

# Trasplantament

NÚMERO 26 ABRIL 2004

## Donació i trasplantament a Catalunya

Catalunya continua essent un referent important

Pàg. 2

## Beques i Premis de l' FCT

Convocatòries i bases

Pàg. 15

## 8è Congrés de l'SCT

Informació general

Pàg. 16

### EDITORIAL

## Directiva europea sobre teixits i cèl·lules humanes

Cada cop és més freqüent la circulació o l'intercanvi de teixits i cèl·lules entre diferents països, a través d'un espai europeu obert i sense fronteres. En aquest sentit, per garantir la màxima qualitat i seguretat dels teixits i cèl·lules destinades a l'aplicació humana, no n'hi ha prou amb una legislació apropiada a escala nacional, sinó que es fa necessari comptar amb unes normes bàsiques que siguin operatives a tota la Unió Europea. El tractat d'Àmsterdam de la Unió Europea, en el seu article 152, atorga capacitat a la Comunitat Europea per establir alts estàndards de qualitat i seguretat per a la utilització de sang i derivats, òrgans, teixits i altres substàncies d'origen humà. Recentment, el Consell Europeu i el Parlament Europeu han aprovat una nova Directiva que garantirà el compliment dels criteris bàsics de qualitat i seguretat per a l'ús de teixits i cèl·lules humanes destinades a l'ús humà en tots els Estats de la Unió. La Directiva regula l'ús de tots els teixits i cèl·lules humanes destinats a ser aplicats en humans pel que fa a les fases de donació, obtenció, verificació, processament, emmagatzematge i distribució. En el cas dels medicaments o altres productes que incorporin cèl·lules o teixits humans, regulats per una altra legislació comunitària, la Directiva s'aplicarà només per a les fases de donació, obtenció i verificació. La Directiva exclou del seu camp d'aplicació la sang y els seus derivats –sota una altra Directiva Comunitària–, els òrgans sòlids humans que necessiten una orientació diferent –motiu d'una futura Directiva–, els teixits i cèl·lules que són obtinguts i implantats en el mateix acte quirúrgic, així com aquells teixits o cèl·lules d'origen no humà. Aquesta Directiva permetrà que els criteris bàsics per a la utilització de teixits i cèl·lules, que assegurin la protecció de la salut dels ciutadans, estiguin en vigor a tota la comunitat. És, per tant, un text que tots esperàvem i celebrem, i al qual donem la benvinguda.

### SUMARI

#### ACTIVITAT DE TRASPLANTAMENT

Activitat de donació i trasplantament a Catalunya 2003..... 2

#### TEMA A REVISIÓ

Retirada d'immunosupressió i trasplantament hepàtic ..... 6

#### TEMA ESPECIAL

La formació del jutge a Espanya i el procés d'extracció d'òrgans.... 9

#### RESULTATS BEQUES 2003 DE L'FCT

Estudi de l'efecte de la reperfusió portal de prostaglandina E1 sobre la lesió d'isquèmia-reperfusió en un model de trasplantament hepàtic porcí ..... 14

#### CONVOCATÒRIES

Convocatòria de beques per a la recerca ..... 15

Bases del premi al millor article sobre trasplantament publicat .... 15

Convocatòria del premi a la millor ponència sobre trasplantament..... 15

#### ACTUALITAT

8è Congrés de la Societat Catalana de Trasplantament ..... 16

Curs en anglès de Coordinació en Trasplantament organitzat per TPM.....16

Canvis a l'SCT i a l'FCT .....16

# Activitat de donació i trasplantament a Catalunya 2003

L'any 2003 es van realitzar un total de 748 trasplantaments d'òrgans sòlids a Catalunya. D'aquests, 425 van ser de ronyó, 230 de fetge, 46 de cor, 23 de pulmó i 24 de pàncrees. Aquest nombre de trasplantaments va suposar una activitat molt important i va situar Catalunya, un any més, com a referent dins l'Estat espanyol.

A continuació s'analitzen les dades d'acord amb el tipus d'òrgan trasplantat i es relaciona aquesta activitat amb les respectives taxes per milió de població (pmp).

Per tal de calcular les taxes de donació i trasplantament a Catalunya, s'han tingut en compte els indicadors de població que, d'acord amb el padró municipal de l'any 2003, han xifrat el nombre d'habitants en 6.704.146.

## TRASPLANTAMENT RENAL

La taxa de trasplantaments renals a Catalunya va ser de 63,4 pmp, mentre que la taxa de l'Estat espanyol va ser de 49,9 pmp (figures 1 i 2).

Un fet destacable l'any 2003 va ser l'augment dels trasplantaments realitzats procedents de donant viu, que va permetre dur a terme un total de 45 trasplantaments d'aquest tipus, enfront dels 19 trasplantaments realitzats l'any 2002. Així, el 10,5% dels trasplantaments renals que es van dur a terme l'any 2003 van ser de donant viu.

## TRASPLANTAMENT HEPÀTIC

La taxa de trasplantaments hepàtics a Catalunya es va situar en 34,3 pmp, mentre que a l'Estat espanyol va ser de 24,3 pmp (figures 3 i 4).

Amb aquestes dades es constata la tendència a l'augment d'aquest tipus de trasplantament.

D'altra banda, el trasplantament de fetge procedent de donant viu es va mantenir estable, amb la realització de 10 intervencions d'aquest tipus.

## TRASPLANTAMENT CARDÍAC

La taxa de trasplantament cardíac l'any 2003 va ser de 6,9 pmp. Pel que fa a la taxa de l'Estat espanyol, va ser de 6,8 pmp (figures 5 i 6).

L'activitat s'ha mantingut estable els darrers anys.

**Tant les taxes de trasplantament d'òrgans com les de donants se situen, a Catalunya, entre les més elevades dins l'Estat espanyol.**

## TRASPLANTAMENT PULMONAR

En trasplantament pulmonar, la taxa a Catalunya va ser de 3,4 pmp, mentre que la taxa de l'Estat espanyol va ser de 3,5 pmp (figures 7 i 8).

L'any 2003 es va produir una disminució d'aquesta activitat respecte l'any 2002.

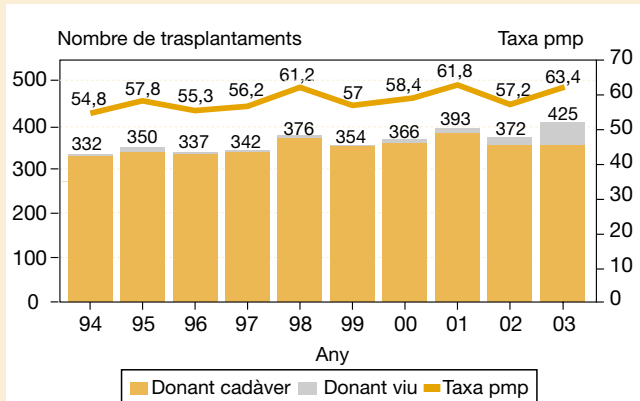
## TRASPLANTAMENT PANCREÀTIC

La taxa de trasplantament pancreàtic a Catalunya va ser de 3,6 pmp, essent la de l'Estat espanyol de 1,7 pmp (figures 9 i 10).

Catalunya segueix essent un referent dins de l'Estat pel que fa al trasplantament de pàncrees, tot i que l'activitat dels darrers anys es manté estable degut, en part, a l'augment de l'edat del donant.

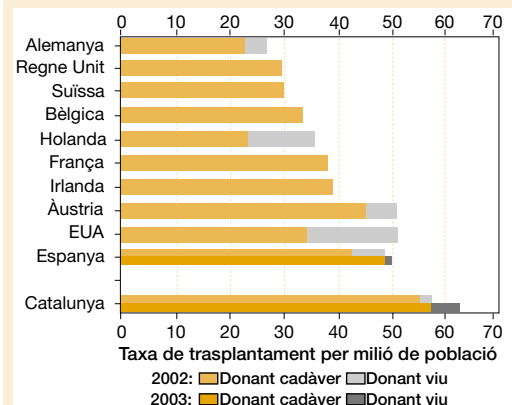
**Evolució del nombre i de la taxa de trasplantaments renals. Període 1994-2003**

Fig.1



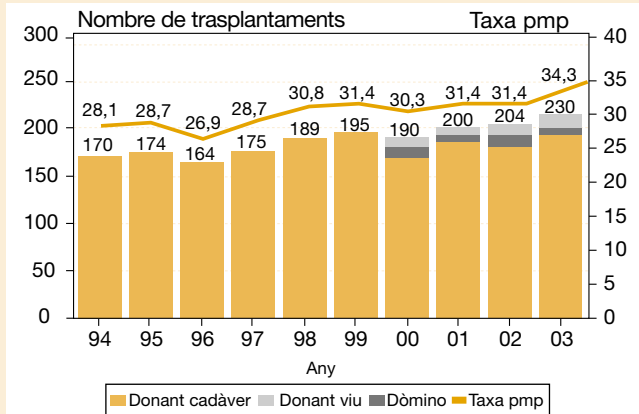
**Taxes de trasplantament renal de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.2



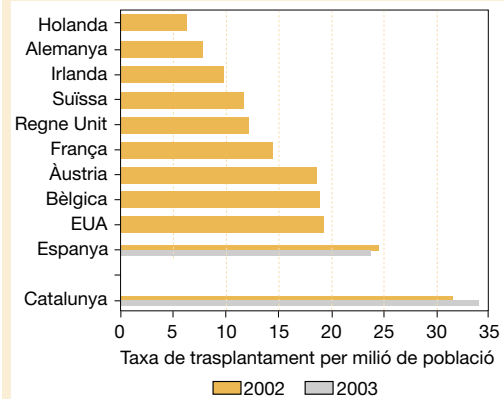
**Evolució del nombre i de la taxa de trasplantaments hepàtics. Període 1994-2003**

Fig.3



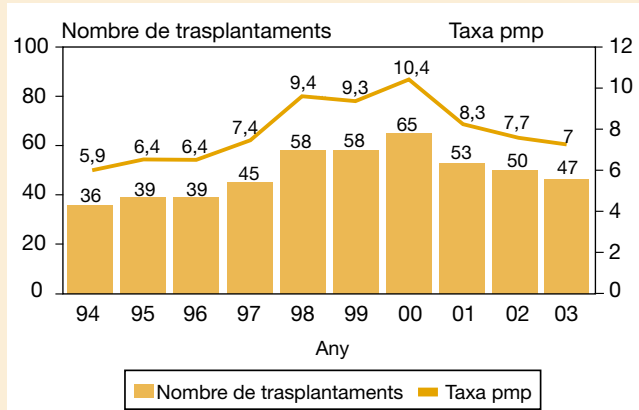
**Taxes de trasplantament hepàtic de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.4



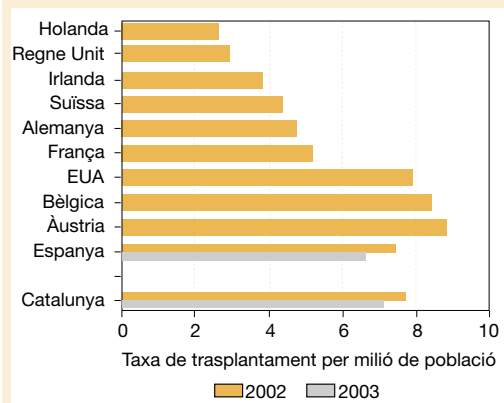
**Evolució del nombre i de la taxa de trasplantaments cardíacs. Període 1994-2003**

Fig.5



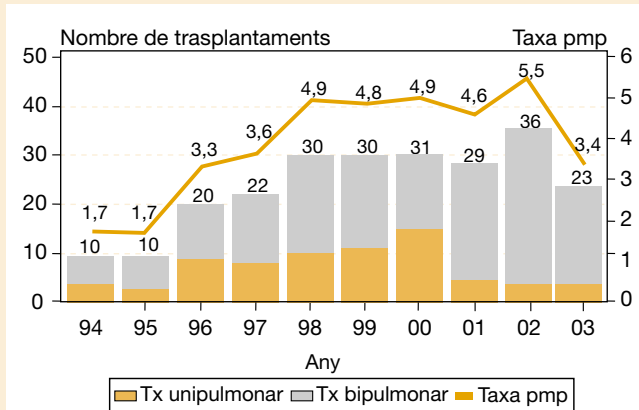
**Taxes de trasplantament cardíac de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.6



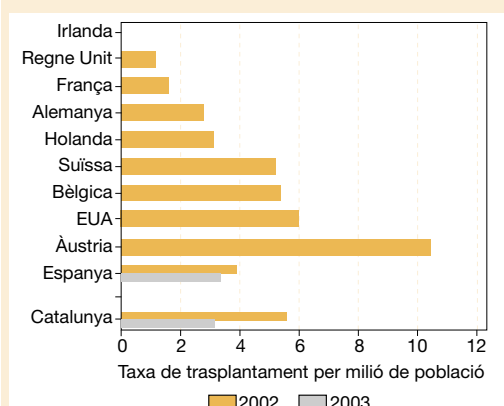
**Evolució del nombre i de la taxa de trasplantaments pulmonars. Període 1994-2003**

Fig.7



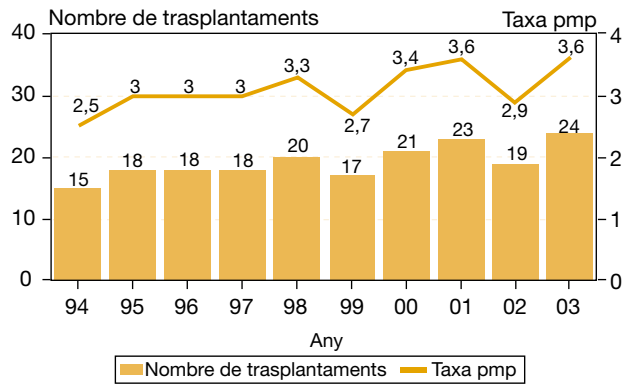
**Taxes de trasplantament pulmonar de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.8



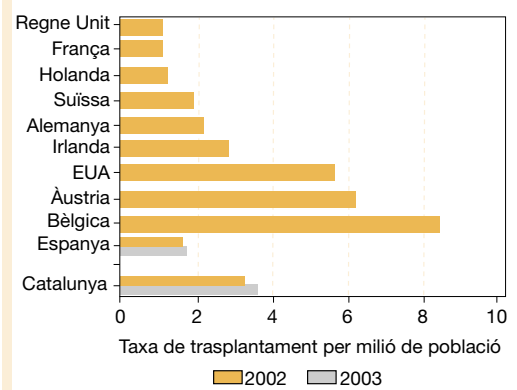
**Evolució del nombre i de la taxa de trasplantaments pancreàtics. Període 1994-2003**

Fig.9



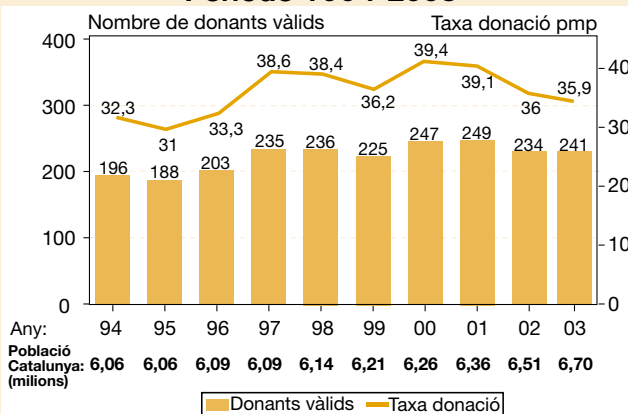
**Taxes de trasplantament pancreàtic de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.10



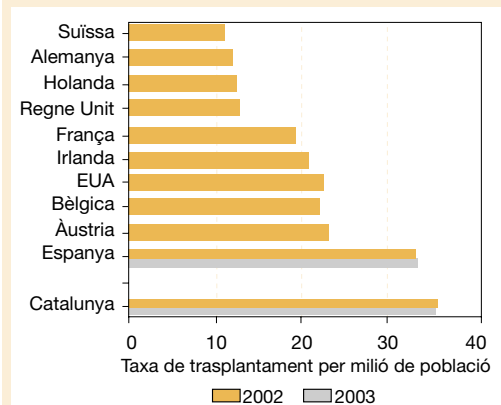
**Evolució del nombre de donants vàlids i de la taxa de donació. Període 1994-2003**

Fig.11



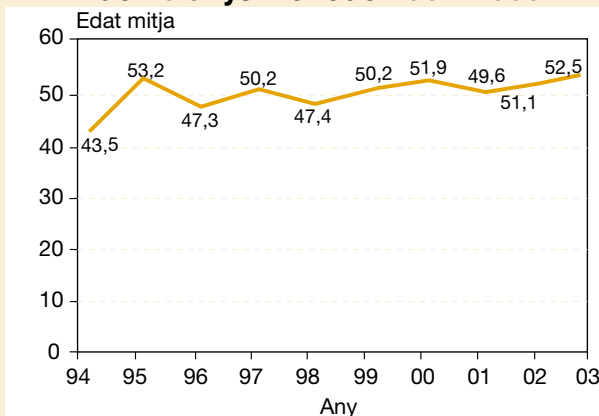
**Taxes de donació de diferents països. Període 2002-2003**

Fig.12



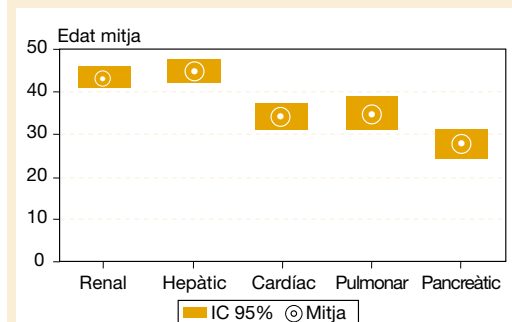
**Evolució de l'edat mitja dels donants vàlids majors de 15 anys. Període 1994-2003**

Fig.13



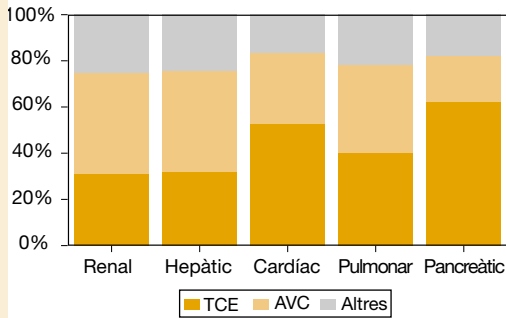
**Edat mitja dels donants cadàver segons el tipus de trasplantament. Període 2000-2003**

Fig.14



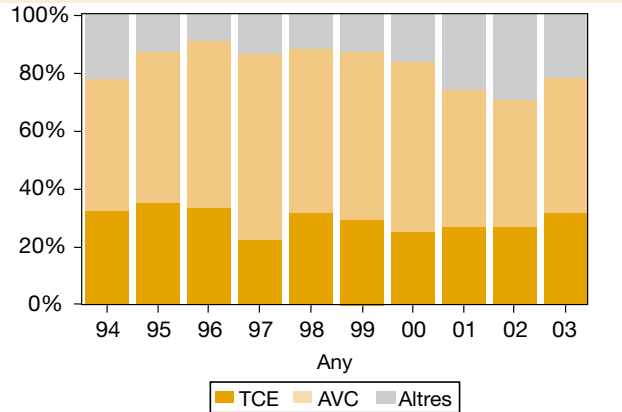
**Causa de mort dels donants cadàver segons el tipus de trasplantament. Període 2000-2003**

Fig.15



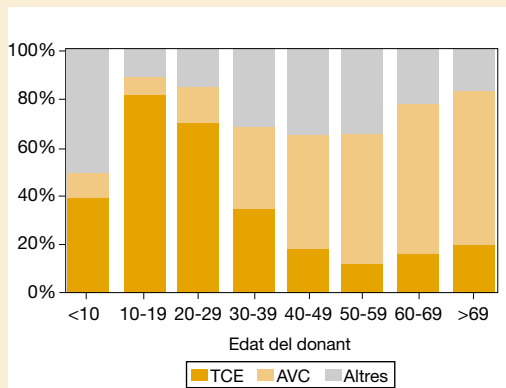
**Distribució de la causa de mort dels donants vàlids. Període 1994-2003**

Fig.16



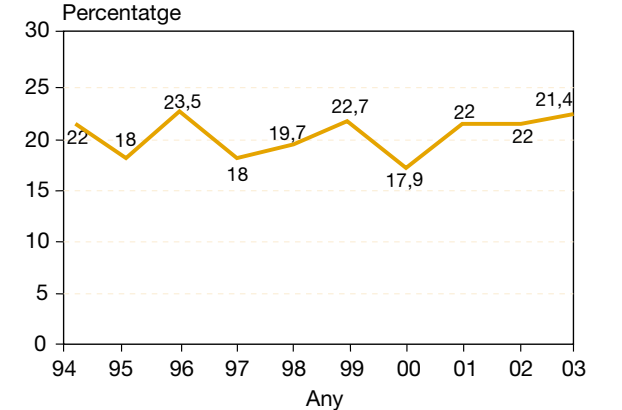
**Distribució de la causa de mort segons l'edat dels donants vàlids. Període 2000-2003**

Fig.17



**Percentatge de negatives a la donació. Període 1994-2003**

Fig.18



**DONACIÓ D'ÒRGANS**

Pel que fa a l'activitat en donació d'òrgans, Catalunya va tenir un total de 241 donants vàlids l'any 2003.

Aquesta xifra va suposar un índex de donació per milió de població de 35,9 i està per sobre de la taxa de l'Estat espanyol, on va ser de 33,7 pmp, així com de les comunitats autònomes que tenen un índex de població similar al de Catalunya, com ara Andalusia, amb una taxa de donació pmp de 32,6 i Madrid, amb una taxa de 33,2 pmp (figures 11 i 12).

Com a fet destacat l'any 2003, cal remarcar l'important increment de la donació de viu, sobretot pel que fa al trasplantament renal.

Seguint amb la tendència dels darrers anys d'augment de l'edat del donant, la mitja d'edat dels donants l'any 2003 va superar els 52 anys (figures 13 i 14).

**Un fet molt destacable de l'any 2003 és l'increment de la donació de viu, sobretot pel que fa al trasplantament renal.**

D'altra banda, i també d'acord amb la tendència dels darrers anys, l'any 2003, la principal causa de mort dels donants va seguir sent l'accident vascular cerebral (figures 15, 16 i 17).

Finalment, cal tenir en compte el 21% de negatives a la donació que es va produir durant l'any 2003, xifra que va impedir dur a

terme un nombre molt important de trasplantaments (figura 18).

.....  
**Jordi Vilardell, Marga Sanromá i Emili Vela**  
 Organització Catalana de Trasplantaments

# Retirada d'immunosupressió i trasplantament hepàtic

El dogma terapèutic segons el qual els receptors de trasplantament hepàtic han de rebre una medicació immunosupressora de per vida ha estat qüestionat. En diversos estudis s'ha evidenciat la possibilitat de retirar la immunosupressió, evitant amb això els efectes secundaris de la medicació utilitzada, sense que es produeixin alteracions en el funcionament del fetge.

## RAONS PER RETIRAR LA IMMUNOSUPRESSIÓ

El trasplantament ortotòpic de fetge (TOF) és un tractament eficaç de les malalties hepàtiques greus amb mal pronòstic, si bé per evitar el rebuig, o que aquest no amenaci la viabilitat de l'empelt, s'ha sotmès a pacients trasplantats a immunosupressió de per vida. Aquesta norma, acceptada universalment, ha estat revisada davant la coneguda bona acceptació dels empelts hepàtics en animals i humans, així com per l'evidència segons la qual alguns pacients són capaços de mantenir una funció hepàtica normal quan abandonen espontàniament els fàrmacs immunosupressors.

D'altra banda, s'ha demostrat l'efecte beneficiós de la retirada completa d'immunosupressió als pacients amb infeccions greus després del TOF, i s'ha observat una baixa incidència de rebuig agut. A més, amb el progressiu èxit del TOF, la supervivència dels pacients augmenta i, paral·lelament, també s'incrementen els efectes secundaris dels fàrmacs immunosupressors, que suposen una

causa freqüent de morbiditat i mortalitat a llarg termini. Entre aquests efectes indesitjables s'inclouen el desenvolupament de neoplàsies *de novo*, infeccions oportunistes, nefrotoxicitat per ciclosporina o tacrolimus, hipertensió arterial i hiperlipèmia, que augmenten el risc de malalties cardiovasculars.

Per tot això, diversos grups dedicats al trasplantament hepàtic han plantejat noves estratègies de tractament immunosupressor, entre les quals s'inclouen la reducció de tots els agents farmacològics administrats en les pautes de doble o triple teràpia, la retirada parcial d'algun dels fàrmacs o la retirada completa dels mateixos.

## EXPERIÈNCIES CLÍNiques

Encara no s'ha establert el protocol clínic més eficaç de retirada d'immunosupressió ni s'han determinat els factors predictius indicadors d'una bona acceptació de l'empelt hepàtic o del seu rebuig. La situació ideal seria la retirada completa de la immunosupressió mantenint una funció hepàtica normal. Per tot això, s'han dut a terme estudis clínics, fins al moment escassos, en què es retirà totalment la immunosupressió a pacients sotmesos a trasplantament hepàtic després de diversos anys d'un funcionament normal de l'empelt, o bé es retirà el fàrmac immunosupressor fonamental, generalment la ciclosporina. Mitjançant aquests estudis s'ha pogut establir que un percentatge significatiu de pacients mantenien una funció hepàtica normal mesos o anys després de la retirada de la immunosupressió, amb xifres del 19% en un treball de Pittsburgh, del 28% en un estudi del King's College de Londres i del 38% en un recent treball japonès dut a terme amb receptors de trasplantament hepàtic de donant viu. En uns altres dos estudis, en què es retirà només la ciclosporina, es va poder assolir l'objectiu en el 33 i el 59%, respectivament.

El risc de retirar els fàrmacs immunosupressors és l'aparició de rebuig agut o crònic. En els tres únics estudis de retirada completa d'immunosupressió esmentats, els percentatges de rebuig agut van ser del 22% (King's College), del 26% (Pittsburgh) i del 25% (estudi japonès amb donant viu), sense aparició de rebuig crònic o pèrdua de l'empelt hepàtic en cap cas. Quan es va retirar només la ciclosporina, els percentatges foren del 18 i del 50% en els dos estudis descrits.

**La retirada de la immunosupressió es planteja atesa la bona acceptació dels empelts hepàtics i l'evidència de què existeixen pacients amb una funció hepàtica normal després de la retirada espontània dels fàrmacs.**

Taula 1

### Principals efectes adversos dels fàrmacs immunosupressors

- Neoplàsies *de novo*
- Infeccions oportunistes
- Nefrotoxicitat
- Hipertensió arterial
- Hiperlipidèmia
- Augment del risc de malalties cardiovasculars



## QÜESTIONS PENDENTS

Són diverses les qüestions que se'ns plantegen abans de proposar-nos retirar els fàrmacs immunosupressors de forma parcial o total en pacients amb trasplantament hepàtic: beneficia a llarg termini als pacients amb TOF retirar amb èxit la immunosupressió de forma total?, podríem prescindir dels fàrmacs anti-calcineurínics?, quines malalties de base podrien millorar o agreujar-se després de la retirada d'immunosupressió? I la pregunta més important: a quins pacients podem retirar la immunosupressió amb la certesa de que es produirà tolerància de forma segura?

Totes aquestes preguntes només poden respondre's des de l'estudi clínic i d'investigació dels factors fisiopatològics implicats en la tolerància en humans. Per això, és imprescindible controlar de forma protocolitzada els paràmetres de funció hepàtica, la histologia del fetge i diversos paràmetres immunològics, amb la finalitat d'intentar aclarir el perfil diferencial entre els pacients que tolerarien l'empelt hepàtic sense immunosupressió, o amb mínimes dosis, i aquells que no ho tolerarien.

### L'EXPERIÈNCIA DEL NOSTRE GRUP

El nostre grup de trasplantament hepàtic ve treballant des de fa temps en el camp de la tolerància, particularment en el de la tolerància clínica en pacients amb empelt hepàtic, la immunosupressió dels quals s'ha retirat pels seus efectes secundaris. En un recent estudi hem analitzat la incidència de rebuig després de la retirada dels immunosupressors (IS) en pacients amb TOF. Vàrem estudiar a 20 pacients tractats amb ciclosporina (Cy) amb o sense esteroides i azatioprina, als quals se'ls inicià la retirada dels IS de manera programada pels seus efectes secundaris (n=10), per aparició de tumors (n=3) o per infeccions víriques (n=3), o bé que van suspendre el tractament espontàniament (n=4). Pel que fa a la forma de retirada, els 10 pacients amb toxicitat secundària als IS disminuïren la Cy durant un període d'un any fins a la seva retirada, amb posterior retirada dels esteroides i/o l'azatioprina; als sis pacients amb tumors o infeccions víriques se'ls retirà la immunosupressió durant un mes, i els quatre pacients que varen suspendre la medicació espontàniament ho van fer de forma brusca.

En vuit pacients (40%) fou possible la retirada completa dels IS sense aparició de rebuig després d'un període de seguiment de 20±8 mesos (límits: 10-40 mesos). Sis pacients (30%) presentaren rebuig agut durant el període de descans de la IS, que es va resoldre reprenent la Cy als nivells bassals en quatre casos i canviant a tacrolimus (Tac) en dos casos. Només un pacient que abandonà espontàniament els IS va presentar rebuig crònic, i es va mantenir estable amb Tac. Cinc pacients (25%) amb alteracions de les transaminases pre-

sentaren en la histologia hepàtica inflamació portal limfoplasmocitària sense criteris de rebuig, situació que es va resoldre després de reprendre la Cy en les dosis bassals en tres casos i de conversió a Tac en dos pacients. L'edat mitja i els mesos transcorreguts entre el TH i l'inici de la retirada dels IS dels pacients amb rebuig foren menors que els d'aquells pacients sense rebuig o amb inflamació portal (edat: 45,5±6 enfront de 56,2±6,6, p <0,01; mesos: 21,2±5,3 enfront de 49±26, p <0,001).

### CONCLUSIONS DE LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Podem concloure que en els pacients amb TOF és possible la retirada de la immunosupressió sense que aparegui rebuig en un nombre considerable d'ells i que el rebuig agut que apareix en els pacients amb TOF sotmesos a retirada dels IS sol ser lleu i de fàcil resolució, restablint les dosis de IS bassals o convertint a un altre tipus d'immunosupressor. A més, la retirada dels IS sembla més adient en pacients de major edat i amb més temps transcorregut des del TOF.

### TOLERÀNCIA I RETIRADA D'IMMUNOSUPRESSIÓ

La tolerància, definida com una manca de resposta immunitària a al·loantígens en absència de fàrmacs immunosupressors, ha estat i és un dels camps més actius de la investigació en immunologia, en general, i en trasplantament en particular. Dins del trasplantament d'òrgans, el fetge es considera un òrgan privilegiat des del punt de vista immunològic, doncs no es requereix compatibilitat HLA i la incidència d'una disfunció crònica de l'òrgan és baixa. Així mateix, des

**Entre les noves estratègies d'immunosupressió s'inclouen la reducció de tots els agents administrats en doble o triple teràpia, la retirada parcial d'un dels fàrmacs i la retirada completa dels mateixos.**

## CONCLUSIONS

Els avantatges de retirar la immunosupressió en els pacients amb TOF es deriven fonamentalment de la disminució o desaparició dels efectes secundaris dels fàrmacs. Aquest fet no s'ha pogut demostrar en les investigacions clíniques esmentades, i els beneficis individuals a llarg termini encara no es poden establir, ja que l'aparició de neoplàsies *de novo* i les complicacions cardiovasculars exigeixen un major període d'observació per ser detectats. D'aquests estudis es deriven dos importants conclusions:

- És possible retirar completament o disminuir de forma significativa els medicaments immunosupressors en el TOF.
- Resulta d'enorme interès conèixer el perfil d'aquells pacients que toleraran bé un empelt hepàtic sense rebre medicació immunosupressora un cop passats alguns anys després del TOF.

L'interès d'aquests dos aspectes radica en que, en teoria, la retirada de la immunosupressió en els pacients tolerants a un empelt hepàtic no només ens permetria disminuir els ja assenyalats riscos inherents a la medicació immunosupressora, sinó també conèixer amb profunditat, i des d'un punt de vista pràctic en clínica humana, els mecanismes fisiopatològics de la tolerància immunològica en el TOF.

de fa molts anys s'ha observat la capacitat d'aquest òrgan d'induir tolerància. Tot i aquesta observació inicial dins l'àmbit del trasplantament, el mecanisme o els mecanismes intrínsecs d'aquest procés d'inducció de tolerància no es coneixen. Entre els mecanismes proposats s'inclouria la deleció clonal de cèl·lules al·loreactives, l'anergia clonal, la supressió possibilitada per cèl·lules T reguladores, la tolerància "infecciosa", el microquimerisme, etc.

Seria molt interessant conèixer aquells paràmetres immunològics capaços de determinar d'una manera predictiva els casos en què s'ha induït tolerància, fet que possibilitaria retirar la immunosupressió i al mateix temps aprofundir en els mecanismes intrínsecs del procés d'inducció de tolerància.

L'expressió de molècules d'adhesió i coestimuladores (CD28, CTLA-4, CD80, CD86, etc.) sembla acomplir un paper primordial en l'acceptació o el rebuig de l'empelt, i pot ser d'utilitat per predir de forma precoç l'aparició del rebuig agut. Les citocines semblen tenir una funció molt important en la regulació de la resposta immunitària contra els empelts. Aquests factors solubles estan involucrats en l'activació i diferenciació de les cèl·lules immunes efectores i són els mitjancers de l'activitat citotòxica d'aquestes. S'ha suggerit que les citocines Th2 podrien suprimir el rebuig de l'empelt, mentre que les citocines Th1 el promouren. CD95 (Fas) i el seu lligand (FasL) són proteïnes de la superfície cel·lular mitjanceres d'apoptosis. S'ha suggerit que CD95 i CD95L compleixen un paper

molt important en la regulació de la resposta immunitària a antígens i en la inducció de tolerància perifèrica. Ambdues proteïnes es poden trobar de forma soluble, i la seva monitorització pot aportar claus importants en la patogènesi del rebuig de l'empelt.

Una de les característiques de les investigacions clíniques anteriors fou l'escàs anàlisi de factors que poguessin determinar des del punt de vista clínic –i sobretot immunològic– quins pacients podrien viure amb normalitat sense immunosupressió.

Només el grup de Roger Williams, del King's College de Londres, analitzà alguns d'aquests factors en un grup de 20 pacients amb retirada d'immunosupressió de forma completa. L'estudi va concloure que els paràmetres associats amb un major èxit

**El rebuig agut que pot aparèixer en els pacients sotmesos a retirada dels immunosupressors pot ser lleu i de fàcil resolució.**

en la retirada de la immunosupressió foren: malaltia de base de caràcter no immune, una menor incompatibilitat HLA A, B i DR, i una menor incidència de rebuig precoç. Des del punt de vista immunohistològic, les poblacions CD8+ i CD3+ foren menors en el lòbul hepàtic de les biòpsies dutes a terme abans de la retirada de la immunosupressió, en els pacients que la toleraren de manera completa, existint un nombre similar de dites poblacions en els casos de no tolerància i de rebuig agut precoç.

.....  
**José A. Pons, Pablo Ramírez i Pascual Parrilla**  
 Unidad de Trasplantes  
 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Múrcia



No crec que descobreixi res de nou si afirmo que entre els metges i els jutges existeix un interès recíproc per les nostres respectives professions. Ignoro els fonaments de l'atracció que pot sentir el col·lectiu mèdic: potser sigui la visió que el nostre treball està orientat a la resolució de conflictes, o potser sigui una òptica més prosaica, és a dir, una atracció que neix del fet que la funció del jutge consisteix en decidir sobre la vida o el patrimoni de qualsevol ciutadà i del fet que aquestes decisions vinguin revestides de tota la força de l'Estat per la seva imperativa aplicació. Sigui quina sigui la resposta, el cert és que el reconeixement que els jutges atorguem als professionals de la medicina és un homenatge a un saber que, a diferència del nostre, lluita per esbrinar el que ens ve donat. La ciència mèdica no s'ocupa de normes o regles de funcionament creades per l'home, sinó d'alguna cosa que transcendeix la nostra pròpia existència. El seu saber implica el repte constant gràcies al qual la intel·ligència humana pot burlar o modificar la trajectòria que imposen les regles de la biologia; i se'ns presenta així, com una missió superior, a aquells que sempre ens movem entre regles, el contingut de les quals no té cap més suport que aquell que l'home hagi cregut —o hagi volgut— que sigui així. És segur que aquesta recíproca seducció professional es veu reforçada per l'existència de zones d'interès comú. No m'estic referint a l'espionós camp de l'enjudiciament de la imprudència mèdica —que també—, sinó a parcel·les en les quals facultatius i jutges estem obligats a entendre'ns. Matèries com la bioètica o l'extracció d'òrgans són qüestions en què conflueixen ambdós sectors professionals i en les quals la coherència entre la resposta mèdica i la jurídica ha de ser exigida, perquè és la única manera d'impedir un rebuig recíproc i l'únic instrument perquè la ciutadania no critiqui el sector professional que no satisfaci les seves demandes de raó i lògica. Ambdues raons, i la generalitzada percepció que les dues professions han de tenir un procés formatiu rigorós, en el qual hi tingui cabuda no tan sols l'ineludible provisió de coneixements teòrics, sinó també una fase d'aprenentatge pràctic, són les que em porten a escriure aquest article, orientat al fet que la classe mèdica pugui conèixer la minuciosa formació d'un jutge en el nostre país i que percebi quin és el contingut concret de la seva formació pel que fa al procés d'extracció.

## La formació del jutge a Espanya i el procés d'extracció d'òrgans

L'autor, cap de la Secció de Formació Inicial de l'Escola Judicial d'Espanya, explica en aquest article per què es realitza i en què consisteix el curs especialitzat sobre donació i trasplantament que es fa en aquesta escola com una part del període obligat de pràctiques que segueixen els jutges després d'aprovar les oposicions.

### LA FORMACIÓ DEL JUTGE I L'ESCOLA JUDICIAL

Ningú ignora que per a ser jutge és precís cursar els estudis de dret i molts sabran que posteriorment és necessari superar una oposició que exigeix el coneixement profund d'innombrables qüestions jurídiques agrupades en un programa de més de 350 temes. El rigor de la selecció no solament es fonamenta en l'extensió dels coneixements exigits, sinó en la circumstància que anualment inicien el procés de selecció uns 6.000 llicenciats en dret, per a cobrir un nombre aproximat de només 100 places. Per tant, no és estrany que el temps mig de preparació dels candidats que aconsegueixen superar les proves d'aquest exercici sigui de quatre anys.

A aquest sistema de formació se li critica —de forma simplista i pejorativa— ser un mètode exclusivament memo-

rístic. Obviament, aquesta crítica es fonamenta en una voluntat de no estudiar o bé en l'experiència d'aquells que mai van entendre el que van estudiar, perquè, ara com ara, l'examen teòric que comporten les oposicions constitueix l'únic instrument que garanteix l'entesa, el coneixement i el domini del dret per part dels jutges, ja que el sistema de

formació universitària s'ha desviat cap al simple aprovisionament d'un títol oficial i no garanteix la retenció dels mínims coneixements teòrics per al correcte acompliment individual d'una activitat professional d'alta responsabilitat.

Lògicament, aquest coneixement teòric no pot ser suficient per a jutjar les conductes de la resta de la comunitat. La formació ha d'incloure també la consecució d'una habilitat pràctica, que haurà d'adquirir-se amb anterioritat a les primeres actuacions professionals, perquè si no és així, el jutge d'ingrés adquiriria la seva experiència inicial arriscant els drets concrets d'alguns particulars. Per aquesta raó, aquells que superen les oposicions d'ingrés a la carrera judicial —que actualment tenen una edat mitja de 28 anys— hauran de passar a més un període de formació pràctica a l'Escola

**Matèries com la bioètica o l'extracció d'òrgans són qüestions que exigeixen l'entesa de jutges i facultatius, perquè requereixen la coherència entre la resposta mèdica i la jurídica.**

Judicial d'Espanya. Aquest període és igualment selectiu i té fixada una duració de dos anys més per a l'actual promoció (la llei defineix que el període de formació pràctica del jutge tindrà una duració mínima de 9 mesos per a la fase presencial, que té lloc a l'Escola Judicial de Barcelona, i de 6 mesos per a la fase de pràctiques tutelades, que té lloc a diferents jutjats del territori espanyol).

En el segon any, el jutge en pràctiques quedarà adscrit a qualsevol jutjat d'Espanya, amb la finalitat d'aprendre d'un altre jutge. Durant aquest any, el jutge en pràctiques no només podrà dirigir judicis i d'altres actes orals –sempre assistit pel seu tutor–, sinó que podrà proposar-li les resolucions que consideri adequades a cadascun dels diferents casos existents en aquell jutjat.

#### PRÀCTIQUES

##### A L'ESCOLA JUDICIAL

Durant el primer any de formació pràctica, el jutge en pràctiques ha d'adquirir les habilitats que li permetin emprendre aquesta funció judicial amb un mínim de coneixement analític i desimboltura. Això es el que es persegueix a l'Escola Judicial d'Espanya que el Consell General del Poder Judicial té establerta a Barcelona. Durant aquest primer any es subministra a l'alumne una formació instrumental en el maneig informàtic (bases de dades, tractaments de text, correu electrònic o Internet) o –de forma voluntària– en francès o anglès jurídic, o en els diferents idiomes autonòmics. En aquest primer any s'emprèn també una formació inicial en matèria de direcció oral del procediment; per això es disposa de la col·labora-

ció d'experts en tècniques de comunicació i s'efectuen simulacions de judicis amb els alumnes de les escoles de pràctica jurídica de diferents universitats o dels col·legits d'advocats. Si l'expressió oral és important, no s'oblida tampoc la tècnica gramatical i jurídica de redacció escrita de resolucions. L'any s'aprofita a més perquè l'alumne conegui la realitat propera als jutjats, programant estades a despatxos d'advocats, a institucions penitenciàries, a la policia científica i judicial o a institucions europees com el tribunal de justícia de la Comunitat Europea o el

Tribunal Europeu de Drets Humans.

Tota aquesta activitat complementa el principal objectiu del primer any, que consisteix en desenvolupar la capacitat d'anàlisi de la realitat del jutge en pràctiques; això no només passa per estimular la

percepció dels problemes jurídics, sinó que també s'ha de prendre consciència de la realitat social d'on sorgeixen determinats conflictes jurídics i on es projectarà la decisió judicial.

Es treballa d'aquesta manera amb l'anomenat "mètode del cas", amb el qual es pretén que el jutge en pràctiques es vagi formant una idea pròpia –però intel·ligent i cauta– de

decisió prudencial, és a dir, un mètode raonable d'aplicació de la norma general als diferents casos concrets.

**La formació del jutge ha d'incloure, a més dels coneixements teòrics, l'assoliment d'una habilitat pràctica que haurà d'adquirir-se abans de les actuacions professionals.**

**Els qui superen les oposicions d'ingrés a la carrera judicial han de passar un període de formació pràctica a l'Escola Judicial, el qual és igualment selectiu i té establerta una duració de dos anys per a l'actual promoció.**

#### CURS SOBRE AUTORITZACIÓ JUDICIAL EN MATÈRIA D'EXTRACCIÓ D'ÒRGANS

La formació va més enllà de la simple resolució de casos. S'organitzen cursos especialitzats sobre qüestions d'especial interès, sigui per la seva importància quantitativa en els jutjats, per la seva novetat legislativa o per l'interès social que susciten. Així, hi ha cursos sobre dret de família, registre civil, execució civil, criminalística, el nou codi penal o cooperació jurídica internacional, entre molts d'altres; i entre els que poden interessar més directament a la professió mèdica, no només es troben qüestions com la imprudència mèdica, la bioètica o el rebuig al tractament, sinó que s'aborden qüestions tan puntuals com "l'autorització judicial en matèria d'extracció d'òrgans".

Amb aquesta activitat es pretén proporcionar al jutge en pràctiques un coneixement de la Llei 30/1979, del 27 d'octubre, sobre extracció i trasplantament d'òrgans, i del Reial Decret 2070/1999, del 30 de desembre, mitjançant el qual s'aprova el



El curs de formació inclou l'assistència opcional al procés de trasplantament d'òrgans.



Vista de l'edifici de l' Escola Judicial de Barcelona.

reglament sobre donació i trasplantaments d'òrgans i teixits. Tanmateix, la pretensió pedagògica va molt més enllà: no es pot parlar de formació judicial sense analitzar quins poden ser a la pràctica els criteris que han de definir la necessitat de denegar o autoritzar l'extracció d'òrgans en supòsits de morts lligades a investigació judicial. Junt amb això, l'empatia amb el problema humà que viu darrera de cada extracció i el coneixement de les circumstàncies en les quals la professió mèdica desenvolupa la seva labor garanteixen que el pronunciament judicial que pugui dictar-se en el futur ponderarà de forma cauta els diferents interessos en conflicte; aquesta circumstància permet preveure que la resposta judicial serà raonable i eficaç en la major part de les ocasions.

#### FORMACIÓ TÈCNICO-JURÍDICA

L'activitat disposa d'una exposició tècnico-jurídica de la llei i el seu reglament i dels criteris d'actuació judicial. S'explica així la diferència entre mort per aturada cardiorespiratòria i per cessació irreversible de les funcions encefàliques; s'informa sobre el presumpte consentiment de l'extracció definit per la nostra ordenança jurídica i s'analitzen quines són les exigències legals per l'autorització de extracció i quan és necessària una autorització del jutge que conegui la causa.

La principal reflexió es centra en quins poden ser els criteris que han d'orientar al jutge d'instrucció a l'hora d'autoritzar o denegar l'extracció. Relacionat amb aquesta qüestió, es destaca que l'exigència reglamentària d'escoltar prèviament el metge forense (l'article 10.5 del Reglament disposa que

“abans de l'extracció s'obindrà autorització del jutge, el qual, previ informe del metge forense, haurà de concedir-la sempre que no s'obstaculitzi la instrucció de les diligències penals”) no determina que el seu criteri hagi de ser el definitivament imperant. És el jutge qui ha de prendre la decisió en funció que l'extracció pugui obstaculitzar o no la instrucció, qüestió que és aliena al fet que l'obtenció dels òrgans pugui comportar un obstacle per l'informe medicolegal sobre la mecànica de l'òbit, perquè és obvi que el contingut de la investigació pot fer en ocasions innecessari o ocios l'esmentat informe.

Són dues les interpretacions que es poden fer de la indicació reglamentària que diu que el jutge haurà de concedir l'extracció “sempre que no s'obstaculitzi la instrucció de les diligències penals”. Una primera i tradicional interpretació *contrario sensu* vindria a defensar que quan l'extracció obstaculitzi la investigació, l'obtenció dels òrgans ha de ser denegada. Aquesta interpretació, essent tècnica-ment viable, no sembla lògica, perquè dóna prioritat a l'interès criminal sobre el sociosanitari i pot ser contrària a la realitat constitucional.

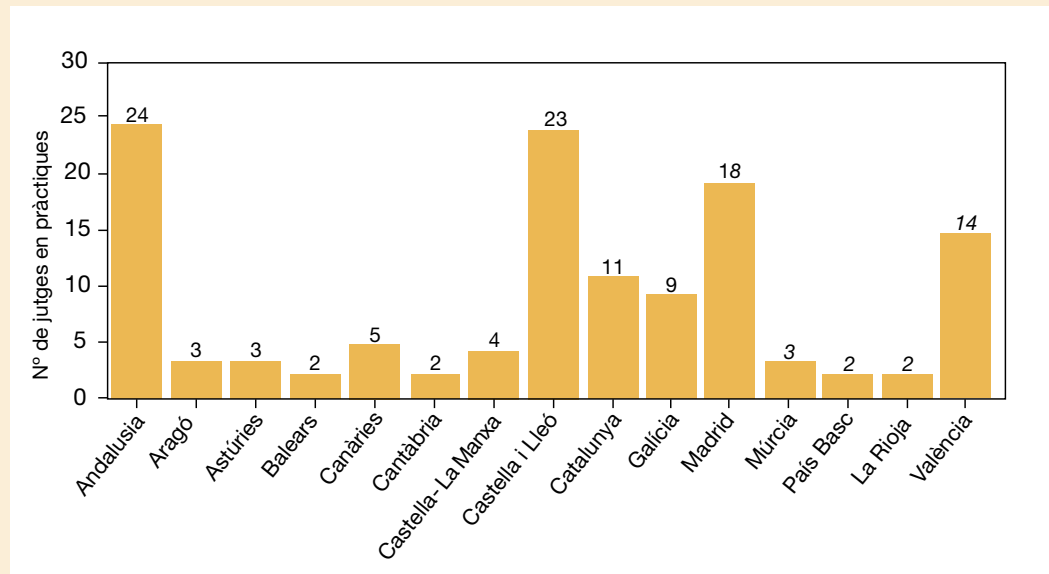
Una segona interpretació propugnaria que el legislador estableixi l'obligatorietat de l'autorització en cas d'inexistència d'obstacle, però ha de mantenir-se en silenci sobre el que ha de fer-se en aquells casos en els quals s'ignori si l'extracció obstaculitza la investigació (com passa en casos de mort per assistència en arribar a l'hospital) o fins i tot quan s'estigui segur que l'extracció la perjudicarà. En aquests dos supòsits en els quals la llei no preveu res, serà el jutge qui haurà de resoldre el cas concret analitzant l'interès sociosanitari i l'interès criminal que estan en conflicte.

El més problemàtic per al jutge serà trobar uns paràmetres que li permetin dimensionar cadascun d'aquests interessos. Quant a la definició de l'interès de depuració de la responsabilitat criminal, haurà de fer-se a partir de la informació que sobre les circumstàncies de la defunció tingui el jutge d'instrucció, bé per virtut de l'atestat o denúncia rebut, bé a través de la informació que es subministra amb la sol·licitud sobre les circumstàncies personals del difunt i sobre les circumstàncies del seu ingrés a l'hospital, o fins i tot mitjançant els aclariments o indagacions que el jutge pot ordenar a la pròpia policia judicial.

**El principal objectiu del primer any de pràctiques a l'Escola Judicial consisteix en desenvolupar la capacitat d'anàlisi de la realitat dels jutges, cosa que passa per estimular la percepció dels problemes jurídics i per prendre consciència de la realitat social, d'on sorgeixen determinats conflictes i on es projectarà la decisió judicial.**

Taula 1

## Distribució per lloc de residència dels jutges en pràctiques



### DELIMITACIÓ DE L'INTERÈS SOCIOSANITARI PELS ÒRGANS

Quant a la delimitació de l'interès sociosanitari dels òrgans, no es pot argumentar que alguns d'aquests òrgans poden ser vitals i que per això ha de prevaler el seu trasplantament sobre d'altres finalitats. Si hagués de ser sempre així, la llei exclouria l'autorització judicial en cas d'òrgans essencials, cosa que no fa. Així doncs, és el jutge qui haurà d'analitzar quines són les necessitats sociosanitàries en cada cas. Tanmateix, el jutjat no rep informació sobre la finalitat del trasplantament d'òrgan o teixit (perquè segons l'article 10.5 del reglament, no és obligatori incloure aquesta informació amb la sol·licitud), de manera que el jutge no sempre pot dimensionar aquest interès sanitari. Tanmateix, el fet que no sigui obligatori aportar aquesta informació no vol dir que el jutge no pugui interessar-se per la destinació d'allò que s'ha sol·licitat abans de prendre la seva decisió, de manera que, amb el coneixement del seu aprofitament, pugui calibrar l'interès social pels òrgans i contrastar-lo amb el perjudici que la seva extracció pot provocar en la depuració de la responsabilitat criminal. D'aquesta manera, la consideració de si la petició comprometedora es centra en òrgans o teixits, l'anàlisi de si aquests són o no vitals, la determinació del grau d'urgència del trasplantament, la ponderació d'una

eventual naturalesa d'hiperimmunització renal en el receptor o la definició de si els teixits són per a la seva implantació immediata o per a la seva conservació, són criteris que permetran contrastar de manera sensata l'interès sociosanitari amb el criminal.

Convé precisar que l'interès criminal està perfilat per circumstàncies també molt diferents, com són: 1) definir si ens trobem amb seguretat davant d'un delictes o, contràriament, s'ha iniciat la investigació per la simple sospita de la seva possible existència; 2) la pròpia gravetat de l'il·lícit penal que és objecte d'investigació; 3) l'interès social pel seu aclariment; 4) l'existència o no de perjudicats i el seu nombre; 5) el pronòstic més o menys definit que l'extracció pugui perjudicar la investigació, davant del simple fet que pugui passar, i 6) en definitiva, l'extrem de l'enjudiciament que es pugui perjudicar amb aquesta autorització.

Totes aquestes variables permetran al jutge prendre una decisió raonable sobre quin interès ha de prevaler en cada cas, sense oblidar que la resolució més senzilla serà precisament aquella que contraposa els perjudicis més extrems, perquè difícilment podrà comprendre la ciutadania que un risc vital en urgència zero pugui quedar subordinat a l'interès per reprimir, en la forma exactament prevista, la responsabilitat inherent a una mort imprudent o fins i tot a un delictes de sang.

**En la formació judicial s'analitzen, a la pràctica, els criteris que han de definir la necessitat de denegar o autoritzar l'extracció d'òrgans en supòsits de morts sotmeses a investigació judicial.**

**El jutge pren la decisió d'autoritzar o denegar la extracció en funció de si pot obstaculitzar o no la instrucció del cas.**

## VALORACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA

El curs, tot i constituir una activitat obligatòria, ha estat molt ben acollit pels quasi 700 jutges o futurs jutges que fins ara l'han realitzat.

Per part nostra, la convicció que el coneixement directe del procés d'extracció pot comportar una experiència vital tan intensa que comprometrà al futur jutge amb una decisió raonable, com també la certesa que la resta d'alumnes acolliran més fàcilment un testimoni, amigable i proper, dels seus propis companys, va determinar que aquesta activitat no només sigui obligatòria i en format de curs, sinó que aquells alumnes que ho vulguin puguin integrar-se de manera successiva i durant el curs acadèmic en els diferents equips de coordinació de trasplantaments dels hospitals Clínic, Sant Pau, Vall d'Hebron i Bellvitge.

La desinteressada i esforçada col·laboració dels doctors Martí Manyalich, Antonio López-Navidad, Rosa Deulofeu i Carlota González, així com la de la resta de facultatius integrats en els seus respectius equips, ha fet possible que, fins avui, més de 150 jutges no només hagin conegut una explicació teòrica i general del procés d'extracció, sinó també tots els recursos materials i humans d'aquests centres mèdics i hagin gaudit de l'oportunitat de seguir, com un facultatiu més, l'execució del procés d'extracció i implant. La manera de fer dels amfitrions ha fet que tots aquests jutges exalting una vàlua i dedicació professional que queda corroborada per l'agraïment que la societat els dispensa, exemplificat en la gratitud de cada família al final de cada procés d'implant.

## FORMACIÓ EN ASPECTES MÈDICS

Després d'aquesta formació tècnico-jurídica, l'activitat emprèn una exposició sobre l'organització funcional i administrativa dels serveis de trasplantaments i sobre la funció socio sanitària que actualment despleguen aquests serveis. Amb la inestimable col·laboració de la doctora Blanca Miranda (coordinadora nacional de trasplantaments de l'Organización Nacional de Trasplantes) i del doctor Jordi Vilardell (director de l'Organització Catalana de Trasplantaments del Servei Català de la Salut), l'alumne pren coneixement dels orígens d'aquesta activitat mèdica, del valor socio sanitari dels programes de trasplantament, del volum de la seva insuficiència, de la millora de l'expectativa i qualitat de vida dels receptors d'òrgans, de l'organització administrativa del servei sanitari o de quins són els criteris territorials i mèdics per a la distribució dels òrgans. Conceptes com urgència zero, situació crítica o hiperimmunització, suggereixen una dimensió del problema que el jutge d'instrucció no pot ignorar quan es sol·licita la seva autorització.

La formació no acaba aquí. L'exposició de la doctora Catiana Cabrer permet que els jutges en pràctiques coneguin la manera com els equips mèdics aborden la intervenció concreta, com es detecta el potencial donant i es diagnostica i certifica la seva defunció i de quina manera han de valorar-se i preservar-se els òrgans o de quina forma es determina el potencial receptor i com es demana l'autorització familiar o judicial en moments en què el dol o la urgència supo-

sen una dificultat afegida. Lògicament, tot això orientat al fet que es conegui també com seran els processos d'extracció i implant, sense oblidar quins són els instruments tècnics i proves que l'equip mèdic pot posar a disposició de l'autoritat judicial per subministrar tantes dades macroscòpiques o analítiques com siguin necessàries per a la investigació judicial.

L'activitat culmina amb una taula rodona en la qual participen representats dels diferents sectors professionals afectats: jutges d'instrucció, coordinadors mèdics de trasplantaments i metges forenses. Seguidament, l'il·lustríssim Sr. Joaquín Aguirre, com a jutge d'instrucció, i el Dr. Amadeo Pujol, com a metge forense, s'afegeixen als ponents anteriors per analitzar aquesta problemàtica des de l'òptica professional i amb l'experiència que els hi és pròpia. Finalment, el curs acaba amb la resolució d'un cas pràctic.

.....  
**Pablo Llarena Conde**  
 Magistrat  
 Cap de la Secció de Formació Inicial  
 Escola Judicial d'Espanya, Barcelona

**La informació que rebí el jutge sobre la finalitat i característiques del trasplantament li permetrà realitzar una correcta avaluació de la sol·licitud d'extracció i contrastar de forma sensata l'interès criminal amb el socio sanitari.**



# Estudi de l'efecte de la reperfusió portal de prostaglandina E1 sobre la lesió d'isquèmia-reperfusió en un model de trasplantament hepàtic porcí

## HIPÒTESI

El grau de lesió d'isquèmia-reperfusió (LI-R) manté correlació, principalment, amb el temps de preservació de l'òrgan en isquèmia freda. El model de trasplantament hepàtic porcí amb l'òrgan preservat durant 24 hores produirà una lesió d'isquèmia-reperfusió greu amb una mortalitat elevada. L'administració de prostaglandina E1 (PGE1) per via intraportal, immediatament després de la reperfusió, serà ben tolerada hemodinàmicament per la metabolització quasi total en l'empelt implantat i produirà, alhora, un efecte benèfic en la LI-R.

## OBJECTIUS

Establir un model experimental de trasplantament hepàtic porcí on es pugui reproduir el fenomen d'isquèmia-reperfusió, amb la finalitat de valorar els efectes de la PGE1 en la LI-R i en la tolerància hemodinàmica quan aquesta hormona s'administra per via portal, en el moment de la revascularització hepàtica.

## MÈTODES

En l'estudi es van utilitzar femelles de l'espècie porcina, d'una barreja entre les races Large white i Landrace, amb un marge de pes entre 30 i 35 kg. L'estudi s'ha compost de dos grups de quatre experiments de trasplantaments hepàtics ortotòpics porcins. En ambdós grups, perquè es produís una LI-R important, el temps d'isquèmia freda va ser de 24 hores. Mitjançant un catèter introduït per una col·lateral venosa dirigida cap al tronc portal, va administrar-se, durant 30 minuts, en la fase de revascularització de l'òrgan, sèrum fisiològic (grup A) o bé PGE1, a una dosi de 0,15 µg/kg/min (Alprostadi® 500 µg) (grup B).

En les 5 hores següents a la reperfusió de l'empelt van efectuar-se els estudis per a la valoració de la LI-R (AST, ALT, LDH, β-galactosidasa i biòpsies hepàtiques), de la funció hepàtica (quantificació de la producció de bilis, temps de protrombina i factor V) i de la tolerància hemodinàmica a l'administració de la medicació (PGE1), mitjançant la verificació dels paràmetres hemodinàmics regional (fluxos portal i arterial hepàtic) i sistèmic (PAM, FC i PVC).

## RESULTATS

Durant l'anàlisi de la LI-R, tant en el grup A com en el grup B (amb l'ús de PGE1), els nivells d'AST, ALT, LDH i β-galactosidasa, en la fase inicial de la reperfusió hepàtica (fase R1), van evidenciar el mateix grau de lesió. Tanmateix, el grup B va evolucionar amb xifres inferiors d'AST, ALT, LDH i β-galactosidasa que el grup control. Les diferències van ser significatives, tant en la fase R2 (després de 90 minuts d'administració de

PGE1) com, especialment, en la fase R5 (5 hores després de la reperfusió portal de l'òrgan).

En l'examen histològic, en la tercera i darrera biòpsia (fase R5), va evidenciar-se una tendència a un menor grau de LI-R en el grup B, que no va ser significativa.

Pel que fa a la funció de síntesi hepàtica, va observar-se una disminució brusca tant del TP com del factor V en l'evolució d'ambdós grups, tot i que va ser menys marcada en el grup B. Les diferències van arribar a xifres significatives en la fase R5. Es va quantificar una major producció de bilis en el grup en el qual va administrar-se PGE1. En relació amb la tolerància hemodinàmica, no va generar-se hipertensió portal en el grup B, en el moment en què va administrar-se PGE1 (fase R1).

## CONCLUSIONS

- El model experimental de trasplantament hepàtic porcí, amb una isquèmia freda de l'òrgan de 24 hores, va produir una lesió d'isquèmia-reperfusió greu.
- L'efecte beneficiós de la PGE1 en la perfusió portal va manifestar-se mitjançant una menor alteració de tots els paràmetres de lesió hepatocitària, sinusoidal i de la funció hepàtica. Aquestes diferències no van obtenir significació estadística en la majoria dels paràmetres mèdics per l'escàs nombre d'experiments realitzats.
- La perfusió portal de PGE1 en dosis plenes en la fase immediata de la revascularització de l'empelt va ser ben tolerada des del punt de vista hemodinàmic.

.....  
**Marcelo Cechinel Reis**

Unitat de Trasplantament Hepàtic  
 Hospital Vall d'Hebron, Barcelona



## Convocatòria de beques per a la recerca de la Fundació Catalana de Trasplantament - 2005

### OBJETIU I DURACIÓ

L'objectiu és fomentar la investigació científica en el trasplantament d'òrgans incorporant diferents persones a les àrees de recerca que avui estan en funcionament en els serveis amb unitat de trasplantament a Catalunya. El nombre de beques que ofereix i finança l'FCT en la present convocatòria és de QUATRE, amb el suport econòmic directe, per a una d'elles, de la companyia ROCHE FARMA S.A. El període de gaudiment de les beques s'iniciarà el gener de 2005 i finalitzarà el desembre del mateix any.

### DOTACIÓ

La dotació de cada beca és de 13.823,28 € bruts, que es lliuraran directament als beneficiaris en quotes trimestrals de 3.455,82 €, sotmeses a la corresponent retenció d'acord amb la normativa vigent.

### SOL·LICITUDS

Han de presentar-se a la Secretaria de la Fundació Catalana de Trasplantament, amb seu al carrer de Muntaner, 292, 3r 2a, 08021 Barcelona, abans del 30 d'octubre de 2004.

### RESOLUCIÓ

Aquesta convocatòria de beques es resoldrà abans del 20 de novembre de 2004. Passat aquest termini sense resolució expressa, les beques es consideraran denegades.

## Bases del premi al millor article publicat sobre trasplantament, convocat conjuntament per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i la Fundació Catalana de Trasplantament

### OBJECTIU

L'objectiu és premiar al millor article sobre trasplantament, segons el criteri del Jurat, publicat a qualsevol revista científica espanyola o estrangera, en el període comprès entre l'1 de maig de 2003 i el 30 d'abril de 2004. Si l'article premiat ha estat redactat per diverses persones, el premi s'atorgarà al primer firmant.

### CONTINGUT DEL PREMI

El premi consisteix en una dotació de 1.502,53 €, i en la concessió del títol d'Acadèmic Corresponsal de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

### PRESENTACIÓ

Les persones que desitgin optar per aquest premi han de presentar l'original del número de la revista en la qual s'ha publicat l'article, abans del 30 d'octubre de 2004, a la seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb seu al carrer del Carme, 47, 08001 Barcelona, tot fent constar, en el sobre, que el remitent desitja participar en aquesta convocatòria.

## Convocatòria del premi a la millor ponència sobre trasplantament, atorgat per la Fundació Catalana de Trasplantament i per la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

### OBJECTIU

Premiar la millor ponència sobre trasplantament, segons el criteri del Jurat, presentada en qualsevol congrés realitzat a Espanya o a l'estranger, en el període comprès entre l'1 d'octubre de 2003 i el 30 de setembre de 2004. Si la ponència premiada ha estat elaborada per diverses persones, el premi s'atorgarà al seu primer firmant.

### DOTACIÓ

El premi consisteix en un import de 1.502,53 €.

### PRESENTACIÓ

Les persones que desitgin optar a aquest premi han de presentar l'original del resum acceptat pel Congrés, acompanyat de l'escrit de la ponència, abans del 30 d'octubre de 2004 a la seu de la Secretaria de la Fundació Catalana de Trasplantament, situada al carrer de Muntaner, 292, 3r 2a, 08021 Barcelona.

## 8è Congrés de la Societat Catalana de Trasplantament



### Dates

Del 6 al 9 de febrer de 2005

### Seu

Hotel Rey Juan Carlos I  
Av. Diagonal, 661-671  
08028 Barcelona

### Idioma

Els idiomes del Congrés seran el castellà i l'anglès

### Secretaria

AOPC – 8è Congrés de l'SCT  
Edif. Colon  
Av. Drassanes, 6-8, 19è  
08001 Barcelona  
Tel.: 933 027 541 - Fax: 933 011 255  
E-mail: congress@aopc.es

### Dates importants

Juny de 2004 – Enviament del programa preliminar, formulari de presentació de resums i formulari d'inscripció.  
15 d'octubre de 2004 – Data límit de recepció de resums a la secretaria del Congrés.

## Curs en anglès de Coordinació de Trasplantament organitzat per TPM

L'equip que duu a terme el projecte Transplant Procurement Management, destinat a la formació en la coordinació de trasplantaments per a professionals de la salut, organitza el curs en anglès "Advanced International Training Course on Transplant Coordination", que s'impartirà a Barcelona del 21 al 26 de novembre d'enguany.

El curs, patrocinat per la Fundació Bosch i Gimpera i la Universitat de Barcelona, i amb la col·laboració de l'Hospital Clínic de Barcelona, l'Organització Catalana de Trasplantaments i l'Organi-

zación Nacional de Trasplantes, ofereix un programa d'aprenentatge tècnic i científic per apropar als participants a la situació actual en l'obtenció de donants en l'àmbit nacional, europeu i mundial.

### Per obtenir més informació:

Transplant Procurement Management – TPM  
Tel. : 34 93 567 7410  
Fax : 34 93 427 9798  
E-mail : tpmproject@fbg.ub.es  
<http://www.tpm.org>

## Canvis a l'SCT i a l'FCT

Després de la darrera reunió dels patronats, s'han renovat alguns càrrecs a la Societat Catalana de Trasplantament i a la Fundació Catalana de Trasplantament. Seguidament es relacionen els càrrecs actuals d'ambdues entitats.

**SCT: President:** Dr. Carles Margarit **Vice-president:** Dr. Antoni Rimola **Secretari:** Dr. Frederic Oppenheimer **Vocals:** Drs. Salvador Gil-Vernet, Vicenç Brossa, Antoni Román i Antonio López-Navidad

**FCT: President:** Dr. Carles Margarit **Secretari:** Dr. Jaume Solé **Tresorer:** Dr. Frederic Oppenheimer **Vocals:** Drs. Josep M<sup>a</sup> Grinyó, Josep Lloveras, Jeroni Alsina, Antoni Caralps, Antoni Rimola, Salvador Gil-Vernet, Antoni Román, Antonio López-Navidad i Vicenç Brossa

Publicació periòdica de l'Organització Catalana de Trasplantaments i de la Societat Catalana de Trasplantament

**DIRECCIÓ:** Carles Margarit i Jordi Vilardell

**COMITÈ DE REDACCIÓ:** Ramón Charco, Maria Jesús Félix, Carles Margarit i Jordi Vilardell

**SECRETÀRIA DE REDACCIÓ:** Marga Sanromà

**CONSELL EDITORIAL:** Jeroni Alsina, Antonio Caralps, Juan Carlos García-Valdecasas, Josep Lloveras, Vicenç Martínez-Ibáñez, Jaume Martorell, Eulàlia Roig, Ricard Solà, Josep M. Grinyó i Maria Antonia Viedma

**EDITOR:** Adolfo Cassan

**COORDINACIÓ:** Pablo Stajnsznajder

**ASSESSORAMENT LINGÜÍSTIC:** Mònica Noguero

**DISSENY I MAQUETACIÓ:** Duodisseny

**PRODUCCIÓ:** Letramédica scp.

E-MAIL: 19515psh@comb.es

**REDACCIÓ, SUSCRIPCIONS I CORRESPONDÈNCIA:**

Fundació Catalana de Trasplantament

Carrer Muntaner, 292, 3er, 2a

08021 Barcelona

Tel.: 93 200 33 71 Fax: 93 200 48 45

web: [www.fctransplant.org](http://www.fctransplant.org)

Patrocinat per la **Fundació Catalana de Trasplantament** amb el suport econòmic de Fujisawa. S'autoritza la reproducció citant la procedència. Butlletí de Trasplantament no comparteix necessàriament les opinions que s'hi publiquen.

**Fujisawa**

*New Medicines for New Times*