuerpo humano, sin ella la vida no sería posible. El cuerpo humano puede sobrevivir sin la ingesta de alimento durante uno o dos meses, pero sin la ingesta de agua moriría en el plazo de una semana.

El agua se puede encontrar en las bebidas y formando parte de los alimentos.

Aunque sea considerada un nutriente no aporta energía.

El paciente transplantado no complicado (ausencia de litiasis o insuficiencia urinaria) debe tomar abundante agua en cantidades similares a las de una persona sana.

Generalmente, el paciente en diálisis peritoneal no requiere de un control sobre la ingesta de líquidos.

Sin embargo, el paciente hemodializado debe controlar la ingesta de líquidos durante todo el día.

II. EL CONTROL DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La comida, juega un papel muy importante en la vida de toda persona. No solo es una fuente inagotable de placeres y el centro de casi todas las reuniones sociales y familiares importantes, sino que además es, en parte, la responsable de nuestro bienestar y de que todo en nuestro cuerpo funcione adecuadamente.

En condiciones normales, el aparato digestivo selecciona de los alimentos que tomamos aquellos nutrientes que necesita, eliminando por la heces y la orina aquellas sustancias que no puede aprovechar. Además elimina los productos de desecho del metabolismo celular. Los riñones son los responsables de filtrar, depurar y equilibrar la sangre. En la insuficiencia renal avanzada, esta capacidad del riñón para eliminar los productos que son nocivos está anulada, por lo que es necesario recurrir a medios mecánicos para sustituir esta función y mantener el equilibrio en el medio interno.

En el periodo interdiálisis, que generalmente es de 2 a 3 días, en la sangre se van acumulando sustancias que, si alcanzan niveles muy altos, pueden ocasionar serios trastornos en el organismo. Esta es la razón por la que es necesario controlar la cantidad de algunos de los elementos contenidos en los alimentos. Es importante, por tanto, que los conozca para así poder evitar que le perjudiquen y poder gozar del placer de comer sin poner en peligro su bienestar y su salud.

II. 1. RECOMENDACIONES GENERALES

Es posible adecuar las comidas a las del resto de la familia, no es necesario que se elabore un menú diferente. Nadie en la familia notará que unas legumbres han sido cocidas unos minutos en abundante agua antes de ser guisadas, ni será problema separar una ración antes de añadir sal. El enfermo renal deberá hacer una alimentación apetitosa y variada, pero no sea irresponsable sobrepasando los límites que le indicamos: podría

poner en serio peligro su salud. No debe renunciar a hacer una vida social activa. Si come en un restaurante, en la carta encontrará muchas de las comidas que no necesitan ninguna manipulación para eliminar potasio; es preferible no elegir una menestra, ya que las verduras no habrán sido remojadas, pero sí podrá comer sin peligro una paella, un pescado o una carne. Además puede solicitar que no de le añada sal.

En este apartado veremos la manera de cómo controlar los componentes de los alimentos perjudiciales para la enfermedad renal.

II.1.1. Proteínas

Aquellas personas que tengan buen apetito no tendrán problema en consumir la cantidad recomendada, pero para los pacientes de edad avanzada o inapetentes es necesario recurrir a algunos trucos culinarios para que el consumo de proteínas sea suficiente. Ejemplos: No presentar platos muy llenos con la esperanza de que sean consumidos; solo conseguirá que los rechacen sin probar. Será mejor aceptado un platito de lentejas al que se le habrá añadido una cantidad de carne picada antes de ser guisada.

Cuando un paciente rechaza una cena por falta de apetito, quizá un flan (elaborado con un huevo y una clara) sea aceptado, y contiene una considerable cantidad de proteínas.

La clara de huevo COCIDA contiene proteínas de muy buena calidad y podrá añadirla en todos los platos que se le ocurran.

Para compensar las pérdidas diarias y mantener un buen equilibrio es necesario consumir de 1 a 1,5 g por cada kilo de peso y por día (si el peso corporal es de 50 Kg consumirá entre 50 y 75 g de proteínas por día). Tanto el exceso como el defecto prolongado pueden producir complicaciones metabólicas importantes.

II.1.2. Potasio

Como hemos visto, es soluble en agua. Por eso todos los alimentos que sea posible someter a remojo sin que pierdan sus características, se pondrán troceados en abundante agua la noche anterior a su consumo y cambiará el agua cuantas veces le sea posible. Si van ser consumidos cocidos, como las legumbres, además dará uno o dos hervores en abundante agua antes de guisarlos; tenga en cuenta que, cuanto más potasio elimine de sus alimentos, más variada y abundante será su comida. Todas las legumbres, verduras

y hortalizas, permiten ser remojadas sin deteriorarse ni perder su sabor y sabemos que pierden hasta el 75% de potasio en contacto prolongado con el agua.

Ejemplo: si una patata de 100 g tiene 410 mg de potasio, cantidad muy considerable si se tiene en cuenta que la dieta de hemodiálisis limita de manera estricta el consumo diario a 2.000 mg, una vez troceada y puesta en remojo, cambiando el agua al menos dos veces y durante un tiempo no inferior a ocho horas, tendrá tan solo 100 mg de potasio. Como se puede ver, la molestia compensará suficientemente el resultado.

Los alimentos congelados tienen menos potasio

No debe consumir productos integrales, incluido el pan en los pacientes diabéticos, ya que su contenido en potasio y fósforo es muy elevado.

El paciente en hemodiálisis no consumirá nunca más de 2.000 mg de Potasio al día.

II.1.3. Sodio

Salvo por la indicación de su nefrólogo, el paciente dializado deberá limitar el consumo de sal. Pero aún en los casos en que esta restricción sea severa, podemos conseguir comidas sabrosas. El sodio, como el potasio, también es soluble en agua, por esto los alimentos que sometemos a remojo, perderán también sodio. Podemos hacer los guisos, añadiendo una cantidad de jamón remojado que aunque haya perdido la sal, no por eso será menos sabroso. Un pescado o una carne al que se añada un majado de ajo y perejil y una gota de limón, resultará muy satisfactorio al paladar; o un huevo frito espolvoreado con pimentón. No olvide las hierbas aromáticas como el tomillo, laurel, orégano, etc, cuando guise unas patatas; pero no caiga en el error de utilizar cubitos de caldo ni concentrados de carne, ya que tienen mucha sal. Tampoco utilizará las sales de régimen: son CLORURO POTÁSICO. Pronto se acostumbrará a éstos nuevos sabores y no se acordará de la sal.

La mayoría de los dializados han de hacer una dieta pobre en sal (entre 1.300 y 1.700 mg de sodio al día)

II.1.4. Fósforo

La dieta es parte del tratamiento

La insuficiencia renal crónica precisa de un tratamiento específico, el cual debe ser tutelado por el nefrólogo. En líneas generales el tratamiento de la insuficiencia renal crónica se asienta sobre tres grandes pilares.

Modalidad de tratamiento: diálisis peritoneal, hemodiálisis, y trasplante de riñón.

Terapia farmacológica: cada una de las modalidades de tratamiento debe ir acompañada de una mediación específica.

Tratamiento dietético: cuando aparece una insuficiencia renal crónica, la alimentación adquiere un papel muy importante en la calidad de vida del enfermo renal. La persona que sufre de insuficiencia renal crónica debe saber que desde el momento del diagnóstico de la enfermedad deberá cambiar su forma de alimentación, y que en función del tratamiento renal sustitutivo al que acceda (ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal) el tratamiento dietético será diferente.

III. LA ALIMENTACIÓN EN BASE AL TRATAMIENTO

Está claro que si los riñones son los encargados de limpiar y depurar la sangre de las sustancias desecho producidas principalmente por la alimentación, la dieta va a jugar un papel muy importante en la vida del enfermo renal antes de entrar en diálisis, durante la diálisis y después del trasplante.

La alimentación es un aspecto muy importante en la vida de las personas afectadas de insuficiencia renal crónica.

Llevar una dieta adecuada es ganar en salud y calidad de vida.

III.1. COMER Y BEBER EN DIÁLISIS PERITONEAL

El proceso dialítico en la diálisis peritoneal es continuo, por lo que el tipo de alimentación va a ser más “libre”, es decir, sin tantas restricciones como en pacientes tratados por otras técnicas de diálisis. Cuando se califica de “libre” no quiere decir que no se debe llevar un control dietético, sino que la alimentación en la diálisis peritoneal está más liberalizada que en hemodiálisis.

El líquido de diálisis que se utiliza en la diálisis presenta una elevada concentración de azúcares para eliminar el exceso de agua. Parte de estos azúcares, aproximadamente un

80%, van a pasar a la sangre. Además, durante la diálisis peritoneal se pierden gran cantidad de proteínas que deben reponerse con la alimentación. Por ello, la dieta en diálisis peritoneal debe cumplir los siguientes objetivos.

OBJETIVOS	BENEFICIO
1 Aumentar el consumo de carnes, pescados y huevos	1 Compensar la pérdida de proteínas durante la diálisis
2 Reducir el consumo de azúcares sencillos	2 Prevenir la diabetes y la obesidad
3 Reducir el consumo de grasas de origen animal	3 Prevenir la obesidad y las enfermedades del corazón
4 Reducir el consumo de sal	4 Controlar la hipertensión arterial

III.2. COMER Y BEBER EN HEMODIÁLISIS

La alimentación en Hemodiálisis requiere de un cuidado más específico debido a que la diálisis habitualmente solo se lleva a cabo tres veces por semana. Aunque la limpieza de la sangre es efectiva, entre las sesiones de diálisis pueden acumularse sustancias de desecho hasta niveles peligrosos para la salud si no se lleva un tratamiento dietético adecuado.

La máquina de hemodiálisis no tiene la flexibilidad que tiene el riñón humano, es decir, la máquina elimina gran cantidad de sustancias sin distinguir si son beneficiosas o perjudiciales para la salud. Es por ello, que además de limpiar la sangre de sustancias basura, elimina numerosos nutrientes esenciales para el organismo como son vitaminas, aminoácidos y proteínas, minerales, etc. Por esta razón, la persona en hemodiálisis puede desnutrirse y perder peso.

La dieta en hemodiálisis debe cumplir los siguientes objetivos.

OBJETIVOS	BENEFICIO
<p>1 Aumentar el consumo de alimentos en general, especialmente aceites vegetales, carnes, pescados y huevos. Si existe sobrepeso u obesidad, perder el exceso de peso muy lentamente.</p> <p>2 Disminuir el consumo de potasio (frutas, verduras, legumbres y frutos secos)</p> <p>3 Disminuir el consumo del fósforo (productos lácteos y frutos secos) y nunca olvidar tomarse los medicamentos para el fósforo.</p> <p>4 Controlar el consumo de líquidos y evitar la sal de mesa</p>	<p>1 Estar bien nutridos y reponer las pérdidas de nutrientes durante la hemodiálisis. Mantener una buena situación nutricional</p> <p>2 Evitar el potasio elevado en sangre</p> <p>3 Cuidar los huesos</p> <p>4 Controlar la tensión arterial Acudir a la sesión de hemodiálisis con un peso adecuado. Disminuir la sensación de sed.</p>

III.3. COMER Y BEBER EN TRANSPLANTE

El transplante de riñón permite la recuperación y normalización de las funciones renales, restableciendo una alimentación normal.

El miedo a comer determinados alimentos, que ha sido el protagonista en la mesa durante mucho tiempo, desaparece y es sustituido por la ilusión de comer todos aquellos alimentos prohibidos en la dieta anterior.

Una vez conseguido con éxito un transplante es necesario tomar una medicación con el fin de que el cuerpo no rechace el riñón transplantado. Esta medicación tiene, entre otros efectos secundarios, aumento del apetito, elevación de las grasas, azúcar y ácido úrico en sangre, retenciones de agua, etc.

Por lo tanto, la sobrealimentación y los efectos secundarios de la medicación pueden condicionar en el transplantado un estado de obesidad cuyas consecuencias sobre el estado de salud son muy perjudiciales.

En este sentido, la alimentación tiene un papel muy importante en la calidad de vida de la persona trasplantada, no solo por la satisfacción que produce el poder comer sino también por el mantenimiento del buen estado del riñón.

El cuidado dietético debe empezar justo después del trasplante, con el fin de evitar, por un lado, el sobrepeso y, por otro, el aumento del colesterol en sangre y el riesgo de diabetes entre otras alteraciones.

IV. CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN

Es necesario comer dentro de un horario y un estilo de vida apropiado.

Las personas no comen potasio, sodio o proteínas, comen alimentos. Estos a su vez configuran la gastronomía y cocina propia de su lugar de origen. No hay que olvidar que los alimentos se tienen que cocinar, así que unas buenas recomendaciones dietéticas deben ir acompañadas de unos buenos consejos en la cocina.

IV.1. EL AGUA Y LOS LÍQUIDOS EN HEMODIÁLISIS

La restricción de líquidos es necesaria en hemodiálisis, especialmente cuando se deja de orinar. La ingesta recomendada es de 500 ml + volumen de orina (ml).

Si el enfermo renal calcula la cantidad de orina residual que tiene, podrá saber cuánto líquido puede beber al día.

Volumen de orina	Cantidad a beber / día	Medida casera*
0 ml	500 ml	2,5 vasos de líquido
300 ml	800 ml	4 vasos de líquido
600 ml	1100 ml	5,5 vasos de líquido
900 ml	1400 ml	7 vasos de líquido

* un vaso de agua de 200 ml

Se considera fuente de líquido en la dieta los alimentos y bebidas líquidos a temperatura ambiente (agua, infusión, hielo, vino, etc). La leche y el agua necesarias para cocinar los alimentos no es necesario que sean contabilizados en la dieta. Las sopas y caldos deben ser muy suaves (utilizar muy poca verdura, carne o pescado) y deben tomarse muy espesas con pasta de sopa hervida.

IV.2. EL POTASIO EN DIÁLISIS

Las verduras son famosas por su riqueza en potasio. Se puede eliminar parte del potasio presente en las verduras aplicando el remojo y la doble cocción.

- **Remojo de 24 horas:** las verduras y hortalizas deben someterse a un proceso de remojo con abundante agua durante 12-24 horas, y cambiar esa agua como mínimo 2 veces. El remojo hace que los alimentos cedan parte de su contenido de potasio al agua de remojo.
- **Doble cocción:** las verduras, para poder ser guisadas o cocinadas, es necesario aplicarles una doble cocción. También en esta tecnología culinaria los alimentos van a ceder parte del potasio al agua. Una vez remojados los alimentos, tirar el agua de remojo, añadir abundante agua fría y poner a fuego. Cuando el agua rompa a hervir retirar la verdura a una nueva cazuela con agua hirviendo y terminar la cocción.

Las operaciones de remojo y doble cocción eliminan hasta un 70 % del potasio. Por otro lado, tienen 2 inconvenientes: pierden calidad en el sabor la textura de los alimentos. Por otro lado, se pierde junto con el potasio gran cantidad vitaminas y minerales, por lo que es aconsejable que tome vitaminas extra en la dieta. Su nefrólogo le indicará la cantidad que debe tomar de estos complementos vitamínicos.

Por último, no hay que olvidar que el remojo y la doble cocción se puede aplicar a verduras, hortalizas y legumbres.

IV.3. CONSEJOS FINALES

- Las personas en diálisis no deben olvidar que el consumo de **potasio en exceso** es peligroso para su salud. Hay que cuidar el consumo de frutas, verduras, hortalizas y retirar de la dieta el consumo de frutos secos por ser muy ricos en potasio.
- Las personas en diálisis deben cuidar la **salud de sus huesos**. Consumir leche y productos lácteos en forma entera o semidesnatada y retirar de la dieta todo tipo de quesos cremosos, curados y semicurados por ser ricos en fósforo.
- Las personas con **diabetes**, triglicéridos elevados, diálisis peritoneal o transplantadas, deben evitar el consumo de azúcares, dulces, bollería y pastelería.
- Si tiene elevada la **tensión arterial** es preferible no consumir sal de mesa y no tomar alimentos ricos en sal.
- La yema de huevo es famosa por su contenido en **colesterol**. Para no añadir colesterol extra a su dieta utilice, 1 huevo + 1 clara de huevo.
- Las **afecciones cardiovasculares** son una de las principales causas de mortalidad en la población renal. Es muy importante que retire pieles, grasa visible, huesos y desperdicios de todas las carnes.
- También es muy importante retirar el tocino del jamón (dulce, serrano, pollo, pavo) y desgrasar los caldos de carne poniéndolos en la nevera. Si tienen la **tensión arterial elevada**, controle el consumo de embutidos.
- Una forma de reducir el **consumo de sal** del jamón serrano es bañarlo en leche templada durante unas horas.
- Actualmente, está establecido que es preferible el consumo de **aceites vegetales**, especialmente el aceite de oliva virgen, por ser un tipo de grasa beneficiosa para la salud y ejercer un papel protector frente a las enfermedades cardiovasculares.
- Si no está contraindicado por el dietista puede consumir la cantidad que desee de **aceite de oliva virgen** en guisos, ensaladas y para enriquecer todos sus platos.

- **Las legumbres**, por ser ricas en potasio, han estado prohibidas durante muchos años en la dieta de las personas en hemodiálisis y diálisis peritoneal. No se tienen por qué retirar de la dieta si se consumen, como plato único, 1 vez por semana y aplicando las indicaciones de remojo y doble cocción.
- Las personas trasplantadas pueden consumir **legumbres** 2 ó 3 veces por semana, cocinadas con verdura, sin añadir tocinos, morcillas, carne grasa o chorizo, y como plato único, acompañadas de una ensalada variada.
- Procure practicar **actividad física** de forma regular (3 – 4 veces / semana) y de intensidad moderada. Actividades como pasear, ir caminando al trabajo, natación o bicicleta son muy beneficiosas para su salud.
- El **tabaco** es uno de los principales factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares y cáncer. Procure no fumar

En las siguientes tablas podemos comparar las diferencias nutricionales en función del tipo de tratamiento seguido:

- > Hemodiálisis
- > Diálisis Peritoneal
- > Transplante

Leche y productos lácteos: RACIÓN 1 taza de leche (240 ml) = 2 yogures (250 g) = 1 postre lácteo (natillas, flan, arroz con leche) = 1 porción de queso magro (fresco o tipo burgos 60-80 gramos)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

1 ración de lácteos al día. Si tiene el fósforo elevado, reduzca a media ración diaria o incluso suprima los lácteos temporalmente

Es preferible:

El consumo de leche entera o semidesnatada, la leche desnatada contiene más minerales, entre ellos fósforo.

Consejo:

Leche y yogur

Evitar el consumo de:

Arroz con leche, flan y natillas
Productos lácteos desnatados
Batidos chocolateados
Leches enriquecidas en minerales
Quesos cremosos, semicurados y curados

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

Media ración de lácteos al día. Si tiene el fósforo elevado, suprima los lácteos temporalmente

Es preferible:

El consumo de leche entera o semidesnatada, la leche desnatada contiene más minerales, entre ellos el fósforo

Consejo:

Leche y yogur
Aunque supere la ración aconsejada puede tomar alguna vez a la semana arroz con leche, flan o natillas.

Evitar el consumo de:

Productos lácteos desnatados
Batidos chocolateados
Leches enriquecidas en minerales
Quesos cremosos, semicurados y curados.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

2 raciones de lácteos al día.

Es preferible:

El consumo de leche y productos lácteos desnatados.

Consejo:

Leche, yogur, quesos magros, queso fresco, cuajada y requesón.

Evitar el consumo de:

Leche y productos lácteos enteros
Leche condensada
Postres lácteos azucarados
Quesos cremosos y muy grasos
Nata de todas clases
Batidos lácteos comerciales

Frutas : RACIÓN 1 pieza mediana de fruta 200 – 250 gramos = 1 vaso pequeño de zumo (100 – 125 ml)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

1 – 2 raciones de fruta al día. Si tiene el potasio elevado, reduzca el consumo de fruta a una ración diaria o suprima las frutas temporalmente

Consejo:

Manzana, pera, limón, mandarina, naranja, melón, melocotón, pomelo, fresas, albaricoque, sandía, granada, caquis, ciruelas, cerezas, mango, nectarina, nísperos, uva blanca y piña

Evitar el consumo de:

Frutas en almibar, higos, brevas
Plátano, kiwi, aguacate, uva negra
Zumos comerciales.
Coco, dátiles
Frutas secas, como orejones, ciruelas, pasas, etc.
Aceitunas verdes y negras.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

Una ración de fruta al día. Si tiene el potasio elevado, reduzca el consumo de fruta a media ración diaria o suprima las frutas temporalmente.

Consejo:

Manzana, pera, limón, mandarina, naranja, melón, melocotón, pomelo, fresas, albaricoque, sandía, granada, caquis, ciruelas, cerezas, nectarinas, nísperos, piña. También puede tomar uva blanca, mango, higos, brevas y frutas en almíbar.

Evitar el consumo de:

Plátano, kiwi, aguacate, uva negra.
Zumos comerciales
Coco, dátiles.
Frutas secas como orejones, ciruelas, pasas, etc.
Aceitunas verdes y negras.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

3 raciones de fruta al día

Consejo:

Manzana, pera, limón, mandarina, naranja, melón, melocotón, pomelo, fresas, albaricoque, sandía, granada, caquis, ciruelas, cerezas, nectarinas, nísperos, piña, zumo de frutas natural, etc.

Evitar el consumo de:

Uvas, dátiles, higos, plátanos
Compotas azucaradas
Zumos comerciales azucarados
Frutas secas como orejones, ciruelas, pasas, etc.

Verduras : RACIÓN 1 plato mediano de verdura (200 gramos) = 1 bol de ensalada variada

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

1 ración de verdura al día.
Aplicar remojo a las verduras con el fin de disminuir su contenido en potasio.

Consejo:

Achicoria, berenjena, cebolla, lechuga, pepino, pimientos, berros, brócoli, calabaza, col, coliflor, endibias, escarola, judías verdes, patata sin piel y a remojo, puerro, tomate, zanahoria, alcachofa, coles de bruselas, espárragos naturales.

Evitar el consumo de:

Calabacín, chirivia champiñón, setas, acelga, borraja, cardo, espinacas. Alcachofas y guisantes.
Tomate en conservar, espárragos en conserva, todo tipo de conservas vegetales, encurtidos vegetales.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

1 ración de verdura al día
Aplicar remojo y doble cocción a verduras y hortalizas con el fin de disminuir su contenido en potasio.

Consejo:

Achicoria, berenjena, cebolla, lechuga, pepino, pimientos, berros, brócoli, calabaza, col, coliflor, endibias, escarola, judías verdes, patata sin piel y a remojo, puerro, tomate, zanahoria, alcachofa, coles de bruselas, espárragos naturales.

Evitar el consumo de:

Calabacín, chirivia champiñón, setas, acelga, borraja, cardo, espinacas. Alcachofas y guisantes.
Tomate en conservar, espárragos en conserva, todo tipo de conservas vegetales, encurtidos vegetales.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

2 o 3 raciones de verdura al día, una de ellas en forma de ensalada fresca.

Consejo:

Todo tipo de verduras y hortalizas.

Evitar el consumo de:

Está desaconsejado la utilización de grasa extra para cocinar las verduras, es decir, salsas, mayonesas, frituras, rehogados, etc.

Azúcares y Dulces : RACIÓN 2 cucharaditas de postre de azúcar (10 gramos) = 1 cucharada de miel (15 g) = mermelada (15 g)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

Consejo:
No consumir azúcares y dulces
Alguna vez a la semana: mermelada baja en azúcar o miel.

Evitar el consumo de:
Azúcar de mesa, mermeladas, confituras.
Siropes, salsas dulces comerciales, pastelería, confitería.
Chocolate y cacao.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:
4 raciones de azúcares al día.

Consejo:
Azúcar de mesa, miel y mermelada.

Evitar el consumo de:
Pastelería y confitería.
Sirope y salsas dulces comerciales
Chocolate y cacao

TRANSPLANTE

Puede tomar:

Consejo:
No consumir azúcares y dulces.
Alguna vez a la semana: mermelada baja en azúcar o miel.

Evitar el consumo de:
Azúcar de mesa, mermeladas, confituras.
Siropes, salsas dulces comerciales, pastelería, confitería.
Chocolate y cacao.

Féculas, cereales y derivados : RACIÓN. 1-2 rebanadas grandes de pan (90 g) = 6 tostadas de pan (60 g) = 3 rebanadas de pan de molde (90 g) = 8 galletas tipo maría (45 g) = 3 cucharadas soperas de arroz, pasta, harina o legumbre (60 g)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

3 raciones al día de este grupo de alimentos, constituyen la base de su alimentación. Si tiene la tensión arterial elevada es preferible que no elija los alimentos con sal.

Consejo:

Arroz, pasta, sémola, tapioca, harina de trigo, pan tostado sin sal, galletas tipo maría.

Pan con sal, pan tostado.

Legumbres.

Evitar el consumo de:

Todo tipo de productos integrales y cereales de desayuno.

Avena, muesli.

Galletas saladas, snacks de aperitivo, preparados comerciales.

Soja y sus derivados.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

5 – 6 raciones al día de este grupo de alimentos, constituyen la base de su alimentación. Si tiene la tensión arterial elevada es preferible que no elija los alimentos con sal.

Consejo:

Arroz, pasta, sémola, tapioca, harina de trigo, pan tostado sin sal, galletas tipo maría.

Pan con sal, pan tostado.

Legumbres.

Evitar el consumo de:

Todo tipo de productos integrales y cereales de desayuno.

Avena, muesli.

Galletas saladas, snacks de aperitivo, preparados comerciales.

Soja y sus derivados.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

3 raciones al día de este grupo de alimentos, constituyen la base de su alimentación.

Consejo:

Productos integrales, cereales de desayuno, arroz, pasta, sémola, tapioca, harina de trigo, pan sin sal, pan tostado sin sal, galletas tipo maría, legumbres.

Pan con sal y pan tostado.

Evitar el consumo de:

El uso de recetas que aumenten el aporte de grasa extra a la dieta (salsa, aceites, mantequillas, frituras, etc)

Galletas dulces y bollería en general.

Snacks de aperitivo, preparados comerciales.

Carnes, pescados y huevos : RACIÓN. 1 filete mediano de carne (120 g) = 1 porción mediana de pescado (160 g) = 1 huevo + 1 clara = 4 lonchas finas de jamón dulce / serrano / pavo / pollo (120 g)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

2 – 3 raciones al día

Consejo:

Carne magra de ternera, lomo de cerdo, pollo, pavo, conejo, huevos, solomillos de cualquier carne, pescados en general.

También puede tomar jamón serrano, jamón dulce, jamón de pollo o pavo.

Evitar el consumo de:

Embutidos grasos y patés.

Vísceras y mollejas.

Pescados ahumados y salazones

Conservas de lata, concentrados de carne o pescado en cubitos, bacalao salado.

Mariscos, crustáceos y moluscos.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

2 raciones al día

Consejo:

Carne magra de ternera, lomo de cerdo, pollo, pavo, conejo, huevos, solomillos de cualquier carne, pescados en general.

También puede tomar jamón serrano, jamón dulce, jamón de pollo o pavo.

Evitar el consumo de:

Embutidos grasos y patés.

Vísceras y mollejas.

Pescados ahumados y salazones

Conservas de lata, concentrados de carne o pescado en cubitos, bacalao salado.

Mariscos, crustáceos y moluscos.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

2 raciones al día.

Consejo:

Carne magra de ternera, lomo de cerdo, pollo, pavo, conejo, huevos, solomillos de cualquier carne, pescados en general.

También puede tomar jamón serrano, jamón dulce, jamón de pollo o pavo.

Evitar el consumo de:

Embutidos grasos y patés.

Vísceras y mollejas.

Pescados ahumados y salazones

Conservas de lata, concentrados de carne o pescado en cubitos, bacalao salado.

Mariscos, crustáceos y moluscos.

Grasas y aceites : RACIÓN, 1 cucharada sopera de aceite (10 g) = 1 cucharada sopera de mayonesa casera (15 g) = 2 cucharaditas de postre de mantequilla / margarina (10 g) = 1 puñado de frutos secos (10-15g)

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:
4 raciones al día

Consejo:
Aceite de oliva virgen. También puede tomar aceite de oliva refinado, girasol, semillas, mayonesa casera.
Actualmente está establecido que es preferible el consumo de aceites vegetales, especialmente el de oliva virgen, por ser muy beneficiosos para la salud y proteger frente a las enfermedades cardiovasculares.

Evitar el consumo de:
Frutos secos y similares.
Salsas, mayonesas comerciales.
Manteca y tocino de cerdo.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:
2 raciones al día

Consejo:
Aceite de oliva virgen. También puede tomar aceite de oliva refinado, girasol, semillas, mayonesa casera.
Actualmente está establecido que es preferible el consumo de aceites vegetales, especialmente el de oliva virgen, por ser muy beneficiosos para la salud y proteger frente a las enfermedades cardiovasculares.

Evitar el consumo de:
Frutos secos y similares.
Salsas, mayonesas comerciales.
Manteca y tocino de cerdo..

TRANSPLANTE

Puede tomar:
2 raciones al día.

Consejo:
Aceite de oliva virgen. También puede tomar aceite de oliva refinado, girasol, semillas, mayonesa casera.
Actualmente está establecido que es preferible el consumo de aceites vegetales, especialmente el de oliva virgen, por ser muy beneficiosos para la salud y proteger frente a las enfermedades cardiovasculares.
Es aconsejable el consumo moderado de frutos secos, especialmente las nueces.

Evitar el consumo de:
Salsas, mayonesas comerciales.
Manteca y tocino de cerdo.

El agua y los líquidos:

DIÁLISIS PERITONEAL

Puede tomar:

La restricción de líquidos no suele ser necesaria en diálisis peritoneal, aunque una ingesta de 2 litros diarios es lo más adecuado.

Consejo:

Agua natural, bebidas refrescantes sin azúcar, jugo de limón, té, café e infusiones suaves en general. El vino, consumido en cantidades moderadas, puede acompañar sus comidas o cenas.

Evitar el consumo de:

Bebidas refrescantes con azúcar
Bebidas alcohólicas.
Cafés muy fuertes, caldos o sopas de verduras, caldos comerciales y bebidas para deportistas.

HEMODIÁLISIS

Puede tomar:

La restricción de líquidos es necesaria durante la hemodiálisis, especialmente cuando se dejar de orinar.

Consejo:

Es aconsejable beber el volumen de orina + 500 ml.
Su dietista le aconseja: agua natural, jugo de limón, té, café, infusiones suaves en general. El vino, consumido en cantidades moderadas, puede acompañar a sus comidas o cenas.
De vez en cuando puede tomar bebidas refrescantes con azúcar.

Evitar el consumo de:

Bebidas alcohólicas
Cafés muy fuertes, caldos o sopas de verduras, caldos comerciales y bebidas para deportistas.

TRANSPLANTE

Puede tomar:

Se recomienda como mínimo beber 2 litros de agua diarios.

Consejo:

Agua natural, bebidas refrescantes sin azúcar, jugo de limón, té, café, infusiones suaves en general. El vino, consumido en cantidades moderadas, puede acompañar a sus comidas o cenas

Evitar el consumo de:

Bebidas refrescantes con azúcar
Bebidas alcohólicas.
Caldos o sopas de comerciales..

IV. 4. Tablas de Composición de Alimentos

Estas tablas se han simplificado al máximo con el fin de facilitar su manejo. Los valores indicados son los correspondientes a 100 g de producto, sin desperdicios y en crudo.

Datos obtenidos de las Tablas científicas. Documento Geigy, 7º Edición

LECHE Y DERIVADOS					
	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Helados	206	3,9	80,0	135,0	115
Leche de Vaca Entera	64	3,2	75,0	139,0	88
Leche de Vaca Desnatada	34	3,5	53,0	150,0	97
Queso Emmenthal (45% mg)	398	27,4	620,0	100,0	860
Queso de Burgos con sal	190	12,1	1200,0	200,0	600
Queso Gervais	415	19,7	173,0	70,0	401
Queso de Nata	338	14,6	607,0	74,0	189
Requesón Magro	86	17,2	36,0	95,0	189
Yogourt	71	4,8	32,0	190,0	135

CARNES					
	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Cerdo (filete)	169	18,6	74,0	348,0	234
Conejo	159	20,4	40,0	385,0	210
Cordero (carne)	280	16,0	90,0	250,0	160
Pollo	138	20,6	83,0	359,0	200
Ternera (filete)	108	20,0	90,0	357,0	220
Ternera (hígado)	135	19,2	92,0	312,0	326
Ternera (lengua)	184	17,2	85,0	231,0	186
Ternera tripas (callos)	99	18,5	59,0	19,0	132

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

EMBUTIDOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Chorizo	384	22,0	1300,0	300,0	160
Jamón Serrano	380	17,0	2500,0	248,0	180
Jamón de York	300	20,0	960,0	340,0	150
Salchicha de Frankfut	256	12,5	1100,0	230,0	133

HUEVOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Un huevo	77	6,1	66,0	67,0	98
Una clara	16	3,3	57,0	46,0	5
Una Yema	61	2,8	9,0	21,0	93

PESCADOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Atún	200	23,0	44,0	-----	-----
Atún de lata	290	23,8	361,0	343,0	294
Boquerón	110	21,2	186,0	273,0	199
Calamar, chipirón	73	15,2	236,0	321,0	173
Chicharro	121	19,0	110,0	240,0	----
Gallo	79	19,0	147,0	315,0	226
Pescadilla	70	16,4	116,0	293,0	163
Salmón	208	19,9	48,0	391,0	266
Sardina	141	21,8	137,0	320,0	475
Trucha	101	19,2	39,0	470	220

MARISCOS Y CRUSTÁCEOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Almeja	70	10,5	121,0	235,0	209
Centollo	95	16,0	366,0	110,0	160
Gambas	97	18,7	140,0	258,0	300
Langostinos	240	45,7	366,0	368,0	300
Mejillón	76	11,7	290,0	315,0	250

CEREALES Y DERIVADOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Arroz blanco	362	6,7	6,0	113,0	94
Maíz en grano	354	9,5	1,0	340,0	280
Harina de maíz	349	9,5	0,7	300,0	190
Harina de trigo	367	10,5	2,0	95,0	87
Bizcocho	389	9,9	263,0	160,0	120
Galletas	463	14,7	389,0	139,0	40
Pan blanco	253	8,2	250,0	132,0	89
Pan blanco sin sal	250	7,0	15,0	150,0	90
Pan integral	239	8,0	250,0	224,0	200
Biscotes	351	10,5	460,0	164,0	----
Pasta con huevo	376	13,0	7,0	157,0	196
Pasta sin huevo	369	12,5	5,0	67,0	165
Tapioca	360	-----	4,0	20,0	12

LEGUMBRES

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Alubia	338	21,3	2,0	1310,0	429
Garbanzo	353	21,8	72,0	937,0	301
Lenteja	340	24,7	36,0	810,0	377

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

VERDURAS					
	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Acelgas	27	1,6	147,0	550,0	29
Ajo	129	5,0	32,0	510,0	134
Alcachofa	49	2,0	43,0	43,0	94
Berenjena	25	1,0	1,0	190,0	26
Calabacín	17	1,0	1,0	202,0	29
Cebolla	38	1,5	10,0	130,0	36
Col, repollo, berza	25	1,4	13,0	227,0	28
Coliflor	27	2,7	16,0	400,0	56
Espárrago	21	2,1	2,0	240,0	62
Espárrago de lata	21	2,4	236,0	166,0	53
Espinacas	26	3,2	62,0	662,0	51
Espinacas congeladas	25	3,0	53,0	385,0	45
Guisantes	84	6,3	2,0	370,0	116
Guisantes de lata	67	3,4	260,0	201,0	67
Guisantes congelados	73	5,4	129,0	150,0	90
Judias verdes	32	1,9	2,0	256,0	44
Lechuga	14	1,3	12,0	140,0	26
Patata	76	2,1	3,0	410,0	53
Pata frita de bolsa	586	5,3	340,0	880,0	139
Pepino	13	0,8	5,0	140,0	27
Pimiento verde	24	1,2	4,0	186,0	25
Puerro	44	2,0	5,0	300,0	50
Tomate	22	1,0	3,0	268,0	27
Zanahoria	40	1,0	50,0	311,0	36

HONGOS					
	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Champiñón	22	2,8	5,0	520,0	116
Champiñón de lata	24	2,8	319,0	127,0	116

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

FRUTA FRESCA					
	Calorías Kcal	Proteínas Gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Albaricoque	51	0,9	0,6	440,0	23
Cereza	60	1,2	2,0	260,0	19
Ciruela	50	0,7	2,0	250,0	23
Fresa	37	0,7	1,0	145,0	21
Limón	27	1,1	6,0	148,0	16
Macedonia de lata s/almíbar	76	0,4	5,0	160,0	12
Mandarina	46	0,8	2,0	110,0	18
Manzana	58	0,3	1,0	116,0	10
Compota manzana c. azúcar	81	0,2	0,3	55,0	5
Melocotón	46	0,6	0,5	160,0	19
Melocotón de lata s/almíbar	78	0,4	5,0	107,0	12
Melón	30	0,7	12,0	230,0	16
Mora	58	1,2	4,0	181,0	19
Naranja	49	1,0	0,3	170,0	23
Pera	61	0,5	2,0	129,0	11
Pera de lata s/almíbar	76	0,2	2,0	52,0	7
Piña	47	0,4	0,3	210,0	8
Piña de lata s/almíbar	74	0,3	1,0	120,0	5
Uva	67	0,6	2,0	250,0	20
Sandía	26	0,5	0,3	100,0	10

FRUTOS OLEAGINOSOS					
	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Aceituna	116	1,4	2400,0	55,0	17
Aguacate	171	2,2	3,0	680,0	42
Almendra	598	18,6	3,0	690,0	504
Avellana	627	12,7	3,0	618,0	320
Cacahuete tostado sin sal	582	26,2	3,0	740,0	407
Nuez	651	24,8	4,0	600,0	380
Coco seco rallado	630	6,0	35,0	651,0	150
Pistacho	594	19,3	-----	972,0	500

FRUTOS AMILACEOS

	Calorías Kcal	Proteínas Gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Castaña	213	3,4	2,0	410,0	74
Castaña seca	379	6,6	37,0	879,0	170
Plátano	85	1,1	1,0	420,0	28

FRUTOS SECOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Albaricoque seco	260	5,0	26,0	1700,0	119
Dátil	274	2,2	1,0	790,0	63
Higo seco	274	4,3	34,0	780,0	116
Uva pasa	289	2,5	31,0	725,0	101

MATERIAS GRASAS

	Calorías Kcal	Proteínas Gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Aceite de girasol	883	0	0	0	0
Aceite de oliva	883	0	0	0	0
Mantequilla	716	0,6	10,0	23,0	16
Margarina vegetal	698	0,5	104,0	7,0	15
Mahonesa	718	1,1	702,0	23,0	28

AZUCAR Y DERIVADOS

	Calorías Kcal	Proteínas gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Azúcar Blanco	385	0	0,3	0,5	0
Azúcar Moreno	373	0	24,0	230,0	19
Mermeladas	272	0,6	16,0	112,0	9
Chocolate con leche	520	7,7	86,0	420,0	251

**Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio**

Mazapán	428	8,0	5,0	209,0	----
Miel de abeja	304	0,3	7,0	51,0	6

BEBIDAS

	Calorías Kcal	Proteínas Gr	Sodio mgr	Potasio mgr.	Fósforo mgr
Café sin azúcar	5	0,3	5,0	80,0	5
Coca-cola	39	----	69,0	3,0	13
Cerveza clara	47	0,5	5,0	38,0	----
Sidra	45	0,5	7,0	72,0	7
Vino	100	0,5	6,0	100,0	30
Whisky	245	----	0,3	1,0	----

CAPÍTULO III: LA ASOCIACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RENALES ALCER-LEÓN

I. FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER

I.1. HISTORIA

En 1955 nace la Fundación Jiménez Díaz, fundación que marcó el comienzo de las especialidades médicas modernas. En la década de los años cincuenta la universidad española padecía los efectos demoleedores de la Guerra Civil Española y un médico podía ejercer la medicina sin conocer, a través de la experiencia, los mecanismos con los que aplicar curas. Los hospitales eran lugares de caridad y la Seguridad Social no existía (existía el Seguro Obligatorio de Enfermedad y tendría que llegar el año 1964 para que naciera la Seguridad Social). Ante esta situación tan caótica, existían catedráticos Marañón, Jiménez Díaz, etc. que confiaban en una medicina moderna, más aceptable y más cercana a los pacientes.

En este ámbito nace, en España la ciencia de la Nefrología: podemos recordar que en 1957, E. Rotellar realiza la primera hemodiálisis; a nivel mundial, había una explosión de conocimientos en el área de la enfermedad renal.

En 1960 aparece la Sociedad Internacional de Nefrología y en 1963 la Asociación Europea de Diálisis y Trasplante. Poco a poco se va mejorando y el panorama médico social cambió positivamente entre los años 1970 y 1980. Por ejemplo, en 1974 España formaría parte de EuroTrasplant y, a nivel internacional, el 22 de diciembre de 1976 el Parlamento francés aprobó, por unanimidad, el texto de Ley de Trasplantes y que permitía la Extracción de Órganos a toda persona clínicamente muerta, salvo su desacuerdo previo establecido. Volviendo a España, el 17 de julio de 1979 se aprueba la Ley de Trasplantes de Órganos y Autopsias Clínicas por la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Congreso, la que fue una proposición de Ley Socialista sobre Extracción y Trasplantes de Órganos presentada por el diputado socialista Donato Feijo y aprobada por 225 votos a favor y dos en contra., por fin, el 27 de octubre de 1979 es

aprobada la Ley 30/1979 de 27 de octubre de 1979 sobre la Extracción de Órganos y Trasplantes.

El movimiento de las organizaciones de voluntarios surgiría en la Edad Media. Pero, en España, en lo referente a la Enfermedad Renal Crónica nacería en el siglo XX, una vez que los elementos científicos y legislativos van tomando forma y existen mayores conocimientos sobre la enfermedad renal crónica. No son sólo los aspectos más técnicos los que interesan al movimiento asociativo, sino serían otros tantos, tales como aspectos sociales, jurídicos, psicológicos, sexuales, nutricionales, etc. los que debían ser resueltos para un colectivo emergente que trababa de mejorar las condiciones de vida de ellos y sus compañeros.

En este contexto, en 1976 nace **ALCER Nacional** gracias a la unión de unas pocas asociaciones provinciales, de la lucha y el esfuerzo anónimo de personas que trabajaron para mejorar las condiciones sociales y sanitarias

El primer medio divulgativo de la organización nacería en 1978 gracias al esfuerzo de D. Jesús Girón Martínez, quien creo la revista ALCER Nacional.

La primera Junta de ALCER Madrid, la que pronto pasaría a llamarse a ALCER Nacional como aglutinadora de las pocas y emergentes asociaciones ALCER se constituyo en febrero de 1976. El cinco de mayo de 1976 se recibe un comunicado de la Dirección General de Seguridad que han sido aprobados los estatutos de ALCER Nacional. Es el momento en que ha nacido la Asociación de Lucha Contra las Enfermedades Renales a nivel nacional.

Pocos años después, En 1981 concretamente, nace Federación Nacional de Asociaciones A.L.C.E.R donde poco se fueron adhiriendo más asociaciones A.L.C.E.R.

Durante este periodo se realizaron distintas actividades que cubrieron los objetivos marcados en sus estatutos. Sería el día 9 de mayo de 1984, bajo la presidencia a cargo de Victoria Stegensek, cuando ALCER contó con un hecho digno de recordar en su historia firmado por Dña. Carmen Sánchez Fernández, Jefe del Servicio de Asociaciones de la Dirección General de Política Interior:

“El consejo de Ministros en su reunión del día 9 de mayo de 1984 ha adoptado el siguiente acuerdo: **Declarar de utilidad pública a la Federación Nacional de Asociaciones ALCER, de Madrid y a las treinta y siete asociaciones que la integran**, con todos los derechos establecidos en el artículo 3º del Decreto 1440/65, de fecha 20 de mayo. Acuerdo que ha sido comunicado al Registro Nacional de Asociaciones, a los efectos de su constancia registral el día 29 de mayo de 1984”.

Las asociaciones que se integraban por el mencionado decreto eran las siguientes: ALCER Madrid, ALCER Guipúzcoa, ALCER Islas del Mediterráneo, ALCER Ebro, ALCER Álava, ALCER Albacete, ALCER Alicante, ALCER Almería, ALCER Ávila, ALCER Barcelona, ALCER Burgos, ALCER Cáceres, ALCER Castalia, ALCER Córdoba, ALCER Jaén, ALCER Las Palmas, ALCER Lugo, ALCER Málaga, ALCER Murcia, ALCER Navarra, ALCER Orense, ALCER Palencia, ALCER Pontevedra, ALCER Rioja, ALCER Salamanca, ALCER Tarragona, ALCER Tenerife, ALCER Segovia, ALCER Giralda, ALCER Toledo, ALCER Valladolid, ALCER Vizcaya, ALCER La Santina, **ALCER León** y ALCER Zamora.

I.2. FEDERACIÓN ALCER HOY

En la actualidad, Federación Nacional de Asociaciones ALCER aglutina 52 asociaciones que se reparten por todo el territorio nacional, que dan distintos servicios al paciente renal, tales como apoyo psicológico, jurídico, dietético, formación, etc. También, desde las distintas asociaciones, como desde la Federación, uno de los objetivos principales ha sido fomentar la donación de órganos. Para esta actividad se desarrolló el Día Nacional del Donante, el cual se lleva celebrándose más de veinte años, el primer miércoles del mes de Junio. Este día busca dos finalidades claras: homenajear a todos los donantes anónimos que, con su gesto altruista, han mejorado la calidad de vida del enfermo renal y todas aquellas personas que demandan un órgano para poder vivir. Por otro lado, el Día Nacional del Donante pretende concienciar a la sociedad de la importancia que supone la donación de órganos e, igualmente, fomentarla. No obstante, desde las distintas asociaciones A.L.C.E.R se realizan diversas campañas de donación a lo largo del año, por comunidades de vecinos, institutos, universidades, empresas, etc. donde, además, se da información sobre la E.R.C. Otra

actividad que se ha estado celebrándose en el devenir de los tiempos de Federación Nacional A.L.C.E.R son las Jornadas Nacionales de Enfermos Renales – que en algunas ocasiones han sido mundiales –. Esta actividad, partiendo de sus fundamentos principales, informa al colectivo renal de España para que sea el verdadero protagonista frente a los distintos especialistas que trabajan en el campo de la discapacidad y de la E.R.C. Año a año, pacientes y especialistas se han ido dando cita para poder conocer los últimos avances en materia legislativa, científica, asociativa, nutricional, psicológica .

Otra de las actividades clásicas de la organización han sido las Vacaciones Socio-educativas de niños-jóvenes con E.R.C. Esta actividad siempre ha sido acogida con un gran cariño y entusiasmo, donde los más jóvenes de nuestro colectivo son los protagonistas, ofreciéndoles unas vacaciones, alejándoles de su entorno familiar y “obligándoles” a responsabilizarse en lo referente a sus cuidados, medicación, alimentación, etc, así como su formación dentro de la enfermedad; siempre cuentan con el apoyo de un equipo especializado que, en todo momento, supervisa sus actuaciones.

Además, Federación Nacional A.L.C.E.R. cuenta con los diversos servicios que se han ido perfilando a lo largo de su historia: gestión de plazas de diálisis en el extranjero, desde Federación, a otras ciudades españolas, desde las distintas asociaciones provinciales, asesoría jurídica, donde se da al paciente todo tipo de apoyo a nivel legislativo en el complicado campo de la discapacidad, centro de formación y empleo, a través del cual formamos a nuestro colectivo, le facilitamos las herramientas necesarias para buscar un puesto de trabajo y/o le buscamos un empleo con la finalidad de integrarle en la sociedad. Para el desarrollo de nuestros objetivos, en los últimos años, la organización cuenta con las últimas tecnologías; la página web <http://www.alcer.org> supone una información completa, detallada y actualizada de la E.R.C., fomenta la donación de órganos, da noticias de actualidad sobre nuestra discapacidad y todo lo que la afecta. También, realiza la revista A.L.C.E.R. Se trata de una revista trimestral que en el año 2004 cierra con 131 números publicados. En ella podemos encontrar entrevistas a personalidades, artículos de legislación, psicología, dietética, ciencia, etc. Con una tirada muy importante, pretendemos llegar a todo nuestro colectivo, instituciones públicas y privadas, etc. sobre nuestra problemática. Las distintas asociaciones A.L.C.E.R., con los años se van sofisticando, paulatinamente van mejorando en calidad

y servicios; creación de boletines, revistas, páginas web son herramientas utilizadas por un número importante de ellas para dar a conocer sus actividades y servicios. Entre las actividades y servicios de las asociaciones A.L.C.E.R. debemos destacar: cursos de formación, internet, ofimática, etc. grupos de autoayuda, atención psicológica, atención nutricional, asesoría jurídica, campañas de donación, talleres ocupacionales, grupos de teatro, conferencias y congresos, etc. Trabajan en conjunto con instituciones privadas y públicas de sus respectivas provincias y con Federación Nacional A.L.C.E.R. para mejorar la calidad del colectivo al que representan, como son cuestiones de transporte sanitario o grados de minusvalía. Poco a poco han ido creciendo y ganando la confianza de las personas que son representadas por ellas.

I.3. FINES Y OJETIVOS

“La Federación ALCER no tendrá fines lucrativos sino benéfico-sociales y sus objetivos son: coordinar las actividades de las Asociaciones miembros encaminadas al estudio y solución práctica de los problemas inherentes al enfermo del riñón; servir de nexo de unión entre las distintas asociaciones con el fin de mantener contactos e intercambios de información entre las respectivas actividades: tratar de que cada una de las asociaciones miembro sirvan al máximo los fines previstos en sus Estatutos. Y en especial a título enunciativo y no limitativo, los siguientes:

- a) Promover un estado de opinión pública favorable hacia el enfermo de riñón, a fin de conseguir colaboración en todos los aspectos sociales.
- b) Asistencia a los enfermos de riñón en los aspectos médico-social-laboral, para lograr una plena integración en la sociedad.
- c) Fomentar la investigación de los problemas que plantean las enfermedades renales en sus aspectos médico-asistenciales y socio-económicos.
- d) La divulgación de todos los aspectos relativos a dicha enfermedad, sus posibles soluciones terapéuticas así como sus múltiples aspectos sociales y jurídicos.
- e) La colaboración con todas las aquellas entidades públicas y privadas, cuya actividad esté relacionada directa o indirectamente con los fines y objetivos de la Federación.

- f) Mantener relaciones y contactos con centros de instituciones Nacionales y Extranjeras en todo lo relativo a avances médico-tecnológicos en el tratamiento de las enfermedades de riñón. Y en general, realizar todas aquellas actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida del enfermo del riñón, especialmente en lo relativo a la problemática de dicha enfermedad. Artículo 3º- La Federación podrá colaborar con otras Federaciones Nacionales y Extranjeras de acuerdo con la legislación vigente.

Estos fines y objetivos, todavía hoy continúan estando vigentes, dado a que en ellos lo que básicamente se expresa es la mejora de la calidad de vida del enfermo renal. En aquella fecha Federación Nacional ALCER tenía su sede en calle del Arzobispo Morcillo s/n. El órgano supremo de esta nacida Federación Nacional ALCER era la Asamblea General.

I.4. ACTIVIDADES PRINCIPALES

Federación Nacional de Asociaciones A.L.C.E.R. (Asociación de Lucha Contra las Enfermedades Renales) tiene como actividades principales las siguientes:

- Informar
- Asesorar
- Orientar

al colectivo renal a través de sus 52 asociaciones Provinciales A.L.C.E.R. las cuales son COORDINADAS desde Federación Nacional A.L.C.E.R. También, estas actividades son realizadas a nivel nacional a través de las Jornadas Nacionales de Enfermos Renales, Congreso de Técnicos Psicosociales ALCER y publicaciones periódicas o internet.

Además, otra de las actividades principales que tiene Federación Nacional ALCER es fomentar la DONACIÓN DE ÓRGANOS a través de campañas informativas y de concienciación. Destacar especialmente en esta actividad el DÍA NACIONAL DEL DONANTE que tiene lugar el primer miércoles del mes de junio. A modo de ejemplo citamos la presentación del DISCO SALVAVIDAS que tuvo lugar en el año 2002

donde participaron artistas de la talla de Joaquín Sabina, Víctor Manuel, Pablo Perea, Cómplices, Manolo Tena, Juan Mari Montes, El Mecánico del Swing, etc.

Desde ALCER se realizan cuatro tipos de actividades en función del ámbito geográfico:

I.4.1. Nacional

- Jornadas Nacionales de Enfermos Renales. Este año tendrán las XVI Jornadas Nacionales de Enfermos Renales. Tienen por objetivo dar a conocer al colectivo renal los últimos avances de carácter científico, legislativo, político, económico, social, ético, religioso y culturales que afectan a la Insuficiencia Renal Crónica (enfermedad que padecen nuestro colectivo y por la que peleamos desde ALCER).
- Congreso Nacional de Técnicos Psicosociales A.L.C.E.R . Esta experiencia piloto pretende fijar líneas de formación, investigación y trabajo a profesionales del Trabajo Social y la Psicología para poder trabajar con Enfermos Renales.
- Vacaciones niños-jóvenes A.L.C.E.R. Esta actividad clásica desde hace bastantes años pretende buscar la autoeducación y autoconcienciación de los más jóvenes que padecen Insuficiencia Renal Crónica de una manera cultural y lúdica. Con esta experiencia se busca que los jóvenes se desvinculen – acorde con su edad – del entorno familiar (pues están más “protegidos” debido a su enfermedad) de manera que sean ellos quienes tomen conciencia y se responsabilicen de la medicación que deben tomar y los horarios a la que la deben tomar y realizar sus sesiones de diálisis de manera “autónoma”.
- Día Nacional del Donante. Presenta dos vías. Por un lado la formación de voluntarios para que puedan concienciar a la opinión pública de la importancia que tiene la donación de órganos. Por otro lado, pretendemos concienciar y formar a la sociedad en general de la importancia que supone la donación de órganos pues gracias a esta se pueden salvar otras vidas y, a la vez, acabar con “cliches” de carácter religioso, supersticioso o ético que pueden provocar negativas ante la donación de órganos.

- Disco Salvavidas. Con este disco que todavía se puede encontrar a la venta en distintos establecimientos, se pretende además de conseguir beneficios para poder desarrollar distintos programas que sean beneficiosos para nuestro colectivo. Ha tratado de formar las mentalidades de la importancia de la donación de órganos.
- Grupo de Teatro A.L.C.E.R.. Esta experiencia clásica y organizada desde ALCER Salamanca pretende dar cobertura y formar a enfermos renales en el mundo del teatro. Todos los actores son enfermos renales que han sido formados desde ALCER y han realizado las siguientes obras por diversas zonas de España: Maribel y la extraña familia; Bodas de sangre; golfos de cinco estrellas; El Alfiler; No le busques tres piernas al alcalde; Más acá de “el más allá”, etc.

I.4.2. Regional

- Jornadas Castellano y Leonesas de Enfermos Renales. Cumple los mismos objetivos que las Jornadas Nacionales de Enfermos Renales pero a nivel autonómico.

Funciones similares tienen las Jornadas aragonesas, cántabras, etc.

- Día de Convivencia INTER-ALCER entre Aragón, Navarra y La Rioja. Los Enfermos renales de estas comunidades disfrutan de una jornada donde intercambias diversos aspectos referentes a su problemática.
- Día de convivencia INTER-ALCER Castellano y León . Al igual que el anterior programa de formación en ésta se realiza una jornada convivencial donde se plantean diversos puntos, aspectos y cuestiones de las distintas provincias que componen esta comunidad.
- Curso de Formador de Formadores en campañas de donación de órganos. En Aragón se realizan cursos de formación que tienen por objetivo formar a especialistas para actuar en campañas de donación de órganos.

I.4.3. Provincial

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

- Linex . Se trata de un programa creado por la Junta de Extremadura que supone una alternativa a otros sistemas operativos. Se trata de cursos de informática con este sistema operativo que se realiza en Badajoz y tiene una duración de tres meses.
- Aula Taller. Igualmente, en Badajoz se realiza esta actividad donde con doce monitores los socios de ALCER pueden buscar y aprender con internet. Se trata de una formación donde se da cobertura para realizar consultas y prácticas con internet y tiene un carácter temporal indefinido.
- Día Convivencial de Socios. Igualmente en Badajoz se realiza en el mes de octubre un día donde los enfermos renales de esta provincia intercambian experiencias, vivencias, anécdotas etc. propias de su enfermedad y que pueden servir de ejemplo para sus compañeros a la hora de evitar situaciones comprometidas.
- Manualidades. En Salamanca se realizan diversos cursos taller de manualidades donde los enfermos renales trabajan con cerámica, pintura, restauran muebles, etc. de manera que además de pasar los miércoles en una situación convivencial, intercambian experiencias y aprenden diversas actividades de corte artístico.
- Semana del donante. En Córdoba con motivo del Día Nacional del Donante realiza lo que se ha dado a conocer como Semana del Donante donde son varias las actividades con la finalidad de concienciar y formar a las mentalidades de la opinión pública cordobesa en la importancia de la donación de órganos.
- Actividades semejante a este se realizan en todas las provincias españolas como puede ser en Navarra, Zaragoza, Granada, Salamanca, Guadalajara, Cuenca, Huesca, Toledo, Etc. donde a través del primer miércoles del mes de junio se realizan semanas o días que pretenden concienciar de la importancia de la donación de órganos.
- Charlas Informativas. En las distintas provincias españolas, ALCER realiza charlas informativas en colegios, institutos, universidades, asociaciones de vecinos, etc. con la finalidad de formar a personas para la concienciación en la

donación de órganos. Un ejemplo lo tenemos en Cantabria donde desde abril a junio del 2003 se han dado un total de 22 charlas a 925 alumnos.

- Jornadas sobre donación y trasplante. En Cádiz se vienen realizando jornadas donde especialistas tratan de dar cobertura a los distintos aspectos que atañen a la importancia de la donación de órganos.
- Jornadas cántabras de enfermos renales. Este año a sido su IV edición de estas jornadas que mantienen objetivos iguales a las nacionales y regionales, pero con un ámbito provincial.
- Jornadas Asturianas de enfermos renales. Se trata de unas jornadas semejantes a las anteriores, pero cubre el ámbito geográfico de Asturias.

Semejante a estas jornadas se realizan en casi todas las provincias españolas y tienen como finalidad formar al colectivo renal en la en los últimos avances de su enfermedad, desde una perspectiva interdisciplinar en su lugar de residencia.

- Grupos de Autoayuda. Pretenden formar al enfermo renal y a sus familias o seres más cercanos en los distintos aspectos que pueda influir la enfermedad renal (alimentación, estética, psicológicos, sociales, económicos, etc). Hay diferentes grupos de autoayuda: según edades, familiares, personas mayores, inmigrantes de los cuales en cada uno se les forma dentro de la enfermedad renal en sus diferentes aspectos. Su ámbito es en Zaragoza, aunque provincias como Navarra y la Rioja también disfrutan de estos planes de formación.
- Curso de voluntarios para pacientes con IRC. Se trata de un curso impartido en Melilla de 100 horas repartidas entre los sábados y los domingos con la finalidad de formar a gente que tratará con el enfermo renal. Para ello el curso se divide en tres módulos: módulo de psicología, módulo de nutrición y módulo de patología médica.
- Cursos de Formación Ocupacional. Desde 1999 hasta la actualidad ha estado realizando estos cursos de formación ocupacional relacionados con el mundo de la enfermería. Entre ellos ha dado: Celador de Instituciones Sanitarias, Auxiliar de Enfermería Geriátrica, Enfermería en Unidades Especiales. La finalidad de

los mismos es formar a personal sanitario que desde el ámbito de A.L.C.E.R. pueda conocer la Insuficiencia Renal Crónica.

I.4.4. Local

- Charlas en colegios, institutos y asociaciones de vecinos. Por toda España se realizan campañas a nivel local con el fin de fomentar, concienciar y formar a personas para transmitir la importancia que tiene la donación de órganos

I.5. RECURSOS HUMANOS

La Federación Nacional A.L.C.E.R., así como todas las asociaciones A.L.C.E.R. cuentan con una Junta Directiva que se compone con los distintos cargos:

- Presidente
- Vicepresidente
- Secretario
- Tesorero
- Contador o vocal de Finanzas
- Vocales

El número de estos varía en función del número de vocales con los que se cuenta. Es por ello que las distintas Juntas Directivas A.L.C.E.R. cuentan con un número de entre 10 y 12 miembros.

Además, hay que señalar que además de la Junta Directiva, A.L.C.E.R. cuenta con una infraestructura humanística de TÉCNICOS A.L.C.E.R. que se compone de:

- Auxiliares Administrativos
- Administrativos
- Coordinadores
- Gerentes
- Psicólogos

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

- Trabajadores Sociales
- Abogados
- Dietistas y nutricionistas
- Monitores de tiempo libre
- Informáticos
- Periodistas
- Personal de mantenimiento
- Contables
- Rehabilitadores

Esto hace que A.L.C.E.R. tenga una gran cantidad de técnicos que se reparten entre los distintos puntos de España, trabajando en las Asociaciones con la finalidad de cumplir las actividades principales y secundarias propias de la entidad y las directrices tomadas por los miembros de las distintas Juntas Directivas que componen A.L.C.E.R.

A todos estos recursos humanos debemos sumar otro tipo de personal que esta encargado de trabajar en actividades puntuales: se trata de los VOLUNTARIOS A.L.C.E.R. tiene distribuido por toda España un grupo de voluntarios que actúa en diversas funciones de colaboración en los planes de formación y actividades formativas – como en otras tantas – y en otras actividades diversas.

I.6. ASOCIACIONES PROVINCIALES EN CASTILLA Y LEÓN

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER ÁVILA	C/ La Plaza, 25 05196 Tonadizos (Ávila)	920 276000	920 276098
PRESIDENTE D. José Jiménez Yáñez	alceravila@yahoo.es		

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER BURGOS	C/ Juan de Padilla, 18 - bajo 09006 (Burgos)	947 229701	947 229701
PRESIDENTE D. Jesús M. Martín Juez	alcerburgos@hotmail.com		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER LEÓN	C/ Delcalzos, 10 24003 (León)	987 236640	987 236640
PRESIDENTE D. Ángel Arias Barrientos	alcerleon@telefonica.net		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER PALENCIA	C/ Salvino Sierra, 4	979 752715	
PRESIDENTE Dña. Inmaculada Gutiérrez de la Parte	alcer.palencia@terra.es		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER SALAMANCA	Avda de Italia, 8 - 1º of. 6 37006 (Salamanca)	923 257140	923 257140
PRESIDENTE	alcer-		

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

D. Francisco Carmelo Martín Rodríguez	salamanca@teleline.es		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER SEGOVIA	Aptado de correos 545 40080 (Segovia)	921 462016 921 436917	921 462016 921 461435
PRESIDENTE D. Luis Marugan Monterrubio	alcersegovia@terra.es		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER SORIA	C/ Ferial, 3 - 5ºA 42001 (Soria)	975 232810	
PRESIDENTE D. José Antonio García Romero	alcersoria@terra.es		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER VALLADOLID	C/ Urraca, 13 - bajo E 47012 (Valladolid)	983 398683	983 398683
PRESIDENTE D. Jesús de Ávila Velasco	alcervalladolid@hotmail.com		

ASOCIACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
ALCER ZAMORA	C/ Cañaveral nº 4, portal 1, 5º C	980525742	

	49080 (Zamora)		
PRESIDENTE D. Joaquín Bermúdez Llamas	alcerzamora@telefonica.net		

II. ALCER LEÓN

La asociación para la lucha contra las enfermedades renales ALCER-León, se crea el 12 de Abril de 1981 bajo el principio básico de organizarse como agrupación benéfico-social, en la que quedan, total y absolutamente excluidos los fines lucrativos.

El 12 de Marzo de 1982, ALCER - LEÓN es **Declarada de Utilidad Pública** en virtud de acuerdo del Consejo de Ministros, adoptado en su resolución el día 9 de mayo de 1984.

La Asociación para la Lucha contra las Enfermedades renales ALCER-LEÓN, organización de carácter social, nace en León con la vocación de ofrecer servicios de información, orientación y apoyo tanto a los enfermos renales como a sus familias

Ser una persona con insuficiencia renal crónica supone una pérdida importante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, a raíz de su enfermedad los afectados comienzan una situación de dependencia, que afecta tanto al terreno de la salud como al laboral, personal y familiar y del entorno. Su calidad de vida se ve gravemente mermada y precisa apoyos y soluciones a sus necesidades.

Intentando dar una respuesta acertada y cercana a las personas afectadas por insuficiencia renal crónica y sus familias nace desde ALCER-LEÓN la implantación de este Programa de Orientación y apoyo a los enfermos renales cuyo principal objetivo es ofrecer a las personas afectadas y sus familias talleres informales de ayuda mutua y apoyo psicosocial.

II.1. FINES DE LA ENTIDAD

Los fines con los que se creó la asociación se plasmaron en su carta estatutaria como siguen a continuación :

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

- Propiciar medidas tendentes a una mejora de la calidad de vida de los enfermos del riñón a través de una atención integral en las áreas sanitaria, psicosocial y laboral.
- Favorecer la prevención y lucha contra las enfermedades renales.
- Colaborar en la investigación de los problemas que plantean las enfermedades renales en sus aspectos médico-asistenciales y socio-económicos.
- Captar y divulgar información sobre la problemática que acarrearán las enfermedades renales y sus posibles soluciones, con la intención de divulgar la misma.
- Colaborar con todas aquellas entidades públicas y privadas, cuya actividad esté relacionada directa o indirectamente con los fines y objetivos de la Asociación de Lucha contra las Enfermedades Renales (ALCER-LEÓN).
- Ofrecer Formación Ocupacional a las personas con Discapacidad.
- Promover una estrecha y fraternal solidaridad entre todos los afectados.
- Resolver por medios legales, las reivindicaciones legítimas de sus miembros.
- Mantener relaciones y contactos con centros e instituciones nacionales o extranjeras en todo lo relativo a avances médico-tecnológicos en el tratamiento de las enfermedades del riñón.

En la actualidad cuenta con 175 socios que constituyen el patrimonio más importante de la asociación. 56 de los cuales son simpatizantes, el resto 119 son personas afectadas por una Insuficiencia Renal Crónica en las diversas fases del tratamiento .

La asociación está integrada en la Federación nacional de asociaciones ALCER, esta, es el nexo de unión entre las distintas Asociaciones provinciales, coordina las actividades de las mismas, y trata, a la vez de que cada una de ellas sirva al máximo a los fines previstos.

II.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y SERVICIOS QUE PRESTA LA ENTIDAD

II.2.1. Programa de Atención Al Enfermo Renal en Diálisis y Transplantados

- Solicitud de plazas en centros de diálisis para los enfermos que por distintas causas tienen que desplazarse fuera de su centro habitual .
- Revisiones en Santander para los enfermos y trasplantados

II.2. 2. Programa De Ayuda A Domicilio

- Estudio, valoración y diagnóstico de enfermos renales con problemas de dependencia
- Implantación del servicio de ayuda a domicilio a pacientes con grandes necesidades
- Continuación de la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio a los enfermos renales que así lo solicitaron en la realización del Estudio.

II.2.3. Programa de Formación del Voluntariado

- Charlas informativas criterios de valoración de la minusvalía en el enfermo renal
- Asistencia diversos congresos y jornadas de actualización de información sobre problemáticas de los enfermos renales:
- Asistencia de miembros de la Junta Directiva al Curso sobre “ Nuevas técnicas de gestión de Entidades Asociativas de Discapacidad”. 11-13 de Julio de 2005
- Asistencia de miembros de la Junta Directiva al Curso de “ Formación de Portavoces” organizado por la Fundación Alcer. 19 y 20 de Noviembre de 2005.

II.2.4. Promoción de la Salud

- Taller de autocuidados destinados a enfermos renales sobre “ Nutrición y Dietética”. Impartidos por especialistas en la materia en la sede de la Asociación.

II.2.5. Campañas de Sensibilización

1.- Campañas de sensibilización de la población en materia de donación de órganos:

- Charlas informativas en diversos centros de la capital Leonesa

2.- Jornada de sensibilización sobre la enfermedad renal “Pedaladas de Solidaridad”

- Evento en el que los Hnos. Aulestia, trasplantados de Riñón realizan como cada año el camino de Santiago desde San Sebastián, y a su paso por León, la Asociación Alcer en colaboración con los Laboratorios NOVARTIS les ofrecen una recepción en el Hotel Conde Luna de León

3.- Otras charlas en materia de sensibilización que se realizaron desde la asociación:

- Charla a los sargentos caballeros y damas alumnos de la base aérea de la Virgen del Camino impartido igualmente por el coordinador de extracción del hospital de León Dr. D. Carlos Fernández Renedo y por miembros de la Junta Directiva de la Asociación.
- Día del Donante de órganos en León. Instalándose mesas informativas sobre la donación de órganos en colaboración con la Coordinadora Regional de Trasplantes de Castilla y León.
- Día del Donante de órganos en Astorga, realizándose las mismas actuaciones que en León capital y colaborando con enfermos del Área Sanitaria de la capital Maragata y miembros de cruz roja..
- Día del Donante de órganos en Ponferrada, realizándose las mismas actuaciones que en la capital leonesa y colaborando con enfermos de esa Área Sanitaria..
- Feria multisectorial de San Andrés del Rabanedo donde se colocó un stand informativo para la captación de donantes.

II.2.6. Área de Relaciones con la Sociedad

- Se mantienen reuniones con el Director general de Desarrollo Sanitario, Dr. Uribe en Valladolid a las que acuden miembros de la Junta directiva de la Asociación en representación de ALCER-LEÓN .

- Visitas a los centros de hemodiálisis de la provincia de León por miembros de la Junta Directiva: Hospital, Dialeón, centro ASHDO-Astorga, PONFEDIAL-Ponferrada.
- Reuniones en la Federación Nacional de Asociaciones Alcer en Madrid.
- Reunión con la Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones Alcer, de la cual Alcer-León ostenta la Tesorería, para tratar necesidades de los enfermos trasplantados en diálisis a nivel regional.
- Reuniones con en el gerente del hospital se tratan temas relacionados unidad de hemodiálisis y temas relacionados la tramitación de permisos para las vacaciones de enfermos u otros centros con una y plazas en los concertados.
- Reuniones con el Procurador del Común. Una general en Fuensaldeaña y otra en León sobre temas que atañen a nuestros Asociados.

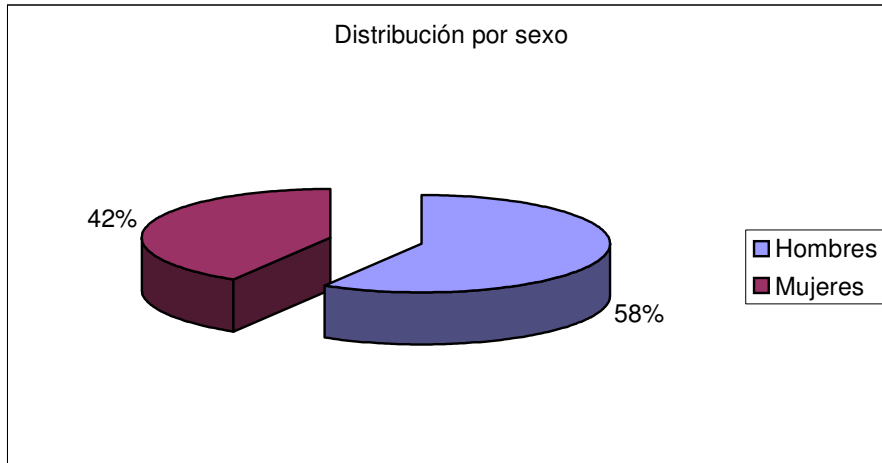
II.2.7. Recopilación de datos de personas trasplantadas y en diálisis

- Han sido atendidos casos entre los que se han resuelto situaciones como: orientación y seguimiento para regresar a su país de una ciudadana chilena, en situación de diálisis peritoneal con permiso de vacaciones en España y sin familiares aquí.
- Tramitación de ayudas económicas, compensación económica de gastos derivados de la diálisis con cicladora. Compensación económica de desplazamiento para revisión médica.
- Información sobre certificados de minusvalía.
- Orientación y acercamiento otros enfermos y familiares con el mismo problema.
- Búsqueda de reserva de plaza en centros de hemodiálisis en período de vacaciones.
- Orientación y tramitación de solicitud de ayuda de alimentos se aloja.

II.3. MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN ALCER – LEÓN

En la actualidad, 171 personas residentes en la provincia de León son socios de ALCER León.

- La distribución por el sexo de los socios es la siguiente

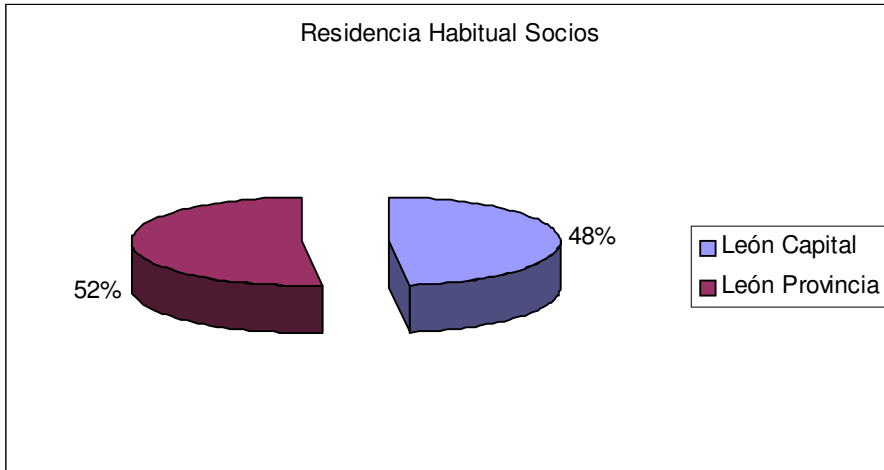


Distribución por sexo		
	Número	Porcentaje %
Hombres	100	58
Mujeres	71	42
Total	171	100

Como se observa en la tabla, es superior el número de hombres que de mujeres, representando estos últimos el 58 % del total.

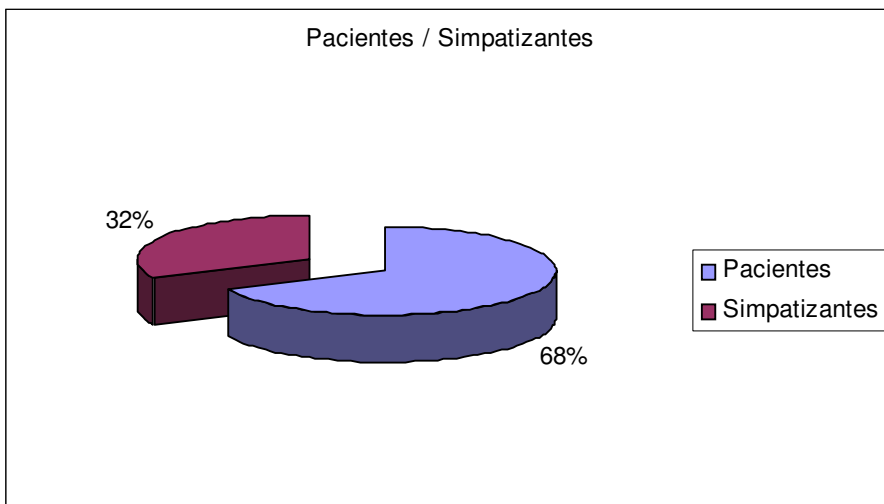
- En cuanto a la Distribución Geográfica en la provincia de León, podemos observar que no existen grandes diferencias porcentuales entre el número de asociados que residen habitualmente en la capital Leonesa (el 48%), y los que se encuentran en el resto de la provincia (el 52%). Más adelante se puede observar cómo esta diferencia se incrementa, al considerar tan solo a los afectados por una insuficiencia renal crónica.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
 CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales



Residencia Habitual Socios		
	Número	Porcentaje %
León Capital	82	48
León Provincia	89	52
Total	171	100

- Del total de socios, 116 son personas afectadas por una Insuficiencia Renal Crónica. Los 55 restantes, son simpatizantes que colaboran con la Asociación, tal como se muestra en el siguiente gráfico.



Pacientes / Simpatizantes		
	Número	Porcentaje %
Pacientes	116	68
Simpatizantes	55	32
Total	171	100

- De entre los pacientes, la distribución por sexo es la siguiente:

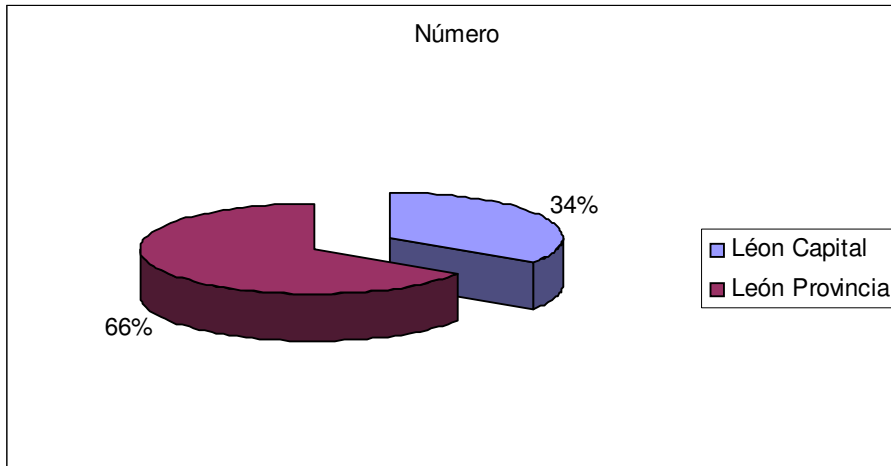


Distribución Pacientes según sexo		
	Número	Porcentaje %
Hombres	75	58
Mujeres	41	42
Total	116	100

Siendo 75 hombres, frente a 41 mujeres socias de ALCER-LEON afectadas por una Insuficiencia Renal Crónica.

- La Distribución geográfica de los pacientes la podemos observar en el siguiente gráfico

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales



Residencia Habitual Pacientes

	Número	Porcentaje %
Léon Capital	40	34
León Provincia	76	66
Total	116	100

- Tan solo 41 de los 119 afectados por la Insuficiencia Renal Crónica residen en la capital Leonesa, el resto se distribuyen entre los siguientes pueblos de la provincia. En la tabla se muestra además la distancia que existe en relación con la capital.

Distribución de los pacientes por poblaciones

	Km desde Capital	Nº de Socios
Villaobispo de las Regueras	5	2
Trobajo del Camino	5	7
San Andrés del Rabanedo	5	2
Armunia	6	1
Virgen del Camino	8	1
Sariegos	9	1
Sobarriba	10	1
Marialba de la Ribera	13	1
Carrizo de la Ribera	36	1
Sardoneda	37	1
La Mata del Páramo	37	1

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO III: La asociación para la lucha contra las enfermedades renales

Santa Marina del Rey	37	2
Santa María del Páramo	38	1
Bustillo del Páramo	38	1
San Román de Cabezas	42	2
Boñar	46	1
Huerga de Garaballes	47	1
Veguellina de Órbigo	48	2
Toral de los Vados	51	1
Santa María de la Isla	53	1
Astorga	55	2
La Bañeza	57	3
Sabero	60	1
Val de San Lorenzo	61	1
Cistierna	64	1
Gordoncillo	66	1
Murias de Paredes	72	1
Grajal de Campos	75	1
San Martín de la Cueva	77	1
Mozos de Cea	86	1
Prioro	87	1
Bembibre	98	8
San Esteban de Toral	100	1
Villablino	109	3
Noceda del Bierzo	112	1
Ponferrada	116	14
Cacabelos	128	1
Dehesas	130	1
Priaranza del Bierzo.	132	1
Palacios del Sil	162	1
Total		76

CAPITULO IV: EL SERVICIO DE COMIDA DIETÉTICA A DOMICILIO

I. MARCO LEGAL:

En España, según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (Instituto Nacional de Estadística, 1999), hay en torno a 3,5 millones de personas con alguna discapacidad.

Las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país.

La Constitución Española, en su **artículo 14**, reconoce la igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna. A su vez, el **artículo 9.2** de la Ley Fundamental establece que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitando su participación en la vida política, cultural y social, así como el **artículo 10** de la Constitución, de los derechos y deberes fundamentales, que establece la dignidad de la persona como fundamento del orden político y de la paz social. En congruencia con estos preceptos la Carta Magna, en su **artículo 49**, refiriéndose a las personas con discapacidad, ordena a los poderes públicos que presten la atención especializada que requieran y el amparo especial para el disfrute de sus derechos.

Estos derechos y libertades enunciados constituyen hoy uno de los ejes esenciales en la actuación sobre la discapacidad. Los poderes públicos deben asegurar que las personas con discapacidad puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales.

Transcurridos más de veinte años desde la promulgación de la **Ley de Integración Social de los Minusválidos**, sin poner en cuestión su vigencia, se considera necesario promulgar otra norma legal, que la complemente y que sirva de renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad. Dos razones justifican esta nueva ley: la persistencia en la sociedad de desigualdades, pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales y al meritorio esfuerzo hecho a partir de aquella ley, y,

lo que es más importante todavía, los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la “discapacidad” y, consecuentemente, la aparición de nuevos enfoques y estrategias: hoy es sabido que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen en sus dificultades personales, pero también y sobre todo en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, se oponen a la plena participación de estos ciudadanos.

Siendo esto así, es preciso diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales.

En esta perspectiva se mueven dos estrategias de intervención relativamente nuevas y que desde orígenes distintos van, sin embargo, convergiendo progresivamente. Se trata de la estrategia de “lucha contra la discriminación” y la de “accesibilidad universal”.

La estrategia de lucha contra la discriminación se inscribe en la larga marcha de algunas minorías por lograr la igualdad de trato y por el derecho a la igualdad de oportunidades.

En el ámbito internacional existe una gran sensibilidad en torno a la igualdad de oportunidades y a la no discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social. Así, la **Organización de Naciones Unidas (ONU)**, el **Consejo de Europa** y la **Unión Europea**, entre otras organizaciones internacionales, trabajan en la preparación de documentos programáticos o jurídicos sobre la protección de los derechos de las personas con discapacidad. La Unión Europea y el Consejo de Europa, en concreto, reconocen respectivamente el derecho de todas las personas a la igualdad ante la ley y a la protección contra la discriminación tanto en la **Carta de los Derechos Fundamentales** de la Unión Europea como en el **Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales**.

El **artículo 13 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea** habilita al Consejo para “adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual”. En desarrollo de esta competencia se han adoptado una serie de directivas, tales como la **Directiva 2000/43/CE**, que se ocupa del principio de igualdad de trato y no discriminación de las personas por motivo de su origen racial o étnico, la

Directiva 2000/78/CE para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual, y la **Directiva 2002/73/CE** para la igualdad entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales y a las condiciones de trabajo.

El concepto de accesibilidad, por su parte, está en su origen muy unido al movimiento promovido por algunas organizaciones de personas con discapacidad, organismos internacionales y expertos en favor del modelo de “vida independiente”, que defiende una participación más activa de estas personas en la comunidad sobre unas bases nuevas: como ciudadanos titulares de derechos; sujetos activos que ejercen el derecho a tomar decisiones sobre su propia existencia y no meros pacientes o beneficiarios de decisiones ajenas; como personas que tienen especiales dificultades para satisfacer unas necesidades que son normales, más que personas especiales con necesidades diferentes al resto de sus conciudadanos y como ciudadanos que para atender esas necesidades demandan apoyos personales, pero también modificaciones en los entornos que erradiquen aquellos obstáculos que les impiden su plena participación.

El movimiento en favor de una vida independiente demandó en un primer momento entornos más practicables. Posteriormente, de este concepto de eliminar barreras físicas se pasó a demandar “diseño para todos”, y no sólo de los entornos, reivindicando finalmente la “accesibilidad universal” como condición que deben cumplir los entornos, productos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas.

La no accesibilidad de los entornos, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación, de discriminación indirecta en este caso, pues genera una desventaja cierta a las personas con discapacidad en relación con aquellas que no lo son, al igual que ocurre cuando una norma, criterio o práctica trata menos favorablemente a una persona con discapacidad que a otra que no lo es.

Convergen así las corrientes de accesibilidad y de no discriminación.

Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre de procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía (BOE 22, 26/01/00). Esta norma tiene por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el

establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir, todo ello con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen.

Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. En esta ley se recogen estas dos nuevas corrientes y confluyen con la ya antigua pero vigente LISMI, que desarrolló sobre todo medidas de acción positiva. No discriminación, acción positiva y accesibilidad universal constituyen la trama sobre la que se ha dispuesto un conjunto de disposiciones que persiguen con nuevos medios un objetivo ya conocido: garantizar y reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

Es de notar que la ley se aprueba coincidiendo en el tiempo con el Año Europeo de las Personas con Discapacidad, por lo que constituye una de las aportaciones más significativas de la sociedad española al esfuerzo colectivo de emancipación histórica.

En la actualidad, y ante la aprobación por el Gobierno de la Nación del Proyecto de **Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia** a finales del presente año, resulta más que conveniente la reflexión sobre este asunto en la provincia de León, con la finalidad de analizar la futura adaptación del sistema nacional de Atención a la Dependencia a la realidad actual y tendencias de futuro del envejecimiento leonés.

II. SITUACIÓN ACTUAL EN LA PROVINCIA DE LEÓN

La investigación ha demostrado que la historia previa de las personas, en lo que a hábitos y estilos de vida se refiere tiene un papel determinante en la aparición, retraso e incluso no presencia de procesos incapacitantes.

Además, el ambiente donde se desenvuelve la persona puede ser un elemento facilitador o, por el contrario, obstaculizador de la autonomía.

En la Provincia de León, nos encontramos que de un total de 495.902 habitantes que posee la provincia, 21.102 poseen alguna discapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, considerando por tales: la realización de cambios de las posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, desplazarse, deambular sin medio de transporte, controlar las necesidades, vestirse, comer, beber, cuidarse de la compras, de las comidas, de la limpieza, y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa, y del bienestar de los miembros de la familia. Tal como se muestra en la siguiente tabla, de este grupo de población el 72,86% son mujeres.

Personas discapacidad AVD* Provincia de León		
Sexo	Número	Porcentaje %
Varones	5.727	27,14
Mujeres	15.375	72,86
Total	21.102	100

* **AVD**, Actividades de la vida diaria como realizar cambios de las posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, desplazarse, deambular sin medio de transporte, asearse, controlar las necesidades, vestirse, comer, beber, cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza, y planchado de ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Contacto: INE. Email:www.ine.es/infoine. Internet:www.ine.es.Tel:+34 91 583 91 00 Fax:+34 91 583 91 58

Copyright INE 2006

II.1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA DISCAPACIDAD

Existe algún rasgo distintivo de la configuración geográfica y sociodemográfica de Castilla y León es su gran extensión, la multitud de poblaciones que la componen, su reducido tamaño en muchas ocasiones y una gran dispersión de la población.

Prueba de ello es la existencia de nada menos que 2.248 municipios en la Comunidad, de los que el 75,5%, esto es 1.697 municipios tienen una población inferior a 500 habitantes, porcentaje que se incrementa al 87,7% si se considera el techo de los 1.000 habitantes.

Por otra parte, este importante volumen de pequeñas localidades acoge, a su vez a un destacado sector de la población mayor castellano leonesa. En la tabla que se acompaña se puede observar esta distribución, de la que merece la pena destacar que el 40,5% de

los mayores residen en municipios de menos de 2.000 habitantes, de los que algo más de la mitad lo hacen en localidades de menos de 500 habitantes.

Población y municipios según tamaño del municipio (01/01/2005)						
Tamaño del municipio	Población total		Población 65 y más		Municipios	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hasta 500 habitantes	316.457	12,6	116.526	20,6	1.697	76
De 501 a 1.000	186.989	7,4	59.049	10,4	277	12,3
De 1.001 a 2.000	191.291	7,6	53.576	9,5	143	6,4
De 2.001 a 3.000	115.894	4,6	25.694	4,5	48	2,1
De 3.001 a 5.000	126.456	5,0	24.706	4,4	33	1,5
De 5.001 a 10.000	178.490	7,1	31.847	5,6	27	1,2
De 10.001 a 20.000	107.665	4,3	20.238	3,6	8	0,4
Más de 20.000	1.287.607	51,3	234.832	41,5	15	0,7
Total	2.510.849	100,0	566.468	100,0	2.248	100,0

* Datos recogidos del III Congreso de Personas Mayores de Castilla y León, Mayo 2006

Esta especial configuración de la ubicación geográfica de los habitantes de la provincia tiene una serie de repercusiones claras cuando se plantea el tema de la planificación de los recursos, el acceso a los mismos y el análisis coste/usuario, especialmente importantes cuando se trata de recursos dirigidos a la atención a la dependencia que requieren un nivel más o menos alto de especialización. Las consecuencias más notables de esta ruralización en Castilla y León pueden resumirse en las siguientes ideas:

- 1- La necesidad de que exista una amplia red de recursos que atienda las necesidades de los personas dependientes cerca de sus contextos de referencia, con el objeto de evitar el desarraigo social y familiar, en coherencia con las recomendaciones científicas acerca de mantener a las personas mayores en sus entornos habituales el mayor tiempo posible.
- 2- Estos recursos, al tener que atender a grupos no especialmente numerosos, no pueden adquirir grandes dimensiones, con lo que se incrementa sustancialmente el coste de los mismos.

- 3- En los recursos de tipo comunitario de carácter diurno se acrecienta el problema del acceso y transporte de los usuarios que requieren en no pocas ocasiones trayectos diarios de cierta consideración para su utilización.
- 4- La dispersión poblacional y el despoblamiento, ocasiona que un mismo profesional atienda un volumen de casos significativamente inferior al que podría atender en contextos urbanos, debido al tiempo que requiere el desplazamiento entre localidades y el menor volumen de población que puede atender.

II.2. SOLEDAD Y DISCAPACIDAD

Otro de los fenómenos más relevantes en esta población, en lo que se refiere al riesgo de necesidades de atención no cubiertas, es el de la soledad.

Estos datos son relevantes si se considera el hecho de que vivir solo conlleva mayor vulnerabilidad al ver afectada la calidad de vida ante factores que tendrían una incidencia menos importante en el caso de vivir acompañado, como por ejemplo los efectos de accidentes domésticos, la realización de gestiones personales, cuidado del hogar o aseo personal, actividades de ocio.

Si además la persona reside en una pequeña localidad, con mayores dificultades de acceso a los recursos, esta vulnerabilidad puede aumentar.

II.2.1. El papel de la familia en la atención a la dependencia

La atención a las personas dependientes ha sido realizada tradicionalmente por las familias. Si en algún sitio ha sido especialmente relevante esta función ha sido en las pequeñas localidades del entorno rural donde, generalmente, la escasez o limitación de los recursos asistenciales hacían imprescindible este papel de la familia.

El perfil más abundante de los cuidadores viene definido por ser un mujer en torno a los 53 años, casada, con estudios primarios, y cuya actividad principal son las tareas del hogar.

En cuanto al perfil de las personas que reciben ayuda, su edad media es de 80 años, en el 69% de los casos son mujeres. Además, el 95% de las personas atendidas padecen alguna enfermedad o siguen algún tipo de tratamiento

A continuación, se indican otros datos que pueden resultar significativos:

- La frecuencia de la atención es permanente en el 77,2% de los casos.
- Las tareas domésticas, las actividades cotidianas, los cuidados personales o el conjunto de las tres es el tipo de ayuda que con más frecuencia se presta.
- En el 48,4% de las situaciones la persona vive permanentemente en casa del cuidador.
- El 50% de los cuidadores son hijas y el 12% esposas.

Además hay que considerar que, en Castilla y León, en torno al 15% de las personas con dependencia reciben cuidados de una empleada de hogar.

Respecto a los datos que aportó el Estudio de Evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio realizado en 2003 por la Gerencia de Servicios Sociales se puede destacar:

- Un porcentaje significativo de los casos son parejas (30,6%) y la mayoría tienen edades entre los 70 y los 85 años, con lo que en muchos casos la ayuda domicilio se dirige a más de un usuario.
- Los usuarios no presentaban un perfil de gran dependencia en actividades básicas pero sí en las instrumentales, especialmente las que requieren esfuerzo o desplazamiento fuera del hogar, y las referentes a las tareas de casa.

Más concretamente en la provincia de León, podemos observar que existe un total de 16.054 personas que reciben asistencia personal. De estas, el 76,29 % son mujeres, posiblemente debido al mayor índice de esperanza de vida de éstas. Entre los cuidadores más frecuentes podemos encontrar a los cónyuges, con un 45,60% entre los hombres que reciben esta asistencia, y a las hijas con un 41,95% entre las mujeres. Todo ello lo podemos comprobar en la siguiente Tabla, así como el pequeño porcentaje que ocupan los servicios sociales en el desarrollo de esta labor, concretamente el 1,25% del total.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

Personas con discapacidad / relación cuidador principal.			
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Cónyuge	3.518	1.736	1.782
Hija	6.184	1.046	5.138
Hijo	1.346	259	1.087
Hermana	323	0	323
Hermano	97	0	97
Madre	0	0	0
Padre	0	0	0
Otro Pariente	2.210	381	1.829
Empleado/Amigo/Vecino	955	230	725
Servicios Soc.	201	0	201
Otra Relación	458	0	458
No consta	763	155	608
Total	16.055	3.807	12.248

En cuanto al número de horas semanal que reciben esa atención necesaria, en la siguiente tabla podemos comprobar cómo el 19,07% de la población dependiente de la provincia de León, recibe una atención de menos de 7 horas semanales, mientras que el 49,41% requiere una atención superior a las 40 horas semanales.

Personas con discapacidad / horas de dedicación del cuidador							
Tiempo semanal en horas							
	Total	Menos de 7	De 7 a 14	De 15 a 30	De 31 a 40	Más de 40	No consta
Varones	3.807	973	453	400	0	1.826	155
Mujeres	12.247	2.088	1.439	627	1.313	6.108	672
Total	16.054	3.061	1.892	1.027	1.313	7.933	827

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Contacto: INE. Email: www.ine.es/infoine. Internet: www.ine.es.

Copyright INE 2006

Tal como se muestra en la siguiente tabla, son cinco las actividades en las que hay un mayor número de personas que necesitan ayuda:

- Hacer gestiones
- Hacer la compra

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Ir al médico
- Hacer las Tareas domésticas
- Preparar comidas.



Si nos fijamos en la distribución de las necesidades, podemos observar que la proporción de personas que necesitan ayuda es inversa a la intensidad de la dependencia. Parece que el alcanzar determinadas edades tiene su coste, que conlleva la pérdida de capacidades de “independencia” personal, primero en el ámbito social (salir al exterior), seguido por los cuidados personales y el aseo personal.

En cuanto el análisis de las necesidades por sexo, de las 21 actividades analizadas en este estudio realizado por el IMSERSO en el 2004, solo en cuatro existen diferencias significativas entre hombres y mujeres: las mujeres necesitan en mayor medida ayuda

para hacer las gestiones, utilizar el transporte público y salir a la calle; los hombres, para preparar la comida. Estas diferencias pueden tener que ver con un reparto tradicional de roles.

Actividades para las que necesita ayuda según género			
	Total	Hombre	Mujer
Hacer Gestiones	93,2	90,8	94,3
Preparar comidas	86,4	91,3	84,3
Utilizar el transporte público	81,9	75,4	85,0
Salir a la calle	77,6	70,0	81,1
Total (absolutos)	1.504	466	1.036

III. EL SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO.

El servicio de Comedor a Domicilio se concibe como un servicio específico destinado al colectivo pacientes afectados por una Insuficiencia Renal Crónica de la Provincia, que tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida y convivencia de los usuarios en su propio hogar y en su comunidad, evitando internamientos innecesarios y garantizándoles una nutrición adecuada y saludable. Se concibe como una dispensación de comida a domicilio a los beneficiarios del mismo, según las normas establecidas.

Va encaminado a la manutención de aquellas personas que, pudiendo desarrollar una vida autónoma, necesitan de ayuda en algún aspecto de su vida cotidiana.

En especial a aquellos municipios pequeños, cercanos a la capital de provincia, con un alto porcentaje de pacientes, la mayor parte de las cuales se encuentran en buen estado de salud, aunque su edad avanzada o soledad hacen conveniente que reciban ayuda domiciliaria, en este caso de manutención.

Se trata de completar los programas de Ayuda Domiciliaria en este caso con la manutención. De esta forma, las personas afectadas por una Insuficiencia Renal Crónica podrán continuar en sus pueblos sin necesidad de desplazarse a otros recursos especializados.

Por otro lado, al llevarles la comida, se lleva a cabo una comprobación del estado físico y psíquico del paciente.

III.1. ASPECTOS FUNDAMENTALES A TENER EN CUENTA:

- La edad.
- El grado de dependencia:
- La situación económica: de manera que quien más recursos económicos tiene, más contribuye al coste del servicio, y quienes cuenten con menos recursos, aportarán menos. Es decir, se trata de discriminación positiva.
- La situación social: situaciones de soledad, y aislamiento: personas que muchas veces se encuentran fuera de la red normalizada de atención. No acuden a los centros específicos, y no es fácil el acceso de los Trabajadores Sociales a su casa.

Con todo ello, se pretende, retrasar y prevenir la dependencia, y sus consecuencias negativas, y contribuir a que los pacientes envejecan con la mejor calidad de vida posible.

Por otra parte se obtendría una rentabilidad social, ya que la implantación del programa permitiría conseguir una serie de mejoras que repercutirían directamente sobre el beneficiario. De este modo, con su prestación diaria se conseguiría:

- ✓ Proporcionar una dieta nutricionalmente correcta.
- ✓ Mantener unos hábitos alimenticios adecuados al estado de salud global de la persona, proporcionando una dieta equilibrada y prescrita médicamente, adecuada a las afecciones que sufra el usuario. Al ser las personas mayores los principales beneficiarios del programa, no hay que olvidar que la mayoría de ellos presentan carencias en el consumo de proteínas de origen animal, productos lácteos y verduras, bien por motivos económicos, bien por hábitos culinarios o por incapacidad física, sin olvidar que los mayores que viven solos se vuelven más inapetentes.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- ✓ Evitar riesgos de accidentes que puedan surgir al tener el usuario que realizar las tareas que lleva aparejada la preparación de la comida, como puede ser la realización de la compra, el contacto con el fuego, el gas..., teniendo en cuenta las circunstancias específicas de deterioro físico, psíquico, invalidez o dependencia propias de cada beneficiario.
- ✓ Economizar la prestación del S.A.D. dedicando el tiempo que el auxiliar invertía en estas tareas en la realización de otras de carácter social.
- ✓ Disminuir el riesgo de contraer enfermedades y carencias que suelen pasar desapercibidas, pero que minan la salud y disminuyen la energía.

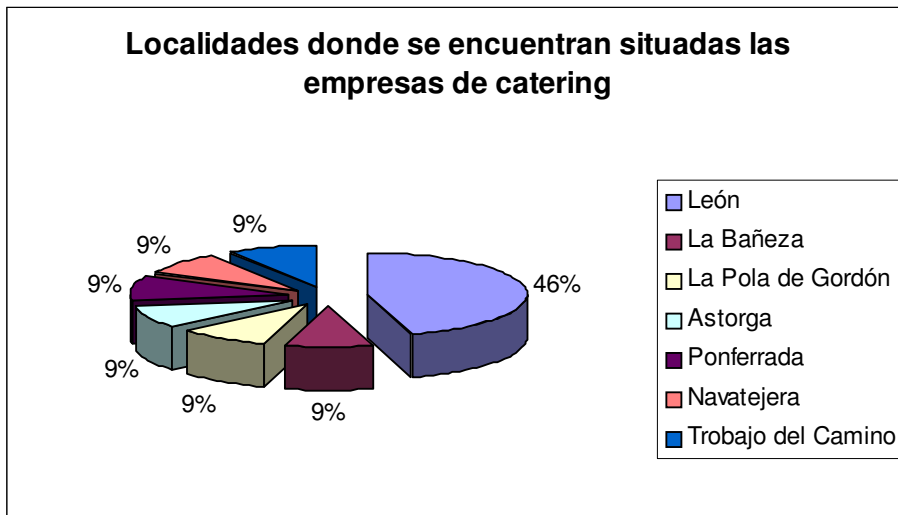
En la actualidad son cerca 31 el número de Ayuntamientos de toda España que han implantado este servicio en sus Municipios respectivos. Comunidades Autónomas como Galicia, Andalucía, Madrid, Aragón, Castilla la Mancha, Asturias, Extremadura, Islas Baleares, el País Vasco y Castilla y León, incluyen el servicio de comida domicilio dentro de la programación de los Servicios Específicos para Personas Mayores.

➤ **Empresas de Catering en la Provincia de León**

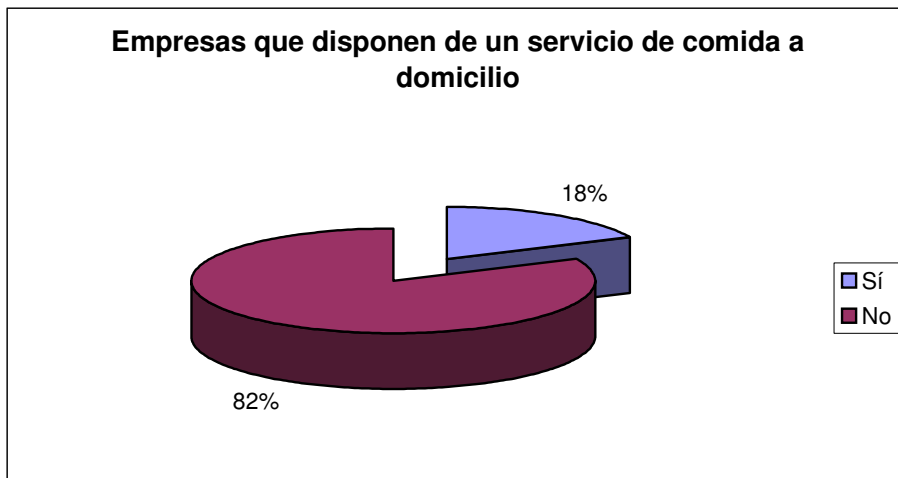
Empresas de Catering de la provincia de León								
	Localidad	SCD	Interesados	SCD	M.Dieta	Carta menús	Recogida envases	Menú día (€)
Elena Cadenas Rodríguez	León	Sí			Sí	No	Sí	6,5
Leacaser	La Bañeza	Sí			Sí	No	Sí	>10 y <30
Restauración Noroeste	Astorga	No	Sí		Sí	No	No	11
Procole	Trobajo del Camino	No	No					
Gesco Foods	León	No	No					
Hosteleón Catering	León	No	Sí		Sí	No	No	7
Catering de Celis	Navatejera	No	Sí		Sí	No	No	10
Restauración Colectiva	León	No	No					
Díaz y Castañón	La Pola de Gordón	No	Sí		Sí	No	No	10
Isamar	León	No	No					
Cat & Rest	Ponferrada	No	Sí		Sí	No	No	7

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

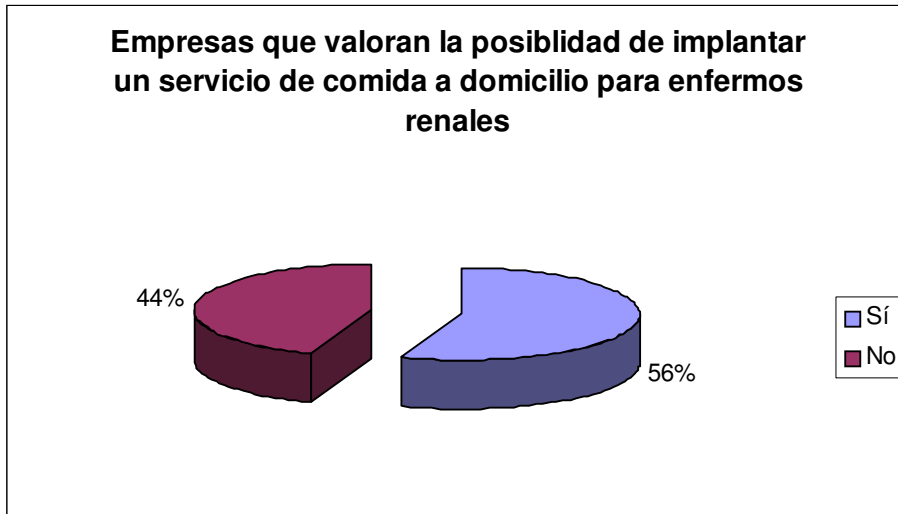
- Son 11 las empresas localizadas en la provincia de León que se dedican al Servicio de Catering. 5 de ellas se encuentran situadas en la capital leonesa, el resto se distribuyen a lo largo de la Provincia: Navatejera, La Pola de Gordón, Trobajo del Camino, Astorga, Ponferrada, La Bañeza.



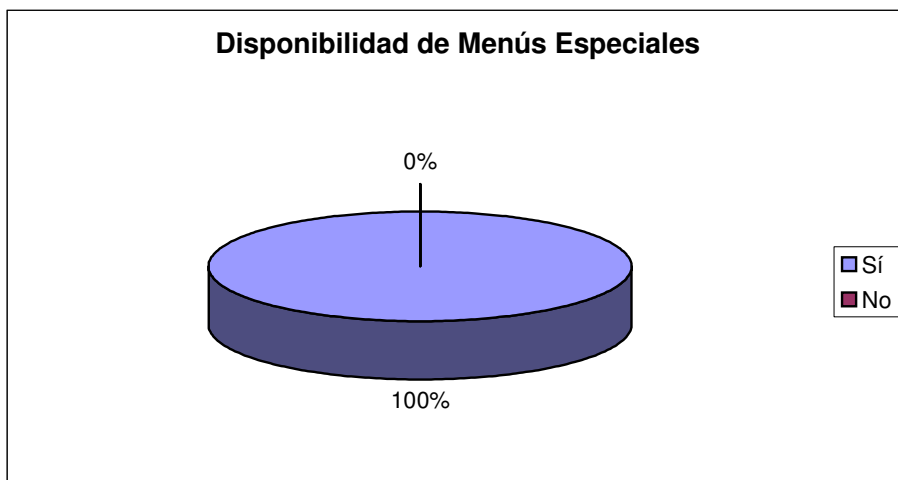
- Del total de las empresas de catering de la provincia, 2 llevan de manera habitual un Servicio de Comida a Domicilio a particulares.



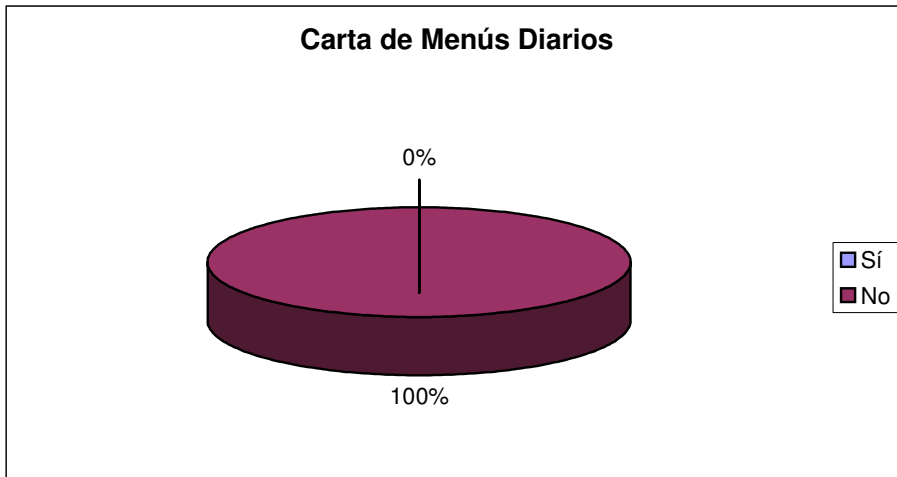
- De las 9 restantes, tan solo 5 se plantearían la posibilidad de llevar a cabo un Servicio de Comida Dietética a Domicilio para enfermos renales.



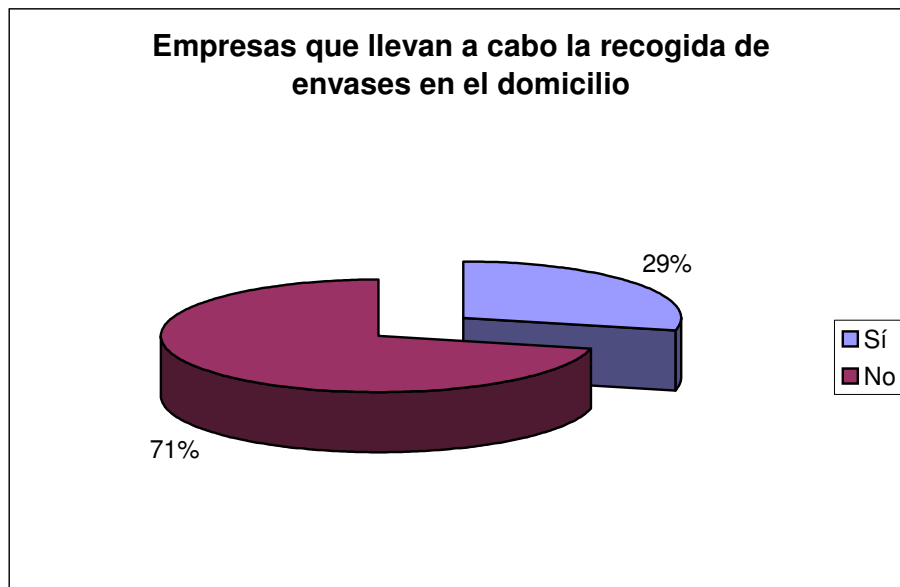
- Del total de las empresas que ofrecen, o podrían ofrecer un servicio de comida a domicilio, la totalidad tienen capacidad para elaborar menús dietéticos adaptados a las condiciones nutricionales de los enfermos renales



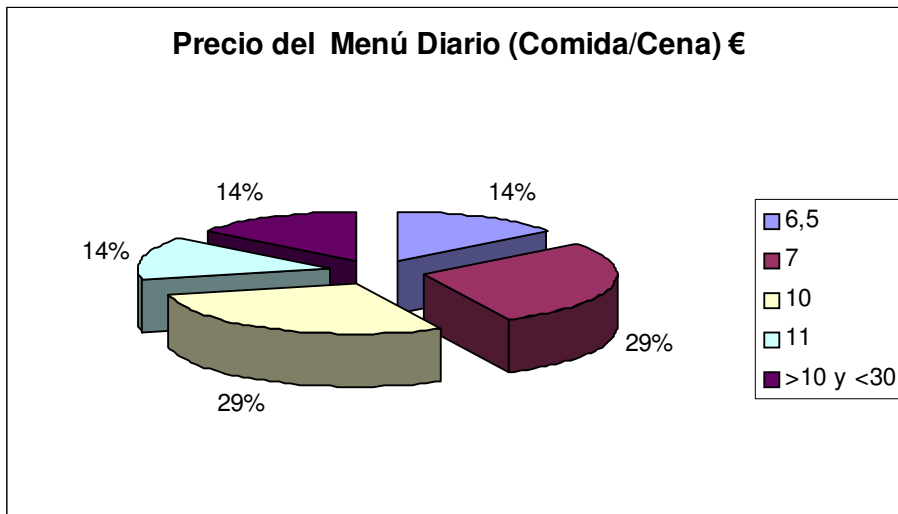
- Entre las empresas que ofrecen u ofrecería este tipo de servicio, no existe una carta de menús diarios. Los menús se elaborarían semanalmente, teniendo en cuenta las necesidades nutricionales de los usuarios del servicio, asegurando de esta forma, un equilibrio alimentario adecuado.



- Tan solo las dos empresas que ofrecen en estos momentos el servicio de comida a domicilio, recogen los envases vacíos al finalizar el servicio semanal. El resto, emplearía materiales desechables.



- El precio del menú diario ofrecido por las empresas de Catering, incluyendo comida y cena varía entre 6,5 € y algo menos de 30 €. Aunque la mayoría oscila entre 7 y 10 €.



✓ **CAT & REST** (Ponferrada)

- Dirección: Avda/ Portugal Km 3,4
- Localidad: Ponferrada
- Teléfono: 987 40 96 58
- Catering
- No disponen de servicio de comida a domicilio
- Distribuyen a centros escolares, residencias y centros de trabajo
- Disponen de menús especiales
- La comida está pasteurizada
- Los envases son desechables y se calientan en el microondas.
- Precio menú día: 7 €, el pago es por anticipado.
- Están interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a Domicilio para enfermos renales.

✓ **RESTAURACIÓN COLECTIVA** (León)

- Dirección: C/ Lope de Vega 12
- Localidad: León
- Teléfono: 987 22 50 80
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- No disponen de cocina central en León.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- En la provincia de León solo gestionan el personal y la elaboración de comidas en las cocinas de los centros escolares y residencias.

✓ **HOSTELEÓN CATERING**

- Dirección: Avda/ Mariano Andrés 114
- Localidad: León
- Teléfono: 987 20 05 47
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- Están interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a Domicilio para enfermos renales. en función del número de usuarios y la duración del servicio.

✓ **CATERING DE CELIS**

- Dirección: C/ Fontanilla 1
- Localidad: Navatejera
- Teléfono: 987 28 52 11
- No disponen de un Servicio de Comida a Domicilio
- Distribuyen a centros escolares, y residencias.
- Disponen de menús especiales
- La comida está pasteurizada
- Los envases son desechables y se calientan en el microondas.
- Están interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a Domicilio para enfermos renales.

✓ **ELENA CADENAS RODRÍGUEZ**

- Dirección: C/ Satiesteban y Osorio nº 19
- Localidad: León
- Teléfono: 987 21 05 89
- Catering
- Disponen de un Servicio de Comida a Domicilio para particulares, se lleva a cabo a diario o cada dos días.
- Tienen menús específicos
- Comida pasteurizada
- Envases desechables que se calientan en el microondas.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Precio Menú diario: 6,50 €
- Están interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a Domicilio para enfermos renales. El precio variaría en función del número de usuarios, la duración del servicio y el tipo de menú.
- En función de una tabla alimentos elaborarían los menús semanales variados.

✓ **LEACASER S.L.**

- Dirección: C/ Estación nº 4, 1º C
- Localidad: La Bañeza
- Teléfono: 987 64 13 04
- Disponen de un Servicio de Comida a Domicilio, se lleva a cabo a diario o cada dos o cada dos días.
- Tienen menús específicos
- Los envases se recogen al día siguiente
- El coste del servicio depende del número de usuarios del mismo
- Estarían interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a domicilio para enfermos renales.

✓ **RESTAURACIÓN NOROESTE**

- Dirección: Ctra. Madrid – La Coruña
- Localidad: Astorga
- Teléfono: 987 60 40 83
- Tienen la sede en Madrid
- En la provincia de León no tienen servicio de Comida a Domicilio
- En otros municipios, entre ellos Madrid, llevan el servicio de Comida a Domicilio Concertado del Ayuntamiento.
- La comida está pasteurizada
- Los envases son desechables, para calentar en el microondas
- El coste de la comida es de 11 €/ diarios
- El microondas se deja en depósito para aquellos usuarios que no dispongan de él.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Los menús se entregan una vez a la semana, en envases de distinto color y con el día de la semana en el que deben ser abiertos.
- La valoración de cada caso se realiza por una Trabajadora Social, la cual determina si el usuario está capacitado para calentar él mismo la comida, o si es necesario que se realice una entrega diaria de la comida.
- El repartidor mete directamente los envases en el frigorífico para no romper la cadena de frío, al mismo tiempo que responde cualquier duda que tenga el usuario del servicio sobre cómo preparar la comida.
- Los vehículos de transporte son Isotermos.
- Estarían interesados en ofertar un Servicio de Comida Dietética a domicilio para enfermos renales.

✓ **PROCOLE**

- Dirección: C/ Eduardo Contreras nº 3, bajo
- Localidad: Trobajo del Camino
- Teléfono: 987 80 52 53
- Catering
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- No consideran la posibilidad de llevar a cabo un Servicio de Comida a Domicilio para enfermos renales

✓ **GESCO FOODS S.L.**

- Dirección: C/ Luis Carmona
- Localidad: León
- Teléfono: 987 80 52 90
- Catering
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- No valoran la posibilidad de llevar a cabo un Servicio de Comida a Domicilio para enfermos renales

✓ **ISAMAR**

- Dirección: C/ Alférez Provisional

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Localidad: León
- Teléfono: 669 789 426
- Catering
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- No valoran la posibilidad de llevar a cabo un Servicio de Comida a Domicilio

✓ **DÍAZ Y CASTAÑÓN**

- Dirección: Av/ Constitución 127
- Localidad: La Pola de Gordón
- Teléfono: 987 58 80 49
- No disponen de Servicio de Comida a Domicilio
- No valoran la posibilidad de llevar a cabo un Servicio de Comida a Domicilio

III.2. OBJETIVOS

El servicio persigue la consecución de los siguientes objetivos

- Potenciar la autonomía personal y la integración del usuario en su entorno familiar habitual.
- Incrementar la calidad de vida de los mayores.
- Evitar, en la medida de lo posible, institucionalizaciones innecesarias, a través del ingreso en residencias.
- Contribuir a proporcionar una alimentación adecuada a las personas mayores, evitando el deterioro de sus condiciones de vida y favoreciendo la prevención de posibles trastornos de salud derivados de alimentación insuficiente o dietas poco equilibradas.

III.3. CONTENIDO

El servicio de Comida a Domicilio se concretará en la realización de las siguientes prestaciones:

- Dispensación de comida a domicilio en formato desechable, una vez al día, coincidiendo con el horario del almuerzo. Se entregará menú completo con primer plato, segundo plato, postre y pan.

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Traslado de la comida al domicilio del usuario en recipientes desechables adecuados para
- Regímenes especiales atendiendo a las necesidades de cada usuario (dieta para hipertensos, diabéticos, etc)

En cuanto a la composición de los alimentos destinados a los usuarios, debe cumplir además de los requisitos nutricionales que ya se han contemplado en la realización de este estudio, los siguientes:

- ✓ Ser completa y equilibrada
- ✓ Tener una presentación atractiva
- ✓ Ser variada y adaptada a las necesidades de los usuarios
- ✓ Estar convenientemente preparada y condimentada.

III.4. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del servicio de Comedor a Domicilio serán

- Pacientes afectados por una Insuficiencia Renal Crónica.
- Aquellos miembros de la unidad de convivencia que dependan directamente del solicitante, en situaciones excepcionales.

Siempre que se encuentren empadronados en el municipio y, estando en situación de alguna dependencia, no puedan por sus propios medios realizar la compra de alimentos y elaboración de la comida.

III. 4.1. Derechos y deberes de los beneficiarios

➤ **Los beneficiarios tendrán derecho a:**

- Recibir la prestación en la forma establecida
- Ser atendidos con eficacia y respeto a su individualidad
- Ser informados de las condiciones bajo las que se presta el Servicio de Comida a Domicilio para Pacientes con una Insuficiencia Renal Crónica.

➤ **Los beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones:**

- Aceptar y cumplir la normativa establecida en la prestación del servicio
- Satisfacer la cuota que corresponda por aportación del beneficiario que será determinada por el Excmo. Ayuntamiento.
- Facilitar la labor de los distintos profesionales que intervienen en la prestación del Servicio de Comida a Domicilio.

III.5. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

III.5.1. Calendario

La entrega semanal se realizará un día a la semana. Llevándose a cabo en recipientes específicos pasteurizados y preparados para que aguanten.

El servicio se prestará durante todo el calendario anual excepto los días 25 de Diciembre y 1 de Enero. El servicio de los domingos podrá ser entregado los sábados en recipientes específicos.

III.5.2. Horarios

El servicio se prestará una vez a la semana, a lo largo de toda la mañana, y como máximo hasta las trece horas, para respetar los horarios de almuerzo de las personas mayores.

El repartidor enseñará al usuario o persona responsable el procedimiento correcto para preparar los alimentos y dispondrá en el frigorífico los recipientes. Además retirará los alimentos caducados y revisará la temperatura de la nevera.

III.5.3. Adjudicación del servicio

Serán la Comisión designada para tal función, de ALCER - LEON, los que una vez detectada la necesidad o recogida la demanda, harán la valoración, aplicarán el baremo de aportación económica de los usuarios, y darán de alta al usuario en el servicio.

Las concesiones serán notificadas de forma expresa al beneficiario. Esta resolución deberá contener los siguientes aspectos:

- Puntuación obtenida

- Duración de la prestación
- Precio a satisfacer por el/la interesado/a por la prestación del servicio.

III.5.4. Normas de gestión.

El servicio se facturará por la empresa concesionaria a mes vencido y las tarifas se satisfarán en los cinco primeros días de cada mes a partir de la recepción de la correspondiente factura, en la forma y condiciones que se acuerden.

III.6. EJEMPLOS DE MENÚS

III.6.1. MENÚ pacientes dializados

- > Desayuno
 - Leche (150 g)
 - Pan con sal (50 g)
 - Margarina (10 g)
 - Mermelada (30 g)
 - Azúcar (10 g)
 - Lechuga (remojo) (30 g)
 - Melocotón en lata (150 g)
 - Pan con sal (30 g)
- > Media mañana
 - Pan con sal (25 g)
 - Queso de nata (20 g)
 - Tomate (20 g)
- > Comida
 - Lentejas estofadas
 - Filete de ternera (820 g)
 - > Merienda
 - Leche (100 g)
 - Bizcocho (70 g)
 - Azúcar (10 g)
 - > Cena
 - Sopa de ajo
 - Croquetas
 - Tortilla (1 huevo)
 - Yogurt
 - Pan con sal (30 g)

III.6.2. MENÚ pacientes dializados diabéticos

- > Desayuno
 - Leche desnatada / café (150 g)
 - Margarina (10 g)
 - Pan blanco con sal (40 g)

- > Media mañana
 - Manzana (100 g)
- > Comida
 - Patatas guisadas con carne
 - Ensalada de lechuga (50 g)
 - Aceite (10 g)
 - Pan (40 g)
 - Queso de Burgos (30g)
- > Merienda
 - Pan (40 g)
 - Jamón de York (50 g)
- > Cena
 - Sopa de fideos
 - Revuelto de espinacas y gambas
 - Pan (40 g)
 - Pera (100 g)

III.6.3. Recetas

La preparación de los alimentos se lleva a cabo según las indicaciones señaladas en los códigos que se muestran a continuación:

- **R:** El alimento se pondrá troceado en abundante agua la noche antes a su consumo, se cambiará el agua cuantas veces sea posible.
- **C:** El alimento se cocerá antes de guisarlo, dando uno o dos hervores en abundante agua.



PLATOS ÚNICOS

- > *Alubias con almejas*
 - Alubias (25 g) **R / C**
 - Almejas (15)
 - Cebolla (50 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Aceite (10 g)
 - Ajo y perejil (5 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, perejil, laurel (5 g)
- > *Alubias con gallina*
 - Alubias (25 g) **R / C**
 - Gallina (75 g)
 - Cebolla (15 g)
 - Puerro (10 g)
 - Lentejas (25 g) **R / C**
 - Patata (20 g) **R / C**
 - Puerro (10 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Ajo (5 g)
 - Carne picada (50 g)
 - Aceite (10 c.c.)

- **Patatas guisadas con carne**
 - Patatas (100 g) **R / C**
 - Carne de ternera (75 g)
 - Cebolla (20 g)
 - Puerro (10 g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, perejil, laurel y pimentón (5 g)
- **Ensaladilla Rusa**
 - Patata (100 g) **R / C**
 - Zanahoria (15 g) **R / C**
 - Aceitunas (20 g)
 - Guisantes congelados (20 g)
 - Espárragos de lata (50 g)
 - Bonito de lata (50 g)
 - Salsa Mayonesa (1 ración)
- **Pote asturiano**
 - Alubias (25 g) **R / C**
 - Patatas (50 g) **R / C**
 - Verdura (50 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Jamón Serrano (5 g)
 - Chorizo (10 g)
 - Morcilla (10 g)
- **Menestra de verduras con carne**
 - Guisantes congelados (50 g) **C**
 - Zanahorias congeladas (50 g) **C**
 - Judías verdes congeladas (50g) **C**
 - Patata (30 g) **R / C**
 - Carne de ternera (60 g)
 - Cebolla (10 g)
 - Puerro (10 g)
 - Ajo y perejil (5 g)
- Aceite (10 c.c.)
- **Arroz con pollo:**
 - Arroz (100 g)
 - Pollo (75 g)
 - Ajo, perejil (5g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Arroz con rape
 - Arroz (100 g)
 - Rape (100 g)
 - Almejas (15 g)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Cocido de garbanzos**
 - Garbanzos (25 g) **R / C**
 - Patata (20 g) **R / C**
 - Zanahoria (20 g) **R / C**
 - Cebolla (10 g)
 - Puerro (10 g)
 - Chorizo (10 g)
 - Jamón (20 g) **R**
 - Carne de ternera (50 g)
 - Pasta (15 g)
- **Macarrones con carne**
 - Macarrones (75 g)
 - Carne picada (75 g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, perejil, pimentón (5 g)
- **Marmitako**
 - Patatas (100 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Tomate (50 g)
 - Bonito (50 g)
 - Ajo, perejil (5 g)

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Vino blanco (10 c.c.)
- Aceite (10 c.c.)
- **Fideua**
 - Pasta (50 g)
 - Salmón (50 g)
 - Gambas (20 g)
 - Almejas (10 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, perejil (5 g)
- **Patatas con rape**
 - Patatas (100 g) **R / C**
 - Zanahoria (10 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Rape (100 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, perejil, pimentón (5 g)
- **Arroz con chipirones**
 - Arroz (100 g)
 - Chipirones (100g)
 - Cebolla (20 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Aceite (10 g)
- **Arroz con huevo y tomate**
 - Arroz (100 g)
 - Huevo frito (1)
 - Salsa de tomate (una ración)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Paella
 - Arroz (100 g)
 - Chipirones (30 g)
 - Almejas (5 g)
 - Gambas (20 g)
 - Mejillones (3 g)
 - Ajo, y perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)



PRIMEROS PLATOS

- **Sopa de ajo**
 - Pan con sal (15 g)
 - Ajo y pimentón (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Huevos (medio huevo)
 - Puerro (10 g) **R**
- **Sopa de fideos**
 - Caldo de carne
 - Fideos (15 g)
- **Sopa de pescado**
 - Rape (40 g)
 - Gambas (20 g)
 - Almejas (5 g)
- **Sopa de Hígado**
 - Pan con sal (15 g)
 - Hígado (50 g)

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Ajo y pimentón (5 g)
- Aceite (10 g)
- **Puré de guisantes**
 - Guisantes congelados (100 g)
 - Patata (40 g) **R**
 - Puerro (15 g)
 - Margarina (10 g)
 - Leche (75 c.c.)
- **Puré de patata**
 - Patata (100 g) **R / C**
 - Ajo y perejil (5 g)
- **Crema de espinacas**
 - Espinacas congeladas (5 g) **C**
 - Zanahoria (10 g) **R**
 - Puerro (20 g) **R**
 - Patata (30 g) **R**
 - Nata líquida (20 g)
- **Gazpacho**
 - Tomate (50 g)
 - Pepino (30 g)
 - Cebolla (10 g)
 - Pan con sal (10 g)
 - Aceite y vinagre (10 c.c.)
- **Guisantes con jamón**
 - Guisantes congelados (100 g) **C**
 - Ajo (5 g)
 - Jamón (20 g) **R**
 - Aceite (10 g)
- **Judías verdes con jamón**
 - Judías (100 g) **R / C**
 - Jamón (10 g)
 - Pimiento (10 g)
- Puerro (10 g)
- Cebolla (20 g)
- Ajo, perejil (5 g)
- Aceite (c.c.)
- **Lentejas estofadas:**
 - Lentejas (25 g) **R / C**
 - Patata (20 g) **R / C**
 - Zanahoria (10 g) **R / C**
 - Puerro (10 g)
 - Cebolla (20 g)
 - Chorizo (10 g)
 - Jamón (5 g)
 - Ajo (5 g)
 - Aceite (10)
- **Coliflor con Besamel:**
 - Coliflor (100 g) **R / C**
 - Besamel (1 ración)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Queso rallado (5 g)
 - Macarrones con tomate
 - Macarrones (75 g)
 - Salsa de tomate (1 ración)
- **Coliflor al ajo arriero**
 - Coliflor (100 g) **R / C**
 - Aceite (10 g)
 - Ajo, perejil, pimentón, vinagre (5 g)
- **Espinacas con besamel**
 - Espinacas congeladas (100 g) **C**
 - Besamel (1 ración)
 - Ajo (5 g)
 - Queso rallado (5 g)
- **Macarrones con nata y queso**

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Macarrones (75 g)
- Nata líquida (50 g)
- Ajo, perejil (5 g)
- Queso rallado (5g)
- **Pisto**
 - Calabacín (80 g) **R / C**
 - Cebolla (30 g)
 - Pimiento (20g)
 - Puerro (10 g)
 - Tomate (50 g)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Garbanzos y espinacas**
 - Garbanzos (25 g) **R / C**
 - Patata (20 g) **R**
 - Zanahoria (10 g) **R**
 - Espinaca congelada (50 g) **C**
 - Ajo (5 g)
 - Cebolla (10 g)
- **Alubias de color estofadas**
 - Alubias (25 g) **R / C**
 - Patata (20 g) **R**
 - Zanahoria (20 g) **R**
 - Puerro (10 g)
 - Cebolla (20 g)
 - Chorizo (10 g)
 - Jamón (5 g)
- Aceite (10 c.c.)
- **Alubias negras y arroz**
 - Alubias (25 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Arroz (50 g)
 - Ajo (5 g)
- **Carne asada**
 - Carne de ternera (100 g)
 - Puerro (10 g)
 - Cebolla (30 g)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo, coñac, perejil (5 g)
- **Albóndigas**
 - Carne picada (75 g)
 - Miga de pan (15 g)
 - Huevo (medio huevo)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Cebolla (40 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Harina
 - Aceite (20 c.c)
- **Hígado encebollado**
 - Hígado (100 g)
 - Cebolla (50 g)
 - Ajo, pimentón, perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)



SEGUNDOS PLATOS

- **Huevos con besamel**
 - Huevo (uno)
 - Bonito de lata (30 g)
 - Ketchup (10 g)
 - Besamel (1 ración)

- **Pollo en salsa**
 - Pollo (100 g)
 - Cebolla (40 g)
 - Puerro (10 g)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Merluza a la cazuela**
 - Merluza (100 g)
 - Cebolla (40 g)
 - Ajo y perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Croquetas de huevo y jamón**
 - Besamel (1 ración)
 - Jamón (10 g)
 - Huevo (medio huevo)
- **Tortilla de patata**
 - Patata (100 g) **R**
 - Cebolla (30 g)
 - Huevo (un huevo)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Huevos a la mimosa**
 - Huevo (un huevo)
 - Bonito de lata (30 g)
 - Ketchup (10 g)
 - Mayonesa (1 ración)
- **Mejillones a la marinera**
 - Mejillones (50 g)
 - Cebolla (40 g)
 - Ajo, pimentón, harina (5 g)
 - Vino blanco (10 c.c.)
- Aceite (10 c.c.)
- **Almejas a la marinera**
 - Almejas (30 g)
 - Cebolla (40 g)
 - Ajo, perejil, harina (5 g)
 - Vino blanco (c.c.)
 - Aceite (c.c.)
- **Gambas al ajillo:**
 - Gambas peladas (100 g)
 - Ajo y perejil (5 g)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Revuelto de espinacas y gambas**
 - Espinacas congeladas (50 g) **C**
 - Gambas (50 g)
 - Huevo (un huevo)
 - Aceite (10 c.c.)
 - Ajo (5 g)
- **Berenjenas rellenas**
 - Berenjenas (50 g) **R / C**
 - Cebolla (20 g)
 - Puerro (10 g)
 - Pimiento verde (10 g)
 - Jamón (10 g)
 - Ajo, perejil (5 g)
 - Carne picada (75 g)
 - Aceite (10 c.c.)
- **Callos**
 - Callos (200 g)
 - Jamón serrano (10 g)
 - Chorizo (10 g)
 - Aceite, pimentón (10 g)
- **Canelones**

Posibilidades de incorporación de un servicio de comida a domicilio para enfermos renales
CAPÍTULO IV: El servicio de comida dietética a domicilio

- Carne picada (75 g)
- Miga de pan (10 g)
- Cebolla (10 g)
- Aceite (10 c.c.)
- Perejil y ajo (5 g)
- Pasta (25 g)
- Besamel (1 ración)
- Queso rallado (5 g)
- Pimientos de la lata (75 g)
- Carne picada (50 g)
- Miga de pan (10 g)
- Vino blanco (10 g)
- Cebolla (40 g)
- Puerro (10 g)
- Tomate (30 g)
- Huevo (medio huevo)
- Ajo, perejil (5 g)
- Aceite (10 c.c.)

➤ ***Pimientos rellenos***



SALSAS

➤ ***Salsa de Tomate***

- Tomate (75 g)
- Cebolla (30 g)
- Puerro (10 g)
- Ajo, perejil (5 g)
- Aceite (10 c.c.)
- Huevo (medio huevo)
- Pimiento verde (10 g)
- Vinagre (20 c.c.)
- Aceite (10 g)

➤ ***Salsa Besamel***

- Margarina (10 g)
- Harina (5 g)
- Leche entera (100 c.c.)

➤ ***Salsa Vinagreta***

- Cebolla (30 g)

➤ ***Salsa Mahonesa***

- Huevo (medio huevo)
- Aceite, vinagre (20 c.c.)

➤ ***Salsa rubia / salsa verde***

- Cebolla (50 g)
- Ajo, perejil (5 g)
- Aceite (10 c.c.)
- Harina (5 g)



POSTRES

➤ ***Natillas***

- Leche entera (100 c.c.)
- Azúcar (20 g)
- Yema de huevo (una)
- Margarina (10 g)

- Maizena, corteza limón

➤ ***Compota de manzana***

- Manzana (200 g)
- Azúcar (20 g)
- Canela, corteza de limón.

➤ **Tarta de manzana**

- Harina (60 g)
- Margarina (20 g)
- Yema de huevo (una)
- Azúcar (30 g)
- Manzana (100 g)

➤ **Suflé de melocotón**

- Clara de huevo (una)
- Mermelada melocotón (10 g)
- Azúcar (20 g)
- Azúcar caramelizada (10 g)
- Leche (100 c.c.)
- Maicena, corteza de limón

- Melocotón en almíbar (50 g)
- Yema de huevo (una)

➤ **Arroz con leche**

- Leche entera (100 c.c.)
- Arroz (30 g)
- Azúcar (20 g)
- Margarina (10 g)

➤ **Flan de huevo**

- Leche entera (100 c.c.)
- Azúcar (20 g)
- Huevo (uno)
- Canela, corteza de limón.

CAPÍTULO V: ESTUDIO DE CAMPO.

I. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA.

I.1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

Este estudio se ha llevado a cabo por el equipo de Trabajadores Sociales del Gabinete de Servicios Sociales ANATER S.L, contando con la colaboración en labores de investigación de todo el equipo multidisciplinar que compone el Gabinete.

Previamente a la realización del estudio, se creyó conveniente el envío desde la sede de la asociación ALCER – LEÓN, a los socios una carta informándoles de la investigación, los fines y objetivos de la misma, y agradeciendo de antemano su participación.

Los datos del estudio de Investigación han sido recopilados mediante las entrevistas telefónicas que se han realizado a la totalidad de los socios afectados por una IRC (Insuficiencia Renal Crónica), a lo largo de todo el mes de noviembre.

Del total de 171 socios con los que cuenta la asociación en la provincia de León, son 116 los pacientes afectados por una Insuficiencia Renal Crónica. Entre éstos 93, fueron entrevistados vía telefónica, para la realización del estudio. En cuanto a las 23 personas restantes,

- 1 de los socios se encontraba ingresado en el Hospital de León por lo que no se pudo contactar con él durante la realización del estudio
- 1 de los socios ha trasladado su lugar de residencia habitual.
- 21 personas no fueron localizadas en el domicilio tras cinco intentos de contacto en distinto horario. 7 de ellas, habían dado de baja su línea telefónica.

I.2. OBJETIVOS.

➤ Objetivo General.

Evaluación, desarrollo e implementación de los usuarios potenciales de un Servicio de Comida a Domicilio (SAD) que se pretende poner en funcionamiento desde la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales ALCER-LEÓN hacia sus socios y personas en diálisis dentro del ámbito de actuación de la asociación.

➤ **Objetivos específicos**

- Conocer las características generales de la situación actual de los socios a los que se les pretende hacer llegar el Servicio de Comida a Domicilio
- Valorar de manera exhaustiva los socios, usuarios potenciales del servicio.
- Detectar la necesidad de este Servicio de Comida a Domicilio entre los socios afectados por una Insuficiencia Renal Crónica.
- Analizar la percepción de esta necesidad por parte de los usuarios objeto del estudio.
- Recoger la información necesaria de cara a la posible implantación de un Servicio de Comida a Domicilio en la provincia de León, para las personas afectadas por una Insuficiencia Renal Crónica socios de ALCER – LEÓN.

I.3. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO.

La variable general se desglosó en una serie de variables más específicas, para de esta manera, alcanzar un conocimiento más exhaustivo del tema a investigar.

➤ **Variable General**

- Conocimiento y valoración de las características personales, familiares y nutricionales de los socios de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales ALCER-LEÓN

➤ **VARIABLES INTERMEDIAS**

a) **Características generales**

- Lugar de Residencia de los socios.
- Sexo.
- Edad

- Situación Laboral.
 - Unidad de convivencia
 - Estado civil
- b) Características de la enfermedad
- Situación Actual
 - Tipo de Diálisis
 - Tiempo Dializándose
 - Tiempo transplantado
- c) Control de la alimentación
- Importancia que concede el propio paciente a la alimentación en el tratamiento contra la IRC
 - Grado de información procedente de los Servicios Sanitarios sobre lo que debe o no debe comer el paciente afectado por una IRC
 - Grado de la información procedente ALCER-LEON sobre lo que de debe o no debe comer el paciente afectado por una IRC.
 - Control de la dieta establecida
 - Control las horas y la preparación de las comidas.
- d) Servicio de Comida Dietética a Domicilio
- La utilización de un servicio de ayuda a domicilio, y en caso de existir, si incluye o no la elaboración de comidas.
 - Percepción de la necesidad del Servicio de Comida a Domicilio.
 - Cobertura de los costes del servicio
 - Precio que puede asumir el usuario potencial del servicio.

I.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.

El estudio que se ha llevado a cabo ha sido observacional descriptivo.

Los instrumentos de análisis son

- Hoja de cálculo MS Excel 200
- Software público de análisis de datos Epi Info.

Como técnica de recogida de datos se ha utilizado la observación directa, la observación documental y entrevistas telefónicas a los usuarios potenciales del servicio.

Para las entrevistas telefónicas, se elaboró un cuestionario (ANEXO II) en el que se hacía referencia a las variables específicas anteriormente señaladas para su posterior estructuración y elaboración de las tablas correspondientes

II. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las tablas y gráficos en los que se encuentran recogidos los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, y a partir de los cuales se han desarrollado las siguientes conclusiones, pueden ser consultados en el ANEXO I.

El presente estudio ha sido realizado sobre una muestra de 93 enfermos renales crónicos. Nos encontramos que el grupo de estudio está constituido principalmente por varones en una proporción de 2:1 respecto de las mujeres.

Se trata de un grupo de mediana a avanzada edad, situado en un intervalo de edad de 40 a 70 años.

Mayoritariamente pensionistas de la Seguridad Social, trabajan menos de una quinta parte, y de éstos, en su mayoría, enfermos trasplantados.

Geográficamente, están dispersos por toda la provincia de León, pero con importantes concentraciones en los núcleos más importantes y sus cinturones: León y Ponferrada.

La mayor parte de este grupo vive en pareja o con su cónyuge e hijos, no obstante existe una proporción de individuos, en torno al 8% que vive solo. Este último grupo está constituido mayoritariamente por mujeres en un intervalo de edad de 60-80 años. Este sería uno de los grupos prioritarios, hacia los que habría que dirigir el servicio de comidas debido a sus especiales características de riesgo.

En el grupo objeto de estudio, hay una alta proporción de trasplantados, en torno al 56%; estando una tercera parte realizando hemodiálisis en cuya situación se haya desde hace 2 – 6 años. Por el contrario, es escasa la proporción de sujetos sometidos a diálisis peritoneal.

El grupo de enfermos en diálisis es probablemente el que necesita llevar un mayor control dietético y el que se ve sometido a una mayor alteración de su calidad de vida, no solo por el impacto de la diálisis, sino también por el tiempo que implica.

Casi la totalidad de los enfermos están sensibilizados sobre la importancia que tiene un control dietético como parte del tratamiento de su enfermedad. Por ello, su preocupación por el control de la alimentación es media-alta.

La información que el grupo objeto de estudio ha recibido por parte de los servicios sanitarios sobre la importancia de la alimentación y el control dietético es media alta. Por el contrario, consideran la información recibida por parte de la Asociación ALCER-LEÓN en este sentido, es baja.

Se puede obtener como conclusión , que ente las actividades a realizar por la asociación, sería bien recibido por los asociados la realización de actividades de educación para la salud orientadas hacia una adecuada información nutricional.

Una alta proporción de sujetos, mantiene un control habitual de su dieta. En los casos en los que no es así, suele ser debido a la existencia de un trasplante lo que supone que la dieta sea menos estricta, se les olvida, o simplemente no tienen un régimen prescrito.

Todos los individuos realizan las tres comidas principales. Estas son elaboradas casi siempre por un familiar y en menor medida por el propio paciente. La persona que realiza la elaboración de comidas parece que dispone de la adecuada información sobre las restricciones dietéticas a su enfermedad.

En la elaboración de las comidas se vienen invirtiendo aproximadamente 1 hora.

Los horarios en los que mayoritariamente realizan las principales comidas son: de 13:00 a 15:00 para la comida, y de 20:00 a 22:00 para la cena.

Solo el 10% de los encuestados dispone de un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) bien de carácter público o privado y que excepcionalmente incluye elaboración de comidas.

De los encuestados, casi una cuarta parte estarían interesados en la implantación de un Servicio de Comida Dietética a Domicilio. Considerando que dicho servicio tendría especial repercusión en el control dietético de su enfermedad y en menor medida en la mejora de su calidad de vida.

Los interesados se encuentran homogéneamente distribuidos entre los que están en situación de diálisis, transplantados u otra situación. También en igual medida entre los que actualmente disponen de un SAD como los que no. Puesto que aquellos que disponen de él, en la mayoría de los casos no se encuentra incluido la elaboración de comidas.

El interés hacia la implantación de un servicio de comida a domicilio, es independiente de la percepción de los encuestados de su capacidad para asumir los costes derivados del mismo.

El grupo objeto de estudio los más interesados son los sujetos que generalmente viven solos o con sus padres, mostrando menor interés los que viven en pareja o con sus respectivos cónyuges. Esto es debido fundamentalmente a la existencia de alguien dentro de la unidad de convivencia que pueda ayudar y atender en la alimentación, al paciente afectado por una insuficiencia renal crónica.

La fórmula más propicia para la implementación del servicio, sería mediante el copago procedente del usuario y ciertas líneas de ayuda y subvención por parte de las instituciones. Pese a ser este el sentir mayoritario de los usuarios un pequeño grupo estaría dispuesto a asumir el coste total del servicio.

Mayoritariamente, salvo alguna excepción, los socios consideran que es desde la asociación ALCER – LEON , desde donde se debe gestionar este servicio en caso de proceder a la implantación del mismo.

Se observa cierto desajuste respecto a la estimación que los posibles usuarios hacen del coste del servicio, tanto al alza como a la baja. Otro grupo desconoce el posible coste por lo que, a través de una campaña divulgativa podría ser resuelto este problema. Existe, tanto una infraponderación del coste, como sobrevaloración del mismo.

Aunque podemos observar un porcentaje importante de sujetos que consideran podrían asumir los costes del servicio incluso sin ayuda, una proporción importante requeriría que se completase por medio de alguna ayuda o subvención.

BIBLIOGRAFÍA

- NORIEGA MORÁN, Cristina: La alimentación en Diálisis. Ed. Artes Gráficas Sesprisa. 1992
- RUSSOLILLO FEMENÍAS, Giuseppe: Comer y en diálisis y trasplante renal. Ed. Baxter S.L. 2001. Navarra.
- MORAGUES, Carlos y YSADI Lluís: La Insuficiencia Renal Crónica. Guía para pacientes y familiares. Ed. ALCER. 2004. Islas Baleares
- F. LLACH, F. VALDERRÁBANO, Insuficiencia renal crónica, Diálisis y trasplante renal, Madrid, Norman 1997.
- M. VENNEGORR, Nutrición para pacientes con insuficiencia renal crónica, Edtna-Erca, 1990.
- J. T. DAUGIRDAS, Manual de diálisis, Barcelona, mmsson 1996.
- J. A. CASAMIQUELA, Cuidados de enfermería en la insuficiencia renal, Madrid, Gellery/Healthcom, 1993.
- DOBROUSKY G. Abordaje psicologico del paciente post-trasplantado. Publicación del II
- Curso de Capacitación en Servicio del personal de enfermería en Trasplante de órganos. CUCAIBA y Esc. Superior de Sanidad. Min. De Salud Pública de Buenos Aires.
- MARTORELLI, A. Una experiencia de intervención psicologica en hemodialisis y trasplante renal. Depto. De Extension Universitaria. .B.A. 1992.
- MATESANZ.R. Actividad trasplantadora en España, 1991. Nefrología, 1: 24-32, 1991.
- MATESANZ.R . Donación y trasplante en España. Medicina Intensiva, 1 (6): 311-316, 1993.

- MATESANZ.R La política informativa de la organización nacional de trasplantes. Revista española de trasplantes, 2 (4): 184-189, 1993.
- MATESANZ.R, MIRANDA.B, FELIPE.C .Trasplante Cardíaco en España. Informe oficial de la organización nacional de trasplantes sobre su actividad durante 1992. Revista española de cardiología : , 1993.
- MIRANDA.B, FELIPE.C, NAYA.MT, FERNANDEZ LUCAS.M, GONZALEZ-POSADA .JM. Estadística. Resumen de la actividad de donación y trasplante de órganos sólidos en España. 1996. Nefrología, 17 (): 132-138, 1997.
- ALEMAN, C y GIRELA, B. “El Servicio de Ayuda a Domicilio” en Cuadernos de Servicios Sociales nº 2. Sevilla 1992.
- BARRIO V: Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1994. Nefrología 17: 365-374, 1997.
- VALDERRÁBANO, F; Tratado de hemodiálisis; Editorial médica Jims s.l; Edición 1999.
- SELLARES VÍCTOR L; Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante renal; Editorial Harcourt Brace; Edición 1998.
- SCHRIER; Nefrología; Editorial Marbán; 5ª Edición.
- BENITEZ DEL ROSARIO MA. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona, Springer, 199: 93-100
- BLANQUER GREGORI JJ, JIMÉNEZ MANSO AI, DEL POZO PUENTE K, GARCÍA GARCÍA R, BLANES MARTINEZ D, SÁNCHEZ SANTOS JC. Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes en programa de atención a domicilio. Revista Valenciana medicina de familia. 2000: 7; 46-56.

- CONTEL ET.AL.: Instrumentos de valoración multidimensional en Atención Domiciliaria. Cuadernos de Gestión. 1997.3(3); 130-136
- CONTEL SEGURA JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Atención Primaria. 2000; 25/8; 526-528.
- DIAZ ME, DOMÍNGUEZ O, TOYOS G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en Atención primaria. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1994; 29(4): 239-245.
- ESPINOSA JM ET. Al. Modelos de la organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFC. Nº 15. 2000.
- Implementación de un programa de calidad en diálisis. Revista de la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República de Argentina, Año 4, Noviembre de 2001.
- PEREZ GARCÍA, R, RODRÍGUEZ BENITEZ, P Y AYALA, J.A: Tratamiento de agua para hemodiálisis en Valderrábano, F, Editorial médica Jims, Cap 5 75-88 1999.
- LUQUE, E, BARROSO, R, LOPEZ, M, ALAPONT M, ALCONCHEL, S. Diálisis peritoneal. La realidad subjetiva de convivir con una enfermedad crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2001. 12:13-17.
- GOMEZ, A.C, SÁNCHEZ, J, OJEDA, A. Programa de entrenamiento de diálisis peritoneal. La visita domiciliaria. Experiencia de nueve años. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2000; 9: 6-10.
- SERRATO, F, PEREZ, A, OUA, M, RAMOS, J. Diálisis peritoneal: Cuando la técnica depende del familiar. Libro de Comunicaciones del XXV Congreso Nacional de la SEDEN. Oviedo 2000. pag 26.