

# Trasplament

NÚMERO 26 ABRIL 2004

## Donación y trasplante en Cataluña

Cataluña continúa siendo un referente importante

Pág. 2

## Becas y Premios de la FCT

Convocatorias y bases

Pág. 15

## 8º Congreso de la SCT

Información general

Pág. 16

### EDITORIAL

## Directiva europea sobre tejidos y células humanas

Cada vez es más frecuente la circulación o el intercambio de tejidos y células entre diferentes países, a través de un espacio europeo abierto y sin fronteras. En este sentido, para garantizar la máxima calidad y seguridad de los tejidos y células destinados a la aplicación humana, no resulta suficiente una legislación apropiada a escala nacional, sino que se hace necesario contar con unas normas básicas que sean operativas en toda la Unión Europea. El tratado de Ámsterdam de la Unión Europea, en su artículo 152, otorga capacidad a la Comunidad Europea para establecer altos estándares de calidad y seguridad para la utilización de sangre y derivados, órganos, tejidos y otras sustancias de origen humano. Recientemente, el Consejo Europeo y el Parlamento Europeo han aprobado una nueva Directiva que garantizará el cumplimiento de los criterios básicos de calidad y seguridad para el empleo de tejidos y células humanas destinadas al uso humano en todos los estados de la Unión. La Directiva regula el uso de todos los tejidos y células humanas destinados a ser aplicados en humanos en lo que se refiere a las fases de donación, obtención, verificación, procesamiento, almacenamiento y distribución. En el caso de los medicamentos u otros productos que incorporen células o tejidos humanos, regulados por otra legislación comunitaria, la Directiva se aplicará sólo para las fases de donación, obtención y verificación. La Directiva excluye de su campo de aplicación la sangre y sus derivados –cubiertos por otra Directiva Comunitaria–, los órganos sólidos humanos que requieren una orientación diferente –motivo de una futura Directiva–, los tejidos y células que son obtenidos e implantados en el mismo acto quirúrgico, así como aquellos tejidos o células de origen no humano. Esta Directiva permitirá que los criterios básicos para la utilización de tejidos y células, que aseguran la protección de la salud de los ciudadanos, estén en vigor en toda la comunidad. Es, por tanto, un texto que todos esperábamos y celebramos, y al que damos la bienvenida.

### SUMARIO

#### ACTIVIDAD DE TRASPLANTE

Actividad de donación y trasplante en Cataluña 2003 ..... 2

#### TEMA A REVISIÓN

Retirada de inmunosupresión y trasplante hepático..... 6

#### TEMA ESPECIAL

La formación del juez en España y el proceso de extracción de órganos ..... 9

#### RESULTADOS BECAS 2003 DE LA FCT

Estudio del efecto de la reperfusión portal de prostaglandina E1 sobre la lesión de isquemia-reperfusión en un modelo de trasplante hepático porcino .....14

#### CONVOCATORIAS

Convocatoria de becas para la investigación ..... 15

Bases del premio al mejor artículo sobre trasplante publicado ..... 15

Convocatoria del premio a la mejor ponencia sobre trasplante ..... 15

#### ACTUALIDAD

8º Congreso de la Societat Catalana de Trasplament .... 16

Curso en inglés de Coordinación en Trasplante organizado por TPM ..... 16

Cambios en la SCT y la FCT.... 16

# Actividad de donación y trasplante en Cataluña 2003

En el año 2003, se han realizado un total de 748 trasplantes de órganos sólidos en Cataluña. De éstos, 425 fueron de riñón, 230 de hígado, 46 de corazón, 23 de pulmón y 24 de páncreas. Este número de trasplantes representó una actividad muy importante y situó a Cataluña, un año más, como referente en el Estado español.

A continuación se analizan los datos de acuerdo con el tipo de órgano trasplantado y se relaciona esta actividad con las respectivas tasas por millón de población (pmp).

Para calcular las tasas de donación y trasplante en Cataluña, se han tenido en cuenta los indicadores de población que, según el padrón municipal del año 2003, han cifrado el número de habitantes en 6.704.146.

## TRASPLANTE RENAL

La tasa de trasplantes renales en Cataluña fue de 63,4 pmp, mientras que la tasa del Estado español fue de 49,9 pmp (figuras 1 y 2).

Un hecho destacable en el 2003 ha sido el aumento de los trasplantes realizados procedentes de donante vivo, que permitieron realizar un total de 45 trasplantes de este tipo, frente a los 19 trasplantes practicados en el 2002. Así, el 10,5% de los trasplantes renales que se llevaron a cabo en el año 2003 fueron de donante vivo.

**Tanto las tasas de trasplante de órganos como las de donantes se sitúan, en Cataluña, entre las más elevadas del Estado español.**

## TRASPLANTE HEPÁTICO

La tasa de trasplantes hepáticos en Cataluña se situó en 34,3 pmp, mientras que en el Estado español fue de 24,3 pmp (figuras 3 y 4).

Con estos datos, se constata la tendencia al aumento de este tipo de trasplante.

Por otra parte, el trasplante de hígado procedente de donante vivo se mantuvo estable, con la realización de 10 intervenciones de este tipo.

## TRASPLANTE CARDÍACO

La tasa de trasplante cardíaco en Cataluña el año 2003 fue de 6,9 pmp. Respecto a la tasa del Estado español, fue de 6,8 pmp (figuras 5 y 6).

La actividad se ha mantenido estable los últimos años.

## TRASPLANTE PULMONAR

En trasplante pulmonar, la tasa en Cataluña fue de 3,4 pmp, mientras que la tasa del Estado español se situó en 3,5 pmp (figuras 7 y 8).

A lo largo del 2003 se produjo una disminución de esta actividad respecto al año 2002.

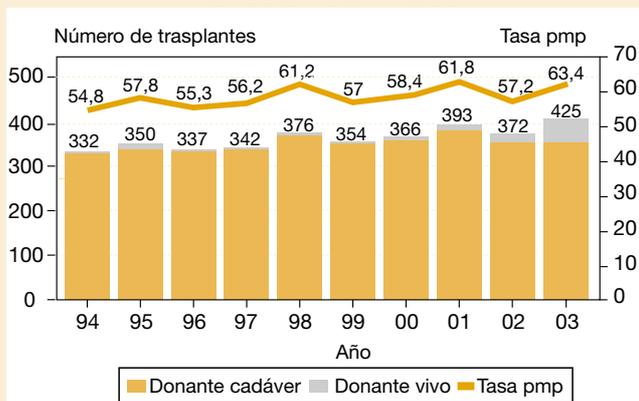
## TRASPLANTE PANCREÁTICO

La tasa de trasplante pancreático en Cataluña fue de 3,6 pmp, siendo la del Estado español del 1,7 pmp (figuras 9 y 10).

Cataluña sigue siendo un referente dentro del Estado en lo que a trasplante de páncreas se refiere, aunque la actividad de los últimos años se mantiene estable debido, en parte, al aumento de la edad del donante.

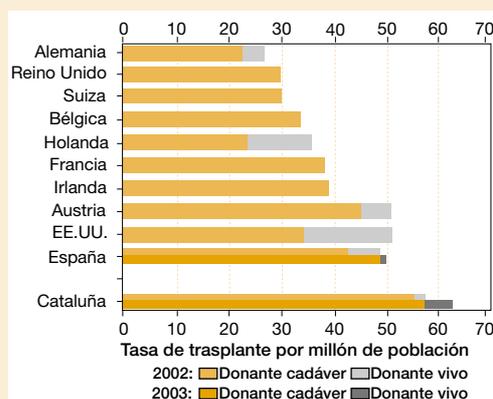
**Evolución del número y de la tasa de trasplantes renales. Período 1994-2003**

Fig.1



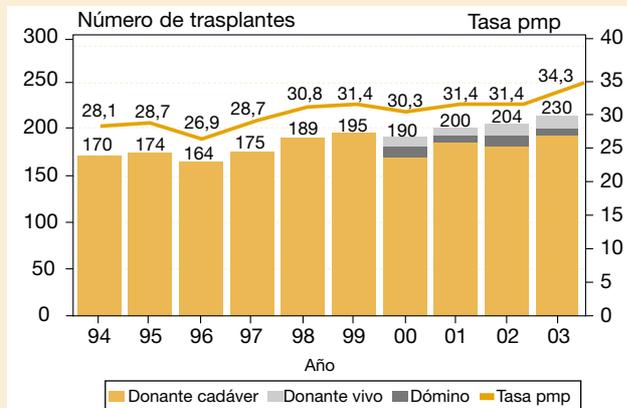
**Tasas de trasplante renal de diferentes países. Período 2002-2003**

Fig.2



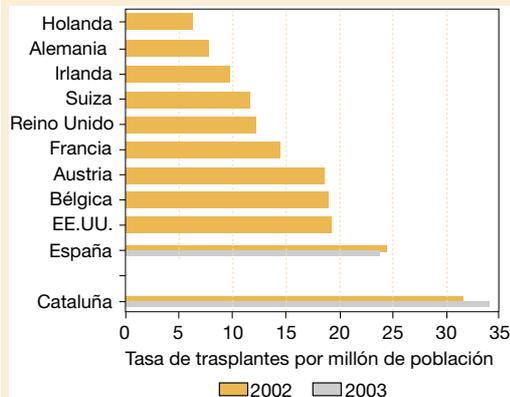
**Evolución del número y de la tasa de trasplantes hepáticos. Período 1994-2003**

Fig.3



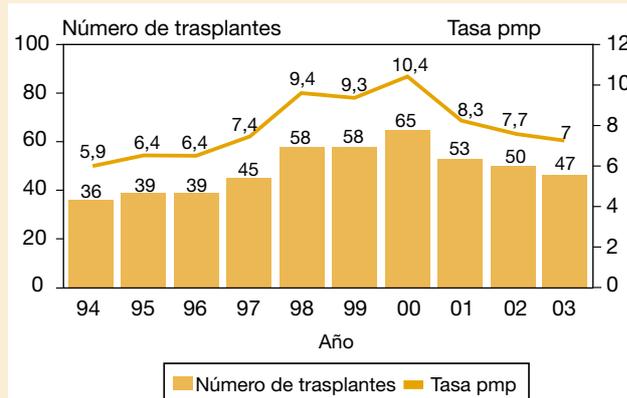
**Tasas de trasplante hepático de diferentes países. Período 2002-2003**

Fig.4



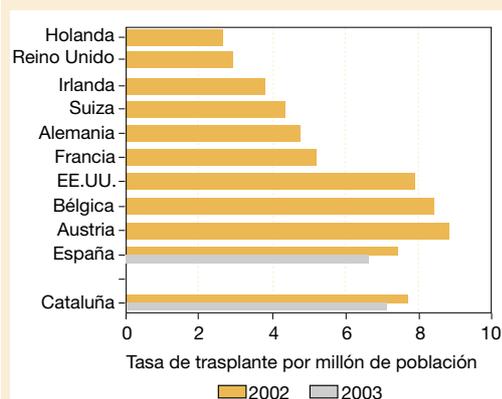
**Evolución del número y de la tasa de trasplantes cardíacos. Período 1994-2003**

Fig.5



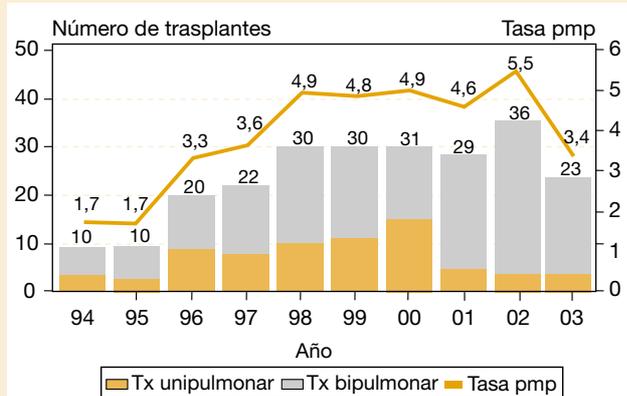
**Tasas de trasplante cardíaco de diferentes países. Período 2002-2003**

Fig.6



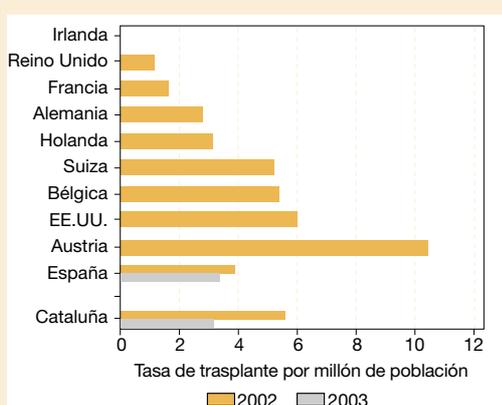
**Evolución del número y de la tasa de trasplantes pulmonares. Período 1994-2003**

Fig.7

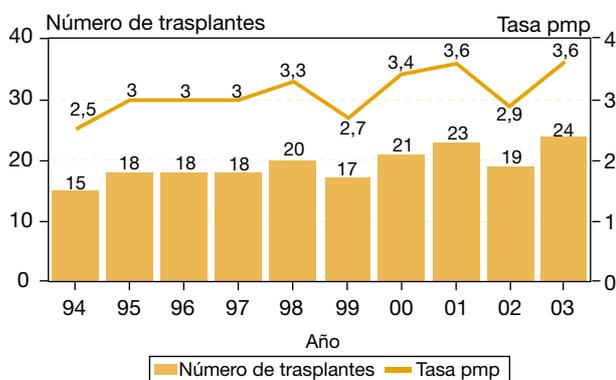


**Tasas de trasplante pulmonar de diferentes países. Período 2002-2003**

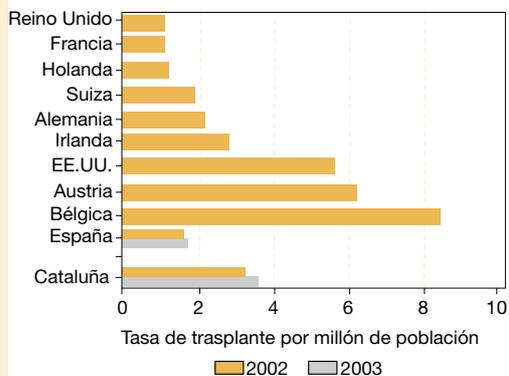
Fig.8



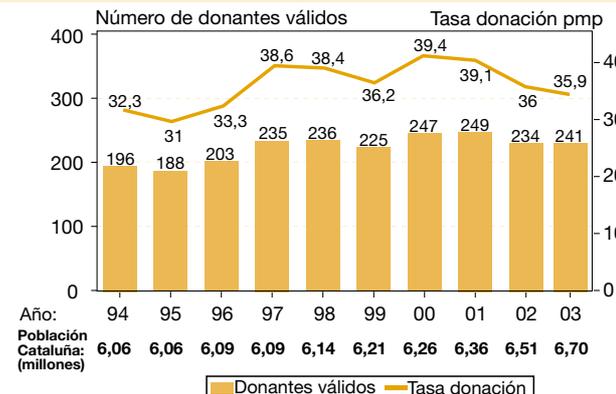
**Evolución del número y de la tasa de trasplantes pancreáticos. Período 1994-2003** Fig.9



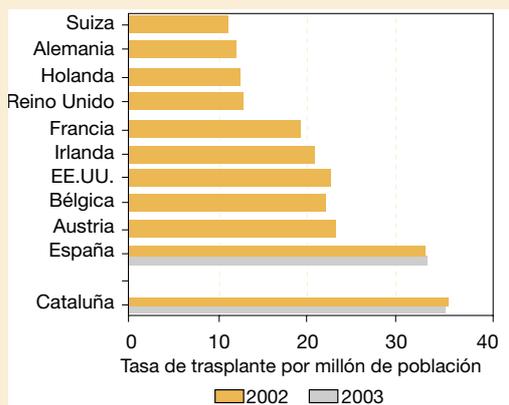
**Tasas de trasplante pancreático de diferentes países. Período 2002-2003** Fig.10



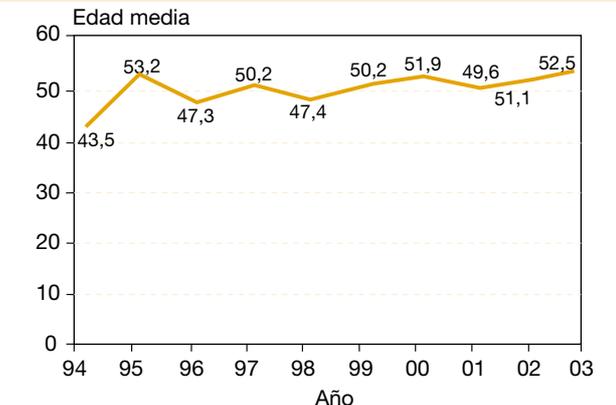
**Evolución del número de donantes válidos y de la tasa de donación. Período 1994-2003** Fig.11



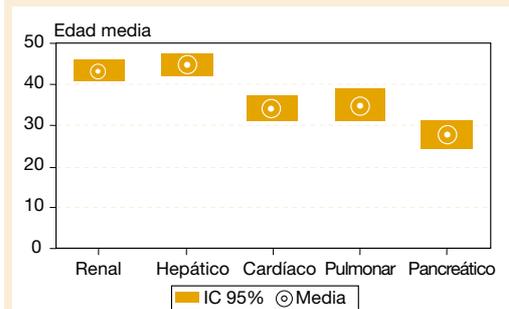
**Tasas de donación de diferentes países. Período 2002-2003** Fig.12



**Evolución de la edad media de los donantes válidos mayores de 15 años. Período 1994-2003** Fig.13

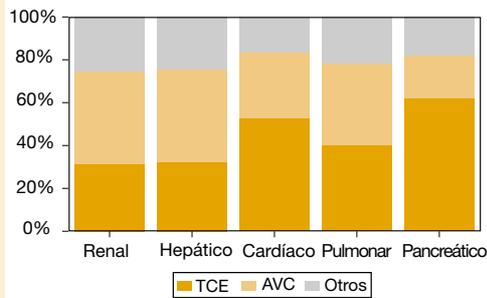


**Edad media de los donantes cadáver según el tipo de trasplante. Período 2000-2003** Fig.14



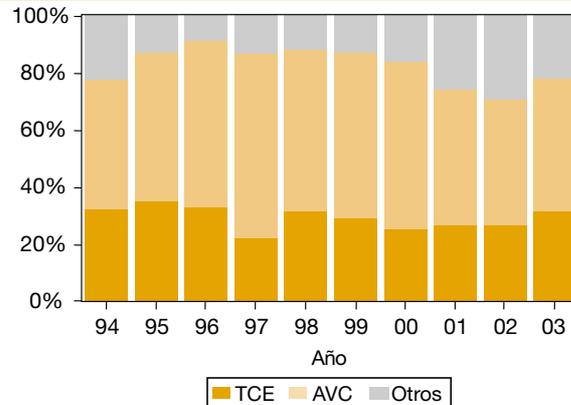
**Causa de muerte de los donantes cadáver según el tipo de trasplante. Período 2000-2003**

Fig.15



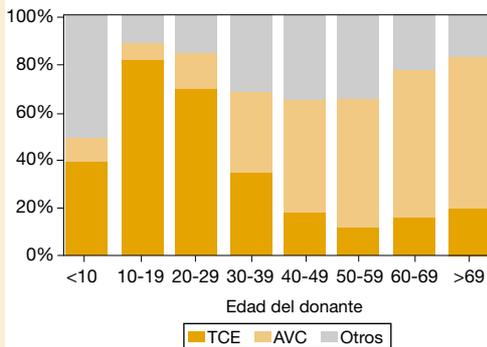
**Distribución de la causa de muerte de los donantes válidos. Período 1994-2003**

Fig.16



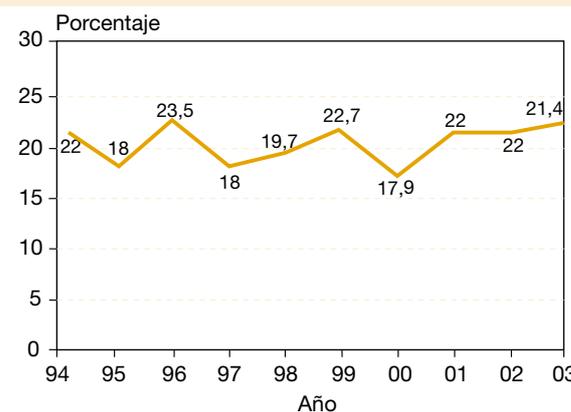
**Distribución de la causa de muerte según la edad de los donantes válidos. Período 2000-2003**

Fig.17



**Porcentaje de negativas a la donación. Período 1994-2003**

Fig.18



**DONACIÓN DE ÓRGANOS**

Respecto a la actividad en donación de órganos, Cataluña tuvo un total de 241 donantes válidos en el 2003. Esta cifra supuso un índice de donantes por millón de población de 35,9 y está por encima de la tasa del Estado español, donde fue de 33,7 pmp, así como de las comunidades autónomas que tienen un índice de población similar al de Cataluña, como Andalucía, con una tasa de donación pmp de 32,6, y Madrid, con una tasa de 33,2 pmp (figuras 11 y 12).

Como hecho destacable en el 2003, cabe subrayar el importante incremento de la donación de vivo, sobre todo respecto al trasplante renal.

En cuanto a la edad del donante, siguiendo la tendencia ascendente de los últimos años, la media de

edad de los donantes en el 2003 superó los 52 años (figuras 13 y 14).

Por otra parte, y también de acuerdo con la tendencia de los últimos años, en el 2003 la causa principal de muerte de los donantes continuó siendo el accidente cerebrovascular (figuras 15, 16 y 17).

Finalmente, hay que tener en cuenta el 21% de negativas a la donación acontecidas durante el año 2003, cifra que impidió realizar un número muy importante de trasplantes (figura 18).

**Un hecho muy destacable del año 2003 es el incremento de la donación de vivo, sobre todo en el trasplante renal.**

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

# Retirada de inmunosupresión y trasplante hepático

El dogma terapéutico según el cual los receptores de trasplante hepático deben recibir una medicación inmunosupresora de por vida ha sido puesto en cuestionamiento. En diversos estudios se ha evidenciado la posibilidad de retirar la inmunosupresión, evitando con ello los efectos secundarios de la medicación utilizada, sin que se produzcan alteraciones en el funcionamiento del hígado.

## RAZONES PARA RETIRAR LA INMUNOSUPRESIÓN

El trasplante ortotópico de hígado (TOH) es un tratamiento eficaz de las enfermedades hepáticas graves con mal pronóstico, si bien para evitar el rechazo, o que éste no amenace la viabilidad del injerto, se ha venido sometiendo a los pacientes trasplantados a inmunosupresión de por vida.

Esta norma, aceptada universalmente, ha sido reevaluada ante la conocida buena aceptación de los injertos hepáticos en animales y humanos, así como ante la evidencia de que algunos pacientes son capaces de mantener una función hepática normal cuando abandonan espontáneamente los fármacos inmunosupresores.

Por otra parte, se ha demostrado el efecto beneficioso de la retirada completa de inmunosupresión en los pacientes con infecciones graves tras el TOH, observándose una baja incidencia de rechazo agudo. Además, con el progresivo éxito del TOH, la supervivencia de los pacientes aumenta y, paralelamente, también se incrementan los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores, que suponen una causa fre-

cuenta de morbilidad y mortalidad a largo plazo. Entre tales efectos indeseables se incluyen el desarrollo de neoplasias *de novo*, infecciones oportunistas, nefrotoxicidad por ciclosporina o tacrolimus, hipertensión arterial e hiperlipemia, que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Por todo lo dicho, diversos grupos de trasplante hepático han planteado nuevas estrategias de tratamiento inmunosupresor, entre las que se incluyen la reducción de todos los agentes farmacológicos administrados en las pautas de doble o triple terapia, la retirada parcial de alguno de los fármacos o la retirada completa de los mismos.

## EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Todavía no se ha establecido el protocolo clínico más eficaz de retirada de inmunosupresión ni se han determinado los factores predictivos indicadores de

una buena aceptación del injerto hepático o de su rechazo. La situación ideal sería la retirada completa de la inmunosupresión manteniendo una función hepática normal. Por todo lo anteriormente expuesto, se han realizado estudios clínicos, hasta el momento escasos, en los que se retiró totalmente la inmunosupresión a pacientes sometidos a

**La retirada de la inmunosupresión se plantea ante la buena aceptación de los injertos hepáticos y la evidencia de que hay pacientes con una función hepática normal tras el abandono espontáneo de los fármacos.**

trasplante hepático después de varios años de un funcionamiento normal del injerto, o bien se retiró el fármaco inmunosupresor fundamental, generalmente la ciclosporina. Mediante estos estudios se ha podido establecer que un porcentaje significativo de pacientes mantenía una función hepática normal varios meses o años tras la retirada de la inmunosupresión, con cifras del 19% en un trabajo de Pittsburgh, del 28% en un estudio del King's College de Londres y del 38% en un reciente trabajo japonés con receptores de trasplante hepático de donante vivo. En otros dos estudios en los que se retiró solamente la ciclosporina se pudo alcanzar el objetivo en el 33 y el 59%, respectivamente.

El riesgo de retirar los fármacos inmunosupresores es el rechazo agudo o crónico. En los tres únicos estudios de retirada completa de inmunosupresión mencionados, los porcentajes de rechazo agudo fueron del 22% (King's College), del 26% (Pittsburgh) y del 25% (estudio japonés con donante vivo), sin aparición de rechazo crónico o pérdida del injerto hepático en ningún caso. Cuando se retiró sólo la ciclosporina, los porcentajes fueron del 18 y del 50% en los dos estudios descritos.

## Principales efectos adversos de los fármacos inmunosupresores

Tabla 1

- Neoplasias *de novo*
- Infecciones oportunistas
- Nefrotoxicidad
- Hipertensión arterial
- Hiperlipidemia
- Incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares

## CUESTIONES PENDIENTES

Son varias las cuestiones que se nos plantean antes de proponernos retirar los fármacos inmunosupresores de forma parcial o total en pacientes con trasplante hepático: ¿Beneficia a largo plazo a los pacientes con TOH retirar de forma exitosa la inmunosupresión de forma total?, ¿podríamos prescindir de los fármacos anticalcineurínicos?, ¿qué enfermedades de base podrían mejorar o agravarse tras la retirada de inmunosupresión? Y la pregunta más importante: ¿A qué pacientes podemos retirar la inmunosupresión con la seguridad de que se producirá tolerancia de forma segura?

Todas estas preguntas sólo pueden contestarse desde el estudio clínico y de investigación de los factores fisiopatológicos implicados en la tolerancia en humanos. Para ello, es imprescindible controlar de forma protocolizada los parámetros de función hepática, la histología del hígado y diversos parámetros inmunológicos, con la finalidad de intentar esclarecer el perfil diferencial entre los pacientes que tolerarían el injerto hepático sin inmunosupresión o con mínimas dosis y aquellos que no lo tolerarían.

### LA EXPERIENCIA DE NUESTRO GRUPO

Nuestro grupo de trasplante hepático viene trabajando desde hace tiempo en el campo de la tolerancia, particularmente en el de la tolerancia clínica en pacientes con injerto hepático a los que se ha retirado la inmunosupresión por efectos secundarios de la misma. En un reciente estudio hemos analizado la incidencia de rechazo tras la retirada de los inmunosupresores (IS) en pacientes con TOH. En dicho trabajo se estudiaron 20 pacientes tratados con ciclosporina (Cy) con o sin esteroides y azatioprina, a los que se inició la retirada de los IS de forma programada por sus efectos secundarios (n=10), por aparición de tumores (n=3) o por infecciones víricas (n=3), o que suspendieron espontáneamente dichos fármacos (n=4).

Con respecto a la forma de retirada, los 10 pacientes con toxicidad secundaria a los IS disminuyeron la Cy durante un periodo de un año hasta su retirada, con posterior eliminación de los esteroides y/o la azatioprina; a los seis pacientes con tumores o infecciones víricas se les retiró la inmunosupresión durante un mes, y los cuatro pacientes que suspendieron la medicación espontáneamente lo hicieron de forma brusca.

En ocho pacientes (40%) fue posible la retirada completa de los IS sin aparición de rechazo tras un período de seguimiento de 20±8 meses (límites 10-40 meses). Seis pacientes (30%) presentaron rechazo agudo durante el período de descenso de la IS, que se resolvió reanudando la Cy a los niveles basales en cuatro casos y convirtiendo a tacrolimus (Tac) en dos casos. Solamente un paciente que retiró espontáneamente los IS desarrolló rechazo crónico, permaneciendo estable con Tac. Cinco pacientes (25%) con alteraciones de las transaminasas presentaron en la histología hepática

inflamación portal linfoplasmocitaria sin criterios de rechazo, resolviéndose la situación tras reanudar la Cy a las dosis basales en tres casos y tras conversión a Tac en dos pacientes. La edad media y los meses transcurridos entre el TH y el inicio de la retirada de los IS de los pacientes con rechazo fueron menores que los de aquellos pacientes sin rechazo o con inflamación portal (edad: 45,5±6 frente a 56,2±6,6; p<0,01) (meses: 21,2±5,3 frente a 49±26; p<0,001).

### CONCLUSIONES DE NUESTRA EXPERIENCIA

Pudimos concluir que en los pacientes con TOH es posible la retirada de la inmunosupresión sin que aparezca rechazo en un número considerable de ellos y que el rechazo agudo que aparece en los pacientes con TOH sometidos a retirada de los IS suele ser leve y de fácil resolución reestableciendo las dosis de IS basales o convirtiendo a otro tipo de inmunosupresor. Además, la retirada de los IS parece más adecuada en pacientes de mayor edad y con más tiempo transcurrido desde el TOH.

### TOLERANCIA Y RETIRADA DE INMUNOSUPRESIÓN

La tolerancia, definida como una falta de respuesta inmunológica a aloantígenos en ausencia de fármacos inmunosupresores, ha sido y es uno de los campos más activos de investigación en inmunología en general y en trasplante en particular. Dentro del trasplante de órganos, el hígado se considera un órgano privilegiado desde el punto de vista inmunológico, pues no se requiere compatibilidad HLA y la incidencia de una disfunción crónica del órgano es baja. Asimismo,

**Entre las nuevas estrategias de inmunosupresión se incluyen la reducción de todos los agentes administrados en doble o triple terapia, la retirada parcial de alguno de los fármacos y la retirada completa de los mismos.**

## CONCLUSIONES

Las ventajas de retirar la inmunosupresión en los pacientes con TOH se derivan fundamentalmente de la disminución o desaparición de los efectos secundarios de los fármacos. Este hecho no se ha podido demostrar en las investigaciones clínicas mencionadas, y los beneficios individuales a largo plazo aún no se pueden establecer, ya que la aparición de neoplasias *de novo* y las complicaciones cardiovasculares requieren un mayor periodo de observación para ser detectados. De estos estudios se derivan dos importantes conclusiones:

- Es posible retirar completamente o disminuir de forma significativa los medicamentos inmunosupresores en el TOH.
- Resulta de enorme interés conocer el perfil de aquellos pacientes que tolerarán bien un injerto hepático sin recibir medicación inmunosupresora una vez pasados algunos años tras el TOH.

El interés de estos dos aspectos radica en que, en teoría, la retirada de la inmunosupresión en los pacientes tolerantes a un injerto hepático no sólo nos permitiría disminuir los ya señalados riesgos inherentes a la medicación inmunosupresora, sino también conocer en profundidad, y desde un punto de vista práctico en clínica humana, los mecanismos fisiopatológicos de la tolerancia inmunológica en el TOH.

desde hace muchos años se ha observado la capacidad de este órgano de inducir tolerancia. A pesar de esta observación inicial dentro del campo del trasplante, el mecanismo o los mecanismos intrínsecos de este proceso de inducción de tolerancia no se conocen. Entre los mecanismos propuestos se incluiría la delección clonal de células alorreactivas, la anergia clonal, la supresión mediada por células T reguladoras, la tolerancia "infecciosa", el microquimerismo, etc.

Podría ser de gran interés conocer los parámetros inmunológicos que nos permitan determinar de un modo predictivo los casos en los que se ha inducido tolerancia, lo que posibilitaría retirar la inmunosupresión y al mismo tiempo profundizar en los mecanismos intrínsecos del proceso de inducción de tolerancia. La expresión de moléculas de adhesión y coestimuladoras (CD28, CTLA-4, CD80, CD86, etc.) parece jugar un papel primordial en la aceptación o el rechazo del injerto, y puede ser de utilidad para predecir de forma precoz la aparición del rechazo agudo. Las citocinas parecen desempeñar una función muy importante en la regulación de la respuesta inmune contra los injertos. Estos factores solubles participan en la activación y diferenciación de las células inmunes efectoras y median la actividad citotóxica de éstas. Se ha sugerido que las citocinas Th2 podrían suprimir el rechazo del injerto, mientras que las citocinas Th1 podrían promoverlo. CD95 (Fas) y su ligando (FasL) son proteínas de la superficie celular que median apoptosis. Se ha sugerido que CD95 y

CD95L desempeñan un papel importante en la regulación de la respuesta inmune a antígenos y en la inducción de tolerancia periférica. Ambas proteínas se pueden encontrar en forma soluble y su monitorización puede aportar claves importantes en la patogenia del rechazo del injerto.

Una de las características de las investigaciones clínicas anteriores fue el escaso análisis de factores que pudieran determinar desde el punto de vista clínico, y sobre todo inmunológico, qué pacientes podrían vivir normalmente sin inmunosupresión. Sólo el grupo de Roger Williams, del King's College de Londres, analizó algunos de estos factores en un grupo de 20 pacientes con retirada de inmunosupresión de forma completa. Se concluyó que los parámetros

asociados con un mayor éxito en la retirada de la inmunosupresión fueron: enfermedad de base de carácter no inmune, una menor incompatibilidad HLA A, B y DR, y una menor incidencia de rechazo precoz. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las poblaciones CD8+ y CD3+ fueron menores en el lobulillo hepático de las biopsias realizadas antes de la retirada de la inmunosupresión, en los pacientes que la toleraron de manera completa, existiendo un número similar de dichas poblaciones en los casos de no tolerancia y de rechazo agudo precoz.

### **El rechazo agudo que puede aparecer en los pacientes sometidos a retirada de los inmunosupresores suele ser leve y de fácil resolución.**

asociados con un mayor éxito en la retirada de la inmunosupresión fueron: enfermedad de base de carácter no inmune, una menor incompatibilidad HLA A, B y DR, y una menor incidencia de rechazo precoz. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las poblaciones CD8+ y CD3+ fueron menores en el lobulillo hepático de las biopsias realizadas antes de la retirada de la inmunosupresión, en los pacientes que la toleraron de manera completa, existiendo un número similar de dichas poblaciones en los casos de no tolerancia y de rechazo agudo precoz.

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

No creo que descubra nada nuevo si afirmo que entre médicos y jueces existe un recíproco interés por nuestras respectivas profesiones. Ignoro en qué se asienta la atracción que puede sentir el colectivo médico: quizás sea la visión de que nuestro trabajo está orientado a la resolución de conflictos, o quizás sea una óptica más prosaica, es decir, una atracción nacida del hecho de que la función del juez consiste en decidir sobre la vida o patrimonio de cualquier ciudadano y del hecho de que tales decisiones vengan revestidas de toda la fuerza

del estado para su aplicación imperativa. Sea cual sea la respuesta, lo cierto es que el reconocimiento que los jueces otorgamos a los profesionales de la medicina es un homenaje a un saber que, a diferencia del nuestro, lucha por escudriñar lo que nos viene dado. La ciencia médica no se ocupa de normas o reglas de funcionamiento creadas por el hombre, sino de algo que trasciende a nuestra propia existencia. Su saber entraña el reto constante gracias al que la inteligencia humana puede burlar o modificar la trayectoria que imponen las reglas de la biología; y se nos muestra, así, como una misión superior a quienes siempre nos movemos entre reglas cuyo contenido no tiene otro respaldo que el que el hombre haya creído —o haya querido— que sea así.

Es seguro que esta recíproca seducción profesional se ve reforzada por existir zonas de común interés. No me estoy refiriendo al espinoso campo del enjuiciamiento

de la imprudencia médica —que también—, sino a parcelas en las que facultativos y jueces estamos obligados a entendernos. Materias como la bioética o la extracción de órganos son cuestiones en las que confluyen ambos sectores profesionales y en las que la coherencia entre la respuesta médica y la jurídica debe ser exigida, pues es la única manera de impedir un rechazo mutuo y el único instrumento para que la ciudadanía no critique al sector profesional que no satisfaga sus demandas de razón y lógica.

Ambas razones, y la generalizada percepción de que las dos profesiones han de tener un riguroso proceso formativo, en el que tenga cabida no sólo el ineludible acopio de conocimientos teóricos, sino también una fase de aprendizaje práctico, es lo que me lleva a escribir este artículo, orientado tanto a que la clase médica pueda conocer la minuciosa formación de un juez en nuestro país, como a que perciba cuál es el contenido concreto de su formación relativa al proceso de extracción.

## La formación del juez en España y el proceso de extracción de órganos

El autor, Jefe de la Sección de Formación Inicial de la Escuela Judicial de España, explica en este artículo por qué se realiza y en qué consiste el Curso especializado sobre donación y trasplantes que se imparte en dicha Escuela como parte del obligado período de prácticas que siguen los jueces tras aprobar las oposiciones.

### LA FORMACIÓN DEL JUEZ Y LA ESCUELA JUDICIAL

A nadie se le escapa que para ser juez es preciso cursar los estudios de derecho y muchos sabrán que posteriormente es necesario superar una oposición que exige el conocimiento profundo de innumerables cuestiones jurídicas agrupadas en un programa de más de 350 temas. La rigurosidad de la selección no sólo se asienta en lo extenso de los conocimientos exigidos, sino en la circunstancia de que anualmente inician el proceso de selección unos 6.000 licenciados en derecho, para cubrir un número aproximado de sólo 100

plazas. Por lo tanto, no resulta extraño que el tiempo medio de preparación de este ejercicio, para los candidatos que consiguen superar las pruebas, sea de cuatro años.

Al sistema de formación se le critica —de forma simplista y peyorativa— ser un método exclusivamente memorístico. Obviamente, tal crítica se fundamenta en una voluntad

de no estudiar o bien en la experiencia de aquellos que nunca entendieron lo que estudiaron, pues hoy por hoy, el examen teórico que conllevan las oposiciones constituye el único instrumento que garantiza el entendimiento, conocimiento y dominio del derecho por parte de los jueces, ya que el sistema de formación universitaria se ha desviado hacia el mero aprovisionamiento de un título oficial y no garantiza la retención de los mínimos conocimientos teóricos para el cabal desempeño individual de una actividad profesional de alta responsabilidad.

Lógicamente, este conocimiento teórico no puede bastar para juzgar las conductas del resto de la comunidad. La formación debe abarcar también la consecución de una habilidad práctica, que deberá adquirirse con antelación a las primeras actuaciones profesionales, pues de otro modo el juez de ingreso adquiriría su experiencia inicial poniendo en riesgo los derechos concretos de algunos particulares. Por esta razón, quienes superan las oposiciones de ingreso a la carrera

**Materias como la bioética o la extracción de órganos son cuestiones que exigen el entendimiento de jueces y facultativos, pues requieren la coherencia entre la respuesta médica y la jurídica.**

judicial —que actualmente tienen una edad media de 28 años— habrán de pasar además un periodo de formación práctica en la Escuela Judicial de España. Este periodo es igualmente selectivo y tiene fijada una duración de otros dos años para la actual promoción (la ley define que el periodo de formación práctica del juez tendrá una duración mínima de 9 meses para la fase presencial, que tiene lugar en la Escuela Judicial de Barcelona, y de 6 meses para la fase de prácticas tuteladas, que tiene lugar en distintos juzgados del territorio español).

En el segundo año, el juez en prácticas quedará adscrito a cualquier juzgado de España, con el fin de aprender de otro juez. Durante dicho año, el juez en prácticas no sólo podrá dirigir juicios y otros actos orales —siempre asistido por su tutor—, sino que podrá proponer a éste las resoluciones que considere adecuadas en cada uno de los distintos casos existentes en ese juzgado.

#### PRÁCTICAS EN LA ESCUELA JUDICIAL

Durante el primer año de formación práctica, el juez en prácticas ha de adquirir las habilidades que le permitirán abordar esta función judicial con un mínimo de conocimiento analítico y soltura. Esto es lo que se persigue en la Escuela Judicial de España

que el Consejo General del Poder Judicial tiene establecida en Barcelona. Durante este primer año se suministra al alumno una formación instrumental en el manejo informático (bases de datos, tratamientos de texto, correo electrónico o Internet) o —de forma voluntaria— en francés o inglés jurídico, o en los diferentes idiomas autonómicos. En este primer año se aborda también una formación inicial en materia de

dirección oral del procedimiento; para ello se cuenta con la colaboración de expertos en técnicas de comunicación y se efectúan simulaciones de juicios con los alumnos de las Escuelas de Práctica Jurídica de distintas universidades o de los Colegios de Abogados. Si la

oralidad es importante, no se olvida tampoco la técnica gramatical y jurídica de redacción escrita de resoluciones. El año se aprovecha además para que el alumno conozca la realidad cercana a los juzgados, desarrollándose así estancias en despachos de abogados, en instituciones penitenciarias, en policía científica y judicial o en instituciones europeas como el Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea o el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Toda esta actividad complementa el principal objetivo del primer año, consistente en desarrollar la capacidad de análisis de la realidad por parte del juez en prácticas; lo que no sólo pasa por estimular la percepción de los problemas jurídicos, sino también por tomar conciencia de la realidad social en la que surgen determinados conflictos jurídicos o en la que la decisión judicial va a proyectarse.

Se trabaja así con el llamado “método del caso”, con el que se pretende que el juez

en prácticas vaya formándose un esquema propio —pero inteligente y cauto— de decisión prudencial, es decir, un método razonable de aplicación de la norma general a los distintos casos concretos.

en prácticas vaya formándose un esquema propio —pero inteligente y cauto— de decisión prudencial, es decir, un método razonable de aplicación de la norma general a los distintos casos concretos.

en prácticas vaya formándose un esquema propio —pero inteligente y cauto— de decisión prudencial, es decir, un método razonable de aplicación de la norma general a los distintos casos concretos.

#### CURSO SOBRE AUTORIZACIÓN JUDICIAL EN MATERIA DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS

La formación va más allá de la mera resolución de casos. Se organizan cursos especializados sobre cuestiones de especial interés, bien sea por su importancia cuantitativa en los juzgados, por su novedad legislativa o por el interés social que suscitan. Hay así cursos sobre derecho de familia, registro civil, ejecución civil, criminalística, el nuevo código penal o cooperación jurídica internacional, entre muchos otros; y entre los que a la profesión médica pueden interesar más directamente, no sólo se encuentran cuestiones como la imprudencia médica, la bioética o el rechazo al tratamiento, sino que se abordan cuestiones tan puntuales como “La autorización judicial en materia de extracción de órganos”.

Con esta actividad se pretende proporcionar al juez en prácticas un conocimiento de la Ley 30/1979, de 27

**La formación del juez debe abarcar, además de los conocimientos teóricos, la consecución de una habilidad práctica que deberá adquirirse con antelación a las primeras actuaciones profesionales.**

**Quienes superan las oposiciones de ingreso a la carrera judicial deben pasar un periodo de formación práctica en la Escuela Judicial de España, que es igualmente selectivo y tiene fijada una duración de dos años para la actual promoción.**



El Curso de formación incluye la asistencia opcional al proceso de trasplante de órganos.



Vista del edificio de la Escuela Judicial de Barcelona.

de octubre, sobre Extracción y Trasplante de Órganos, y del Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre donación y trasplantes de órganos y tejidos. No obstante, la pretensión pedagógica va mucho más allá: no puede hablarse de formación judicial sin analizar cuáles pueden ser en la práctica los criterios que han de definir la necesidad de denegar o autorizar la extracción de órganos en supuestos de muertes sujetas a investigación judicial. Junto a ello, la empatía con el problema humano que anida detrás de cada extracción y el conocimiento de las circunstancias en las que la profesión médica desarrolla su labor garantizan que el pronunciamiento judicial que pueda dictarse en un futuro ponderará de forma cauta los distintos intereses en conflicto; esta circunstancia permite prever que la respuesta judicial será razonable y eficaz en la mayor parte de las ocasiones.

### FORMACIÓN TÉCNICO-JURÍDICA

La actividad cuenta con una exposición técnico-jurídica de la Ley y su Reglamento y de los criterios de actuación judicial. Se explica así la diferencia entre muerte por parada cardiaco-respiratoria y por cese irreversible de las funciones encefálicas; se informa sobre el consentimiento presunto de la extracción definido por nuestro ordenamiento jurídico, y se analizan cuáles son las exigencias legales para la autorización de extracción y cuándo es necesaria una autorización por parte del juez que conozca de la causa.

La principal reflexión se centra en cuáles pueden ser los criterios que han de orientar al juez de instrucción a la hora de autorizar o denegar la extracción. En relación con esta cuestión, se destaca que la exigencia

reglamentaria de oír previamente al médico forense (el artículo 10.5 del Reglamento dispone que “Antes de la extracción se recabará autorización del juez, el cual, previo informe del médico forense, deberá concederla siempre que no se obstaculice la instrucción de las diligencias penales”), no determina que el criterio de éste deba ser el definitivamente imperante. Es el juez quien ha de adoptar la decisión en función de que la extracción pueda obstaculizar o no la instrucción, cuestión esta que es ajena a que la obtención de los órganos pueda comportar un obstáculo para el informe médico-legal sobre la mecánica del óbito, pues es obvio que el contenido de la investigación puede en ocasiones hacer innecesario u ocioso dicho informe.

Son dos las interpretaciones que caben a la indicación reglamentaria de que el juez deberá conceder la extracción “siempre que no se obstaculice la instrucción de las diligencias penales”. Una primera y tradicional interpretación *contrario sensu* vendría a defender que cuando la extracción obstaculice la investigación, la obtención de los órganos debe ser denegada. Esta interpretación, siendo técnicamente viable, no se muestra lógica, pues da

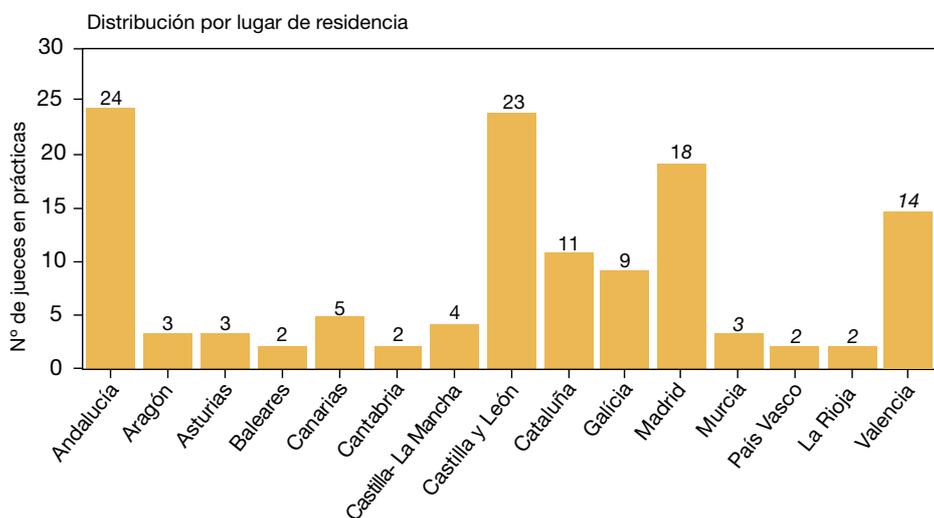
prioridad al interés criminal sobre el socio-sanitario y puede ser contraria a la realidad constitucional. Una segunda interpretación propugnaría que el legislador establezca la obligatoriedad de la autorización en caso de inexistencia de obstáculo, pero que debe guardar silencio sobre lo que ha de hacerse en aquellos casos en los que se ignore si la extracción obstaculizará la investigación (como ocurre en casos de muerte por asistolia a la llegada al hospital) o incluso cuando se esté seguro de que la extracción la perjudicará. En estos dos supuestos en los que la ley nada prevé, será el juez el que habrá de resolver el caso concreto analizando el interés socio-sanitario y el interés criminal que han entrado en conflicto.

Lo problemático para el juez será encontrar unos parámetros que le permitan dimensionar cada uno de estos intereses. En cuanto a la definición del interés de depuración de la responsabilidad criminal, deberá hacerse desde la información que sobre las circunstancias del fallecimiento tenga el juez de instrucción, bien en virtud del atestado o denuncia recibido, bien a través de la información que se suministra con la solicitud sobre las circunstancias personales del fallecido y sobre las circunstancias de su ingreso en el hospital, o incluso, mediante las aclaraciones o indagaciones que el juez puede ordenar a la propia policía judicial.

**El principal objetivo del primer año de prácticas en la Escuela Judicial consiste en desarrollar la capacidad de análisis de la realidad por parte del juez, lo que pasa por estimular la percepción de los problemas jurídicos y por tomar conciencia de la realidad social en la que surgen determinados conflictos jurídicos o en la que va a proyectarse la decisión judicial.**

Tabla 1

## Distribución por lugar de residencia de los jueces en prácticas



### DELIMITACIÓN DEL INTERÉS SOCIO-SANITARIO POR LOS ÓRGANOS

En cuanto a la delimitación del interés socio-sanitario de los órganos, no puede argumentarse que algunos de estos órganos pueden ser vitales y que por ello ha de primar su trasplante sobre otras finalidades. Si hubiera de ser siempre así, la ley excluiría la autorización judicial en caso de órganos esenciales, lo que no hace. Así pues, es el juez quien habrá de analizar cuáles son las necesidades socio-sanitarias en cada caso. Sin embargo, el Juzgado no recibe información sobre la finalidad del trasplante de órgano o tejido (pues según el artículo 10.5 del Reglamento, no es obligatorio incluir tal información junto a la solicitud), de manera que el juez no siempre puede dimensionar este interés sanitario.

No obstante, el hecho de que no sea obligado aportar esta información no quiere decir que el juez no pueda interesar el destino de lo peticionado antes de tomar su decisión, de suerte que, conociendo su aprovechamiento, pueda calibrar el interés social por los órganos y contrastarlo con el perjuicio que su extracción puede causar en la depuración de la responsabilidad criminal. De este modo, la consideración de si la petición comprometedor se centra en órganos o tejidos, el

análisis de si aquellos son vitales o no, la determinación del grado de urgencia del trasplante, la ponderación de una eventual naturaleza de hiperinmunización renal en el receptor o la definición de si los tejidos lo son para su implantación inmediata o para su conservación, son criterios que permitirán contrastar de forma sensata el interés socio-sanitario con el criminal.

**En la formación judicial se analizan, en la práctica, los criterios que han de definir la necesidad de denegar o autorizar la extracción de órganos en supuestos de muertes sujetas a investigación judicial.**

**El juez adopta la decisión de autorizar o denegar la extracción en función de que pueda obstaculizar o no la instrucción del caso.**

Conviene precisar que el interés criminal está perfilado por circunstancias también muy diferentes, como son: 1) definir si nos encontramos con seguridad ante un delito o por el contrario se ha iniciado la investigación por la mera sospecha de su posible existencia, 2) la propia gravedad del ilícito penal objeto de investigación, 3) el interés social en su esclarecimiento, 4) la existencia o no de perjudicados y su número, 5) el pronóstico más o menos definido de que la extracción vaya a perjudicar la investigación, frente al mero riesgo de que pueda ocurrir, y 6) en definitiva, el extremo del enjuiciamiento que pueda perjudicarse por tal autorización.

Todas estas variables permitirán al juez construir una decisión razonada de qué interés ha de prevalecer en cada caso, sin olvidar que la resolución más sencilla será precisamente aquella que contraponen los perjuicios más extremos, pues difícilmente podrá comprender la ciudadanía que un riesgo

## VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Curso, a pesar de constituir una actividad obligatoria, ha sido muy bien acogido por los casi 700 jueces o futuros jueces que hasta la fecha lo han realizado.

Por nuestra parte, la convicción de que el conocimiento directo del proceso de extracción puede comportar una experiencia vital tan intensa que comprometerá al futuro juez con la razonabilidad de su decisión, así como la certeza de que el resto de alumnos acogerán más fácilmente el testimonio próximo y amigo de sus propios compañeros, determinó que esta actividad no sólo sea obligatoria y en formato de curso, sino que aquellos alumnos que así lo deseen, puedan integrarse –de forma sucesiva y a lo largo del curso académico– en los distintos equipos de coordinación de trasplantes de los hospitales Clinic, Sant Pau, Vall d’Hebron y Bellvitge.

La desinteresada y esforzada colaboración de los Dres. Martí Manyalich, Antonio López-Navidad, Rosa Deulofeu y Carlota González, así como la del resto de facultativos integrados en sus respectivos equipos, ha hecho posible que, hasta la fecha, más de 150 jueces no sólo hayan alcanzado una explicación teórica y general del proceso de extracción, sino también conocido los recursos materiales y humanos de estos centros médicos y disfrutado de la oportunidad de seguir, como un facultativo más, la ejecución del proceso de extracción e implante. El buen hacer de los anfitriones ha hecho que todos estos jueces exalten una valía y dedicación profesional que es corroborada por el agradecimiento que la sociedad les dispensa, ejemplificado en la gratitud de cada familia al término de cada proceso de implante.

vital en urgencia cero pueda quedar subordinado al interés por reprimir en la forma exactamente prevista la responsabilidad inherente a una muerte imprudente o incluso a un delito de sangre.

### FORMACIÓN EN ASPECTOS MÉDICOS

Tras esta formación técnico-jurídica, la actividad aborda una exposición sobre la organización funcional y administrativa de los servicios de trasplantes y sobre la función socio-sanitaria que actualmente despliegan dichos servicios. Contando con la inestimable colaboración de la Dra. Blanca Miranda (Coordinadora Nacional de Trasplantes, de la Organización Nacional de Trasplantes) y del Dr. Jordi Vilardell (Director de la Organización Catalana de Trasplantes del Servicio Catalán de la Salud), el alumno toma conocimiento de los orígenes de esta actividad médica; del valor socio-sanitario de los programas de trasplante, del volumen de su insuficiencia, de la mejora de la expectativa y calidad de vida de los receptores de los órganos, de la organización administrativa del servicio sanitario o de cuáles son los criterios territoriales y médicos para la distribución de los órganos. Conceptos como urgencia cero, situación crítica o hiperinmunización, sugieren una dimensión del problema que el juez de instrucción no puede ignorar cuando se recaba su autorización.

La formación no termina ahí. La exposición de la Dra. Catiana Cabrer permite que los jueces en prácticas conozcan la forma en que los equipos médicos abordan la intervención concreta, cómo se detecta al potencial donante y se diagnostica y certifica su defunción y de qué manera han de valorarse y preservarse los órganos, o de qué modo se determina al potencial receptor

y cómo se recaba la autorización familiar o judicial en momentos en que el duelo o la urgencia suponen una dificultad añadida. Lógicamente, todo ello orientado a que se conozca también cómo serán los procesos de extracción e implante, sin olvidar cuáles son los instrumentos técnicos y pruebas que el equipo médico puede poner a disposición de la autoridad judicial para suministrar cuantos datos macroscópicos o analíticos sean precisos para la investigación judicial.

La actividad culmina con una mesa redonda en la que participan representantes de los distintos sectores profesionales afectados: jueces de instrucción, coordinadores médicos de trasplantes y médicos forenses. Seguidamente, el Ilmo. Sr. Joaquín Aguirre, como juez de instrucción, y el Dr. D. Amadeo Pujol, como médico forense, se añaden a los ponentes anteriores para analizar esta problemática desde la óptica profesional y con la experiencia que les es propia.

Por último, el Curso finaliza con la resolución de un caso práctico.

**La información que reciba el juez sobre la finalidad y características del trasplante le permitirá realizar una correcta evaluación de la solicitud de extracción y contrastar de forma sensata el interés socio-sanitario con el criminal.**

.....  
**Pablo Llarena Conde**

Magistrado

Jefe de la Sección de Formación Inicial  
Escuela Judicial de España, Barcelona

# Estudio del efecto de la reperfusión portal de prostaglandina E1 sobre la lesión de isquemia-reperfusión en un modelo de trasplante hepático porcino

## HIPÓTESIS

El grado de lesión de isquemia-reperfusión (LI-R) mantiene correlación principalmente con el tiempo de preservación del órgano en isquemia fría. El modelo de trasplante hepático porcino con el órgano preservado por una duración de 24 horas producirá una lesión isquemia-reperfusión severa con elevada mortalidad. La administración de prostaglandina E1 (PGE1) por vía intraportal inmediatamente después de la reperfusión será bien tolerada hemodinámicamente debido a la metabolización casi total en el injerto implantado y producirá, asimismo, un efecto benéfico en la lesión de isquemia-reperfusión.

## OBJETIVOS

Establecer un modelo experimental de trasplante hepático porcino en el que se pueda reproducir el fenómeno de isquemia-reperfusión, con el objeto de valorar los efectos de la PGE1 en la LI-R y en la tolerancia hemodinámica cuando esta hormona es administrada por vía portal en el momento de la revascularización hepática.

## MÉTODOS

En el estudio se utilizaron hembras de la especie porcina de una mezcla entre las razas Largewhitex y Landrace, con un rango de peso entre 30-35 kg. El estudio ha estado compuesto por dos grupos de 4 experimentos de trasplantes hepáticos ortotópicos porcinos. En ambos grupos, para que se produjera una LI-R importante, el tiempo de isquemia fría fue de 24 horas. Mediante un catéter introducido por una colateral venosa dirigida hacia el tronco portal, se administró, durante 90 minutos, en la fase de revascularización del órgano, suero fisiológico (grupo A) o bien PGE1, a una dosis de 0,15 µg/kg/min (Alprostadil® 500 µg) (grupo B).

En las 5 horas siguientes a la reperfusión del injerto se efectuaron los estudios para la valoración de la LI-R (AST, ALT, LDH, β-galactosidasa y biopsias hepáticas), la función hepática (cuantificación de producción de bilis, tiempo de protrombina y factor V) y la tolerancia hemodinámica a la administración de la medicación (PGE1) mediante la verificación de los parámetros hemodinámicos regional (flujos portal y arterial hepático) y sistémico (PAM, FC y PVC).

## RESULTADOS

Durante el análisis de la LI-R, tanto en el grupo A como en el grupo B (con uso de PGE1), los niveles de AST, ALT, LDH y β-galactosidasa en la fase inicial de la reperfusión hepática (Fase R1) evidenciaron el mismo grado de lesión. Sin embargo, el grupo B evolucionó con cifras inferiores de AST, ALT, LDH y β-galactosidasa que el grupo control. Las diferencias fueron significativas tanto en la fase R2 (tras los 90 minutos de

administración de PGE1) como, especialmente, en la fase R5 (5 horas después de la reperfusión portal del órgano).

En el examen histológico, en la tercera y última biopsia (fase R5), se evidenció una tendencia a un menor grado de LI-R en el grupo B, que no fue significativa.

Con respecto a la función de síntesis hepática, se observó una disminución brusca tanto del TP como del factor V en ambos grupos en la evolución, aunque resultó menos pronunciada en el grupo B. Las diferencias alcanzaron cifras significativas en la fase R5. Se cuantificó mayor producción de bilis en el grupo en el que se administró PGE1. En relación con la tolerancia hemodinámica, no se generó hipertensión portal en el grupo B, en el momento en que se administró PGE1 (fase R1).

## CONCLUSIONES

- El modelo experimental de trasplante hepático porcino, con una isquemia fría del órgano de 24 horas, produjo una LI-R severa.
- El efecto beneficioso de la PGE1 en la perfusión portal se manifestó mediante una menor alteración de todos los parámetros de lesión hepatocitaria, sinusoidal y de la función hepática. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística en la mayoría de los parámetros medidos debido al escaso número de experimentos realizados.
- La perfusión portal de PGE1 en dosis plenas en la fase inmediata de la revascularización del injerto fue bien tolerada desde el punto de vista hemodinámico.

.....  
**Marcelo Cechinel Reis**  
 Unitat de Trasplantament Hepàtic  
 Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

## Convocatoria de becas para la investigación de la Fundació Catalana de Trasplantament – 2005

### OBJETO Y DURACIÓN

El objeto es fomentar la investigación científica en el trasplante de órganos incorporando diferentes personas en las áreas de investigación que hoy están en funcionamiento en los servicios con unidad de trasplante en Cataluña. El número de becas que oferta y financia la FCT en la presente convocatoria es de CUATRO, con el soporte económico directo, para una de ellas, de la compañía ROCHE FARMA S.A. El período de disfrute de las becas se iniciará en enero de 2005 y finalizará en diciembre del mismo año.

### DOTACIÓN

La dotación de cada beca es de 13.823,28 € brutos, que se entregarán directamente a los beneficiarios en cuotas trimestrales de 3.455,82 €, a las que se hará la correspondiente retención de acuerdo con la normativa vigente.

### SOLICITUDES

Deben presentarse en la Secretaría de la Fundació Catalana de Trasplantament, sita en la calle de Muntaner, 292, 3º 2ª, 08021 Barcelona, antes del 30 de octubre de 2004.

### RESOLUCIÓN

Esta convocatoria de becas se resolverá antes del 20 de noviembre de 2004. Pasado este plazo sin resolución expresa, las becas se considerarán denegadas.

## Bases del premio al mejor artículo publicado sobre trasplante, convocado conjuntamente por la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya y la Fundació Catalana de Trasplantament

### OBJETO

El objeto es premiar al mejor artículo sobre trasplante, según criterio del Jurado, publicado en cualquier revista científica española o extranjera, en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2003 y el 30 de abril de 2004. Si el artículo premiado ha sido redactado por varias personas, el premio se otorgará al primer firmante.

### CONTENIDO DEL PREMIO

El premio consiste en una dotación de 1.502,53 € y en la concesión del título de Académico Correspondiente de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

### PRESENTACIÓN

Las personas que deseen optar por este premio han de presentar el original del número de la revista en la que se ha publicado el artículo, antes del 30 de octubre de 2004, en la sede de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, sita en la calle del Carme, 47, 08001 Barcelona, haciendo constar, en el sobre, que el remitente desea participar en esta convocatoria.

## Convocatoria del premio a la mejor ponencia sobre trasplante, otorgado por la Fundació Catalana de Trasplantament y por la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

### OBJETO

Premiar la mejor ponencia sobre trasplante, según criterio del Jurado, presentada en cualquier congreso realizado en España o en el extranjero, en el período comprendido entre el 1 de octubre de 2003 y el 30 de setiembre de 2004. Si la ponencia premiada ha sido elaborada por varias personas, el premio se otorgará a su primer firmante.

### DOTACIÓN

El premio consiste en un importe de 1.502,53 €.

### PRESENTACIÓN

Las personas que deseen optar a este premio deben presentar el original del resumen aceptado por el Congreso, junto con el escrito de la ponencia, antes del 30 de octubre de 2004 en la sede de la Secretaría de la Fundació Catalana de Trasplantament, sita en la calle de Muntaner, 292, 3º 2ª, 08021 Barcelona.

## 8º Congreso de la Societat Catalana de Trasplantament



### Fechas

Del 6 al 9 de febrero de 2005

### Sede

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

### Idioma

Los idiomas del Congreso serán el castellano y el inglés

### Secretaría

AOPC - 8º Congreso de la SCT

Edif. Colon

Av. Drassanes, 6-8, 19º

08001 Barcelona

Tel: 933 027 541 - Fax: 933 011 255

E-mail: congress@aopc.es

### Fechas importantes

Junio de 2004 - Envío del programa preliminar, formulario de presentación de resúmenes y formulario de inscripción.

15 de octubre de 2004 - Fecha límite de recepción de resúmenes en la secretaría del Congreso.

## Curso en inglés de Coordinación de Trasplante organizado por TPM

El equipo que lleva a cabo el proyecto Transplant Procurement Management, destinado a la formación en la coordinación de trasplantes para profesionales de la salud, organiza el curso en inglés "Advanced International Training Course on Transplant Coordination", que se realizará en Barcelona del 21 al 26 de noviembre de este año.

El curso, que cuenta con el patrocinio de la Fundació Bosch i Gimpera y la Universitat de Barcelona, y con la colaboración del Hospital Clínic de Barcelona, la Organització Catalana de Trasplantaments y la

Organización Nacional de Trasplantes, ofrece un programa de aprendizaje técnico y científico para aproximar a los participantes a la situación actual en la obtención de donantes en el ámbito nacional, europeo y mundial.

### Para obtener más información:

Transplant Procurement Management – TPM

Tel. : 34 93 567 7410

Fax : 34 93 427 9798

E-mail : tpmproject@fbg.ub.es

<http://www.tpm.org>

## Cambios en la SCT y en la FCT

Tras la última reunión de los patronatos, se han renovado algunos cargos en la Societat Catalana de Trasplantament y en la Fundació Catalana de Trasplantament. A continuación se relacionan los cargos actuales de ambas entidades.

**SCT: Presidente:** Dr. Carles Margarit **Vice-Presidente:** Dr. Antoni Rimola **Secretario:** Dr. Frederic Oppenheimer **Vocales:** Dres. Salvador Gil-Vernet, Vicenç Brossa, Antoni Román y Antonio López-Navidad

**FCT: Presidente:** Dr. Carles Margarit **Secretario:** Dr. Jaume Solé **Tesorero:** Dr. Frederic Oppenheimer **Vocales:** Dres. Josep M<sup>a</sup> Grinyó, Josep Lloveras, Jeroni Alsina, Antoni Caralps, Antoni Rimola, Salvador Gil-Vernet, Antoni Román, Antonio López-Navidad y Vicenç Brossa

Publicación periódica de la Organització Catalana de Trasplantaments y de la Societat Catalana de Trasplantament

**DIRECCIÓN:** Carles Margarit y Jordi Vilardell

**COMITÉ DE REDACCIÓN:** Ramón Charco, María Jesús Félix, Carles Margarit y Jordi Vilardell

**SECRETARIA DE REDACCIÓN:** Marga Sanromà

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

**EDITOR:** Adolfo Cassan

**COORDINACIÓN:** Pablo Stajnsznajder

**ASESORAMIENTO LINGÜÍSTICO:** Mónica Noguerol

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN:** DuoDisseny

**PRODUCCIÓN:** Letramédica scp.

E-MAIL: 19515psh@comb.es

**REDACCIÓN, SUSCRIPCIONES Y CORRESPONDENCIA:**

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)

Patrocinado por la **Fundació Catalana de Trasplantament** con el soporte económico de **Fujisawa**. Se autoriza la reproducción citando la procedencia. Butlletí de Trasplantament no comparte necesariamente las opiniones en él publicadas.

**Fujisawa**

*New Medicines for New Times*