

ENTREVISTA

Eduardo Santiago Delpin, MD

El trasplante, la donación, el médico humanista y la sociedad

Nota del Editor:

Hace algunos años, publicamos esta entrevista al Dr. Eduardo Santiago Delpin. Ahora, considerando el valor e importancia de sus opiniones, nos tomamos la libertad de reproducirla, como un pequeño reconocimiento a las más de cuatro décadas que ha dirigido el programa de trasplantes de Puerto Rico.

El médico que organizó y dirige el centro de trasplantes de Puerto Rico, Profesor Distinguido de la Universidad de Puerto Rico y autoridad internacional en trasplantes, nos recibe rodeado de libros y con muchos proyectos e ideas en mente. Con una elegante modestia nos sugiere centrar esta entrevista no en él, sino en los temas que desea compartir, por el privilegio que viene teniendo de conocerlos, vivirlos y convertirlos en su causa: la donación y el trasplante, sin descuidar al individuo, al médico humanista y a la sociedad.

¿Cómo relaciona al médico y el trasplante?

Aquellos de nosotros que nos dedicamos al trasplante tenemos una vocación híbrida: la del científico, que busca el conocimiento y la verdad, y la vocación del médico que es la Compasión –con C mayúscula– que lleva a hacer el bien a la persona enferma, tanto en la emergencia aguda como en el paciente crónico.

¿El trasplante, es un campo en evolución?

El concepto del trasplante viene de miles de años atrás, quizás los hindúes fueron los que más práctica tuvieron en esto con la cirugía reconstructiva en pacientes con lepra o sífilis. A principios del siglo XX, el Dr. Alexis Carrell dio un gran paso en cirugía cardiovascular, a pesar de los grandes obstáculos inmunológicos y metodológicos existentes. En trasplante renal, hasta los años 1960, los resultados no eran buenos en todo el mundo. Acá hubo una experiencia previa en Ponce, donde se realizaron unos 15 a 20 trasplantes. En los 1960 y 1970, se demostró que, a largo plazo, el trasplante es mucho más económico que la diálisis. Luego surgieron los obstáculos en las donaciones de tejidos y órganos, que también se fueron solucionando. En generaciones futuras, quizás los trasplantes vayan desapareciendo ya que, con la detección temprana y la terapia genética o molecular, se evitará el daño irreversible al riñón, al corazón y otros órganos.

¿Cómo ingresó al campo del trasplante?

Me motivó –ya siendo cirujano– que el trasplante es una cirugía de construcción, y me apasionaba el sistema inmunológico. Los que comenzamos en la década de 1970, tuvimos la oportunidad de crecer con el desarrollo de la inmunología. En esa época era sólo un párrafo de un libro. Hoy en día, sobre eso se puede escribir volúmenes enteros: las citoquinas, las linfoquinas y las distintas poblaciones de células, todas actuando en concierto con la misión de protegernos. Y es acá donde entramos como aventureros a poner unos órganos, tratando de modificar las defensas para que, a través de un diálogo farmacológico, la persona no rechace dicho órgano.

Pasemos a la donación: ¿Cómo creció en Puerto Rico el número de donaciones de 2 a 25 órganos por millón por año?

Ese aumento se produce cuando una organización entra a coordinar las donaciones. Los que trabajamos en trasplantes no podemos participar en la búsqueda de órganos, por conflicto de intereses y de tiempo. La ley separa las funciones y contempla la creación de *Organ Procurement Organizations*, que reciben su mandato a través de Medicare y del gobierno federal. Es así, que se establece *Life Link de Puerto Rico*, con gente local y con un equipo humano extraordinario.

¿Qué funciones cumplen ellos?

Primero, la educación a la sociedad, que busca crear una cultura de donación. Un **segundo** elemento es la educación a las instituciones, de manera que, lo que es una derrota o una tragedia para una institución o un grupo médico, se puede transformar en algo que, aunque inevitable, puede dar vida a otra persona. Lo **tercero** son los aspectos administrativos y legales, y el **cuarto elemento** es la justicia distributiva. Para eso hay la lista local, la lista nacional y la lista internacional. Hay órganos que no tienen cabida en un sitio, pero que se necesitan en otro lugar.

¿Este compartir se da en la práctica?

Hay cerca de un 2 a 3 % que se intercambian a través de alguna frontera. Uno de mis sueños es que, a través de la Sociedad de Trasplante de Latinoamericana y del Caribe, se desarrolle un sistema que permita compartir órganos entre los países. Tenemos pacientes de Puerto Rico que al estar en las listas han sido trasplantados de hígado en algún lugar de los Estados Unidos.

Pasando al tema preventivo: en Puerto Rico hay una alta incidencia de diabetes, que tiene una gran relación con insuficiencia renal y a su vez con el trasplante.

Por ser hispanos tenemos una elevada tasa de diabetes. Aquí la diabetes es la causa de fallo renal en 63% de los pacientes que entraron a diálisis. Lo mejor para esto es la detección temprana con manejo **inflexible, agresivo y perfecto** del azúcar. Pero, cuando el paciente no puede manejar con perfección su diabetes, puede haber –en forma gradual– un impacto cardiaco, vascular, ocular, gástrico, renal y cerebrovascular. Eso lleva, finalmente, a buscar opciones de sustitución, ya sea de los órganos afectados o del páncreas.

¿Qué otras opciones hay para el problema de la diabetes y la insulina?

Ya existe la **máquina de infusión de insulina**, cuyo impacto se está viendo.

En **segundo** lugar, está el **trasplante de páncreas**, que nosotros realizamos junto con el riñón. Ya hicimos 15 casos. Todavía hay un debate amplio de costo beneficio y de ética en este aspecto. A una persona, que se le puede tratar con máquina o con insulina, se le estaría agregando riesgos nuevos y efectos secundarios. No obstante, en el

diabético que no percibe la hipoglicemia hasta que se cae convulsionando –inconsciencia hipoglicémica– la indicación de trasplante de páncreas está bien dada.

La **tercera** vertiente son **los islotes**. Recién ahora hay algunos grupos que están teniendo éxito y, en algunos pacientes en especial, funciona bien. Lo ideal sería que, sin tener que hacer una operación, se inyecten los islotes y se toleren, con poca inmunosupresión.

La **cuarta** vertiente –experimental– es **insertar genes** para sustituir aquellos que están carentes dentro del cuerpo. Pero, la mayor parte de los pacientes no tienen ese problema, sino más bien resistencia a la insulina. Aún así, creo que no estamos lejos de tener unos logros extraordinarios.

¿El equipo de trasplante, tiene mucha presión o se da abasto para la necesidad?

La presión va a existir siempre. En nuestro caso, tenemos una lista de 400 personas. La incidencia de los pacientes con insuficiencia renal en Puerto Rico subió 8 veces de 1974 a la actualidad: de 44 a 350 casos nuevos por millón por año. Ya que las unidades de diálisis han mejorado, estos pacientes sobreviven más, por lo que la prevalencia de personas en diálisis sigue aumentando: ya estamos por las 4000 personas.

La mayoría no son candidatos a trasplante porque tienen otras condiciones. Para un trasplante, los otros órganos –por ejemplo el corazón– tienen que estar bien o tienen que poder ser corregidos. ¿Podemos hacer más trasplantes? Sí. Un factor limitante son algunos criterios de aceptación de órganos en el caso de donantes que pueden ser de alto riesgo.

¿Ustedes tienen un equipo humano grande?

Antes de *Life Link* hacíamos 33 trasplantes al año, ahora son alrededor de 100. El equipo humano también creció, comenzamos con un cirujano y un coordinador. Ahora somos más de 100 personas.

En un inicio, el Hospital de Veteranos nos abrió sus puertas, pero llegó un momento en que muchos de los trasplantados eran mujeres y niños. Los directivos de la universidad y del gobierno decidieron que se busque otro lugar y, en ese momento, el Hospital Auxilio Mútuo lo aceptó. El programa de trasplante tiene mucha

simpatía y el hospital nos ha dado todo, tenemos una sala nueva, nuevas plazas, y estamos viendo más espacio porque seguimos en desarrollo.

¿Este crecimiento, va de la mano de la formación de nuevos médicos?

Acá hemos entrenado a nuestros propios cirujanos, a cirujanos de Centro y Sudamérica y del Caribe, tenemos un *fellowship* aprobado por la agencia acreditadora de Estados Unidos.

Es una realidad que el reembolso y los salarios en Puerto Rico son mucho más bajos que en los Estados Unidos, y también que *Medicare* les paga a los hospitales una fracción de lo que paga en los Estados Unidos, siendo iguales los gastos, la cirugía y el tiempo de hospitalización. Si bien, es un trabajo de convencimiento y vocación, acá se hace más difícil la dedicación a tiempo completo.

¿Qué mensaje les daría a los médicos jóvenes y estudiantes?

La cirugía de trasplante es enriquecedora desde el punto de vista médico y espiritual. Ya no es experimental, ahora es de vanguardia. Es una terapia que requiere conocer todo lo que está pasando dentro del cuerpo. A pesar de ser medicina terciaria, es lo que más se parece a medicina primaria porque tiene componentes de educación, de detección temprana y de prevención.

En el trasplante, donde el sistema inmunológico es tan vulnerable, las intervenciones preventivas tienen que ocurrir en el pródromo. Y es aquí, donde el médico de trasplantes se convierte en un especialista con visión muy crítica y fina ya que la curva de la enfermedad es mucho más precipitada en esta etapa. Generalmente no pasa nada, pero son 15 a 20% que se puedan salvar detectando tempranamente un rechazo o una infección. Si en algún campo existe ese “matrimonio” entre el cirujano técnico con el internista diagnóstico es en el trasplante.

También, hay un tesoro para aquel que tiene el germen de la curiosidad científica: la investigación básica de circuitos nuevos que, a lo mejor, son la clave de lo que va a pasar en el futuro.

Además de lo técnico y científico, mencionó el factor humano...

Desde el punto de vista humano y espiritual, la donación tiene un mensaje positivo de bondad y altruismo. El ser testigo o intermediario de eso es muy enriquecedor. En el caso del donante fallecido ocurre algo igual: la familia trasciende al dolor por la persona amada, transforma la muerte sorpresiva -a veces violenta o inesperada- en algo que tiene sentido, que da vida a otra persona. El ser testigo de la trascendencia del ser humano, de la recuperación de estas personas y de su contribución a la sociedad, es algo invaluable para el médico.

¿Se mantiene la relación con la Universidad?

Por supuesto, somos profesores de la universidad, tenemos residentes de cirugía, *fellows* de nefrología, estudiantes de enfermería y nutrición, residentes y estudiantes de investigación. ¡La universidad está aquí! Hay una afiliación con la Escuela de Medicina, y eso está sirviendo de modelo para otras afiliaciones institucionales.

¿Ocurre igual con Cirugía Experimental?

Cuando regresé de Minnesota, en 1972, fui director del laboratorio de cirugía experimental por cinco años. Después, este ha seguido creciendo. Mi sueño es continuar con estudios experimentales en el futuro. La relación ha existido, se mantiene y se mantendrá.

¿Además del cariño y pasión por todo esto, tiene algún hobby extramédico?

Hay muchas cosas que uno quisiera hacer: a veces digo que, cuando sea grande, quisiera ser escritor. El lenguaje es el pensamiento y -si uno lo atiende, lo mimas y lo cuidas- es natural que se escriba. Tenemos escritas publicaciones científicas, libros de trasplante con dos ediciones agotadas, artículos sobre temas culturales o literarios y libros de poesía. Pero yo no soy poeta, el poeta puede decidir hacer poesía, yo no: la inspiración viene en un momento especial, en que me vuelvo transcriptor de pensamientos.

¿Todo ese trabajo, deja tiempo libre?

Hay que crearlo, con capacidad de organización y manejo del tiempo. Esto se vuelve sacrificado, requiere fortaleza, pero, se debe tener tiempo para lecturas, para descansar y para cuidar la salud. La familia es una prioridad; para la familia uno tiene que estar como figura, no se le puede desatender y hay que protegerla. Hay que encontrar un buen balance entre trabajo, salud y familia. 