

Aportes a la historia del Departamento de Nefrología del Hospital Barros Luco-Trudeau. (1963 a 1994)

Dr. Jorge Morales Barría¹

La transformación del HBLT

En los inicios de la década de los 60 del siglo XX, las autoridades de salud de Chile consideraron que la clara disminución en la incidencia de tuberculosis (Tbc) justificaba la transformación parcial o completa de hospitales dedicados a esta enfermedad a servicios hospitalarios más generales, para así dar acogida a nuevos problemas de salud que la población iba presentando.

Ello explica el nacimiento del complejo hospitalario Barros Luco-Trudeau que anexó un hospital donado para la atención de pacientes con Tbc, el Hospital Trudeau (HT, fundado el año 1947 merced a una donación de los EEUU y en honor del médico norteamericano Edward L. Trudeau especialista en Tisiología), a un hospital general, el Hospital Barros Luco (fundado en 1911, bajo la presidencia de don Ramón Barros Luco).

El primer Director del HT fue el Tisiólogo Dr. Sótero del Río Gundián quien fue sucedido por el Dr. Rafael Donoso Montalva al momento que el Dr. del Río asumía como Ministro del Interior en el gobierno de Don Jorge Alessandri Rodríguez cargo que ocupó durante todo aquel gobierno (1958-1964).

Mientras era ministro el Dr. del Río visitó varias veces su antiguo hospital, recorría sus nuevas dependencias e incluso almorzaba con el nuevo Director. ¡Otros tiempos! El HT era en realidad una gran familia, compartiendo amistosamente todos los aspectos de una vida hospitalaria como se podría dar en una provincia chilena o

¹ Profesor Agregado, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Nefrólogo, Clínica Las Condes.

Europea. Algún médico podría enseñarle a uno los secretos de la Tbc y otras enfermedades pulmonares, o aconsejarlo en literatura o bridge. Ahí se podía aprender versos de Víctor Hugo como “*la vie est breve, un peu de amour, un peu de reve et puis bonjour; la vie est vaine, un peu de espoir, un peu de haine, et puis bonsoir*”², como recitaba calladamente el Dr. Mendel Steinzapir cuando añoraba su niñez en Rusia y adolescencia en Bélgica (Lieja), antes de llegar a la nueva tierra prometida, Chile.

Nuevos contratos, nuevos Servicios

Un cambio radical en el desarrollo de la nueva unidad hospitalaria ocurrió en 1963 cuando se aumentó significativamente el número de contratos de médicos Generales, Internistas y Cirujanos lo que posibilitó la atención de un creciente número de enfermos hospitalizados y pacientes de consultorios periféricos que se fueron creando en diferentes poblaciones del Área Sur de Santiago: Clara Estrella, La Victoria, José María Caro, La Legua, entre otras. En el año 1965 se creó el Banco de Sangre y luego vinieron el Policlínico Adosado de Especialidades (año 1966), Anatomía Patológica (año 1969) y Psiquiatría (año 1970).

Los Servicios de Medicina y Cirugía del Área Sur de Santiago se instalaron en dependencias del HT en el curso del año 1961 bajo la jefatura del Dr. Osvaldo Pérez Zañartu en Medicina Interna y Leónidas Aguirre Mackay en Cirugía.

La llegada de la Universidad

Por gestiones de una nueva generación de médicos incorporados el año 1963 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile decidió instalar un nuevo campo clínico el año 1964 a cargo de los Profesores Titulares Drs. Luis Hervé Lelievre y Leonidas Aguirre Mackay, en Medicina y Cirugía respectivamente. Los nuevos médicos llegado en 1963 eran los Drs. Humberto de la Cuadra, Jaime Ramos, Salvador Sarrá, Víctor Vargas y Jorge Morales que se agregaban a los propios del servicio, entre otros los Drs. René Cruz (cardiólogo), Alberto Daiber (hematólogo), Isaac Con (hematólogo), Dr. Sergio Silva, Rafael Sanz (gastroenterólogo), el ya mencionado Mendel Steinzapir (Medicina Interna), Raúl Ramírez (Medicina Interna), Alberto Abuabud (Medicina Interna), Ignacio Ovalle (Medicina Interna), entre otros.

La atención en la periferia

Era una condición *sine qua non* que los médicos atendieran al menos 22 horas semanales en un consultorio periférico. El procedimiento generalizado consistía que un jeep o ambulancia del hospital trasladaba al médico al consultorio alrededor de las 2 de la tarde y lo dejaba en terreno para atender una consulta teórica de 12 pacientes que en la realidad nunca fueron menos de 20. La vuelta a casa o al hospital solía hacerse por

² *La vida es breve, un poco de amor, un poco de sueño y buenos días después; la vida es vana, un poco de esperanza, un poco de miedo y después buenas noches.*

locomoción colectiva por cierto no tan desmedrada como en los tiempos actuales. Eso sí, la llegada a casa nunca ocurría antes de las 8 de la noche. En invierno, cobijado en la oscuridad, deambular solitario por las calles sin pavimentar de las poblaciones, muchas veces en estado de formación, era un poco intimidante. Los médicos también hacían la residencia de los respectivos servicios, cubriendo así el horario vespertino y los sábado, domingo y festivos.

El Campus Sur de la Chile

Pero la labor asistencial no era el único bocado que les esperaba a los jóvenes médicos ingresados a Medicina y Cirugía. A partir del año 1964 se hicieron convenios para efectuar docencia de pregrado a alumnos de la Universidad de Chile (y por un periodo de 2 años también a alumnos de la Universidad Católica), abriendo un campus académico que perdura hasta la fecha. Las diferentes subespecialidades de la Medicina y Cirugía empezaron a desarrollarse con los pocos recursos de esa época heroica, incorporándose nuevos médicos: Drs. Crisólogo Venegas y Humberto Viveros (cardiología), Alberto Donoso Fernández y Timoleón Anguita (hematología), Antonio Morales (gastroenterología), Hugo García (nefrología), Claudio Liberman (endocrinología) y más tarde Rogelio Altuzarra (medicina interna y medicina intensiva).

La idea de un centro de diálisis y la colaboración de Bélgica

En el caso de la nefrología el perfeccionamiento se hizo gracias al apoyo generoso y desinteresado de especialistas del Hospital Clínico de la Universidad Católica que entregaron las bases tecnológicas para efectuar biopsias renales que eran informadas en el Departamento de Patología de dicha universidad por el Dr. Helmar Rosenberg, de gran disposición para enseñar y apoyar la gestión clínica.

El año 1969 fue presentado al Ministerio de Relaciones Exteriores del Gobierno de Bélgica un proyecto para Crear un Centro de Diálisis y un Laboratorio de Nefrología en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT). La iniciativa fue estimulada por el Profesor de Nefrología de la Universidad Católica de Lovaina Dr. Charles van Ypersele, tutor de la Estadía de Perfeccionamiento en dicha Universidad del Dr. Jorge Morales. Se contaba además con el apoyo del Jefe de Nefrología del HBLT el Dr. Hugo García, y del Jefe del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Profesor Hervé.

Del proyecto de un centro de diálisis fue informado el entonces Ministro de Salud del gobierno de Don Eduardo Frei Montalva, el Dr. Ramón Valdivieso quien se sorprendió de una iniciativa muy desconocida y a destiempo para la medicina chilena de la época. Después de dos años de tramitación el gobierno de Bélgica dio su aprobación a un proyecto de valor aproximado a los 500.000 dólares, y la contraparte, es decir el gobierno chileno, se comprometió aportar la construcción del edificio, que sustantivamente consistía en la remodelación de una de las salas del Servicio de

Medicina agregando al proyecto la primera Unidad de Tratamiento Intensivo de la naciente unidad hospitalaria.

El proyecto en su parte arquitectónica estuvo a cargo de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios entidad que hizo los planos de acuerdo a las recomendaciones del Dr. García y del Dr. Morales, participando el Dr. de la Cuadra en lo que correspondía a la Unidad de Tratamiento Intensivo. Las obras de remodelación fueron demorosas y había momentos en que estaban francamente paralizadas, sea por problemas de gastos no considerados en el proyecto original como por los problemas sociales que afectaban a todo el país.

La influencia de los acontecimientos políticos

En efecto, los acontecimientos políticos ocurridos entre los años 1970 y 1975 trastocaron significativamente la realización del proyecto, sobretudo en la parte construcción. El gobierno belga solicitó un informe de avance por lo que hubo de precisar a las autoridades del Ministerio de Relaciones de ese país que el proyecto era viable a pesar de las condiciones socio-políticas del país, y que se mantenía su ubicación en el mismo hospital.

Inauguración e historia del centro de diálisis del HBLT

Finalmente, en 1975, más o menos 6 años después de presentado el proyecto y en presencia de autoridades chilenas y del Embajador de Bélgica, pudo ser inaugurado el Centro de Diálisis y Laboratorio de Nefrología con lo que se pudo concretar la ejecución de una verdadera terapia de sustitución de la Enfermedad Renal Crónica Terminal en el Área Sur de Santiago, poniéndose al día con lo que se hacía en el resto del mundo desarrollado.

Se habilitaron 7 máquinas de riñón artificial (Drake Willock® con filtros de celofán tipo Kiil®, primeras máquinas de diálisis en Chile con el sistema single pass) y además un riñón artificial (Travenol® estanque con dializado recirculando) dedicado al tratamiento de pacientes con insuficiencia renal aguda hospitalizados en la nueva Unidad de Tratamiento Intensivo. Anecdóticamente se puede contar que el Gobierno de Bélgica se negó a autorizar la pública formalización de la donación del Centro de Diálisis y Laboratorio de Nefrología dadas las tensas relaciones entre Bélgica y el gobierno militar de Chile, lo cual pudo zanjarse al proponérseles que se redactara en la placa conmemorativa un texto que decía que se trataba de “una donación del pueblo de Bélgica al pueblo de Chile”.

Previamente, aproximadamente un año antes, el Dr. Jorge Morales había asumido la jefatura del Departamento de Nefrología por renuncia del Dr. García y se habían sumado al departamento los Dres. Edmundo James, Salvador Sarrá y Carlos Zehnder, este último proveniente de la Universidad de Concepción. En los años posteriores se incorporaron al staff de Nefrología los Dres. Alfredo Mocarquer, Jacqueline Pefaur, Luis Aris, Antonio Vukusich, todos nefrólogos altamente calificados

y capacitados que dieron servicios asistenciales y académicos de la más alta calidad que pudiera observarse en el país y en Latinoamérica.

Inicialmente el entrenamiento de las enfermeras se pudo hacer por la generosidad del Departamento de Nefrología de la Universidad Católica de Chile y el apoyo de los Drs. Salvador Vial y Atilio Vaccarezza. El equipo de técnicos en diálisis, es decir los encargados del funcionamiento correcto de las máquinas de diálisis y de la central que abastece de agua tratada a los monitores de diálisis, estuvo a cargo de un joven de menos de 21 años, el Técnico Fermín San Martín, egresado de una Escuela Técnica Electro Mecánica del Área Sur de Santiago. Fermín, que desconocía el idioma inglés en forma absoluta tradujo palabra por palabra manuales de alta complejidad, y la labor del jefe de la unidad fue poner orden esas palabras para que saliera un texto inteligible; sus servicios fueron tan correctos y atinados que en el correr del tiempo dio asistencia a otros centros de diálisis y finalmente creó una empresa propia que presta esos servicios.

Un ensayo preliminar del funcionamiento de las máquinas se hizo en un perro; la máquina hizo lo suyo correctamente, pero la prescripción de diálisis en el animal fue incorrecta en lo que se refiere a cebado y reposición de volumen y el animal falleció.

El Laboratorio de Nefrología fue equipado con Fotómetro de llama, Espectrofotómetro de absorción atómica y otros equipos menores satisfaciendo la necesidad de información oportuna y veraz de los datos de laboratorio de los pacientes renales. Estuvo a cargo por más de 10 años de la Bioquímica Lilian Thielemann quien fue reemplazada por la Tecnóloga Médica Ivonne Morales; ambas tuvieron un desempeño impecable acomodándose a ofrecer un servicio oportuno y de alta calidad.

El Centro de Diálisis pudo constituirse con enfermeras entrenadas en diálisis en la Universidad Católica de Chile: ellas fueron EU Beatriz Saavedra, Gabriela Artigas, Ingrid Thielmann, Verónica Andaur; y en la Universidad Católica de Lovaina lo hizo la EU Chantal de Halleux. Las diálisis duraban 8 horas, lo que obligaba a no más de un turno diario; después de varios años se pudo implementar el uso de filtros capilares (de Cordis Dow®) que acortaron el periodo de diálisis a 4 horas, usado por primera vez en el país en el HBLT, beneficiándose un mayor número de enfermos y mejorando la calidad de la diálisis significativamente.

El programa de diálisis crónica permitió tratar centenas de pacientes algunos provenientes de las diferentes regiones del país. Permitted también realizar docencia y dar entrenamiento a becados de Medicina Interna y Nefrología y a Enfermeras que obtenían la calificación suficiente para dar sus servicios al número creciente de centros de diálisis que surgían en el país.

El Programa de Trasplantes

Muy pronto se hizo evidente que el proyecto quedaba incompleto sin un programa de trasplante renal para lo cual después de muchas conversaciones y entrevistas con diferentes especialistas del hospital, que en su mayoría estuvieron renuentes a participar del proyecto, fue contactado el Dr. Jorge Aguiló, cirujano

vascular y de cabeza y cuello, que estuvo dispuesto a participar haciendo toda la cirugía de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, principalmente la cirugía de accesos vasculares y los trasplantes en su aspecto procuración de órganos e implante.

Posibilitó la participación del Dr. Aguiló desde luego el entusiasmo con que tomó el inmenso desafío propuesto, pero también su condición de universitario *full time* que lo habilitaba a disponer de un horario adicional a las tareas exigidas en la parte asistencial y docente. La situación del Dr. Morales era similar, jornada completa de 44 horas, mitad en horario asistencial por parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur y mitad horario académico que posteriormente transformó en dedicación exclusiva a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en labores asistenciales, docentes y de extensión.

Se inició un trabajo experimental de trasplante renal en perros en el Departamento de Medicina Experimental de la División Central de la Facultad de Medicina, cuyo Director a la sazón era el nefrólogo pediatra Dr. Jorge Weinberger. Además se hicieron gestiones en la Oficina de Asuntos Internaciones del Ministerio de Salud, que dirigía el Dr. Yuricic, las que dieron espléndido resultado aprobándose una estadía de entrenamiento en cirugía de trasplante para el Dr. Aguiló en la Universidad de San Pablo, Brasil, institución que ya tenía una experiencia importante en trasplante renal, especialmente con donante vivo relacionado y no relacionado, ejecutada por cirujanos muy experimentados.

El primer trasplante en el HBLT ocurrió el 6 de Julio de 1976 con un trasplante renal de donante vivo. Participaron en el equipo de trasplante, y en los sucesivos por más de 20 años, los Dres. Aguiló, Osvaldo Rodríguez y Jorge Gaete. La cronología de los primeros trasplantes efectuados en el HBLT se reseña en la siguiente tabla.

Tabla 1
Fechas significativas de los primeros trasplantes efectuados en el Programa de Trasplante del Hospital Barros Luco-Trudeau (1976-1993)

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA
Trasplante renal adulto, donante relacionado	06-07-1976
Trasplante renal, donante fallecido	15-11-1978
Trasplante pediátrico (16 años)	24-03-1981
Trasplante en Diabético Tipo 2	30-12-1981

Desde su inicio la tipificación de Histocompatibilidad se realizó en el Instituto de Salud Pública (ISP) en el Departamento de Inmunología que dirigía la Dra. Elizabeth Jurlow, con la participación de Cecilia Fuentes y María Eugenia Wegmann.

En el ISP se hacían reuniones periódicas donde se coordinaba el trabajo de los diferentes equipos de trasplante, se estudiaban normas comunes, se establecían criterios éticos, se presentaban casos ejemplarizadores, se generaban cursos, jornadas anuales y congresos internacionales. Hay que pensar que no existía una ley de trasplante y que sólo había vagas normas aplicables al trasplante en el Código Sanitario. De hecho el

trasplante renal no se consideraba una técnica de rutina, sino un procedimiento excepcional que sólo era importante en cuanto generaba noticia y estupor en la población. La decisión del equipo de trasplante del HBLT fue clara: había que poner el tratamiento trasplante renal al servicio de todos los que lo requirieran, de cualquier condición socio económica y de cualquier parte del país, siendo las únicas restricciones las estrictamente biológicas o las que dependían de la voluntad de los pacientes. Tan rápido llegó nuestro programa a la comunidad médica nacional que en pocos años ya recibíamos pacientes referidos de Arica a Punta Arenas.

Con la mayor expectación el primer Trasplante renal donante fallecido se efectuó el 15-11-1978 de un donante obtenido en el Hospital Salvador con un equipo médico dirigido por el Dr. Eduardo Katz quien personalmente en pabellón hizo entrega del órgano al Dr. Morales para luego trasladarlo en vehículo particular (¡Fiat 600 amarillo!) al HBLT para su exitoso implante. A partir del año 90 el número de trasplantes de donante fallecido llegó a empatar a los donantes vivos fundamentalmente por el vigor que el sistema aplicó a la pesquisa y mantención de la hemodinamia en los eventuales donantes en una perfecta coordinación entre el grupo de trasplante, la UTI y Servicio de Urgencia del HBLT. Además, siempre se contó con el apoyo de la naciente Corporación Chilena de Trasplante gracias a la participación de voluntarios como la Sra. Patricia Palma y del Sr. Patricio Fernández I., su fundador (QEPD).

Estos primeros trasplantes prematuramente nos demostraron la relativa eficacia de los inmunosupresores disponibles dado que había un 50 a 60% de rechazo agudo de los cuales afortunadamente la mayoría se recuperaba con dosis altas de esteroides con leve menoscabo de la función renal cuando el tratamiento anti rechazo se efectuaba oportunamente³⁻⁴. Pero del mismo modo nos quedó como experiencia preliminar los efectos adversos de las drogas empleadas: esteroides y azatioprina mostraban efectos tóxicos en la forma de diabetes insulino dependiente, infecciones por virus y gérmenes oportunistas, entre otros virus citomegálico, virus Ebstein Barr, neumocystis y criptococo⁵⁻⁶ y cáncer especialmente de piel. Esta situación se modificó drásticamente con el uso de Ciclosporina (CsA) utilizada por primera vez en Chile en los pacientes del HBLT en 1984⁷.

En 17 años se efectuaron 441 trasplantes (promedio de 26 trasplantes por año) de ellos 149 fueron de donante fallecido y 292 de donante vivo, números significativos para una unidad hospitalaria chilena. La enorme carga asistencial no impedía que el Jefe del programa asistiera a pabellón a casi todos los trasplantes efectuados entre 1976 y

³ Morales-Barria J. *The long-term effect of acute rejection episodes on kidney function; a paired study.* Transplantation 1983;35:503-504.

⁴ Morales J, Aguilo J, James E, Rodriguez O. *Clinical experience with 33 cases of kidney transplant.* Rev Med Chil. 1981 May;109(5):416-19.

⁵ Gallegos R, Altuzarra R, James E, Mocarquer A, Aris L, Zehnder C, Aguilo J, Morales J. *Infections in kidney transplant recipients.* Rev Med Chil. 1985;113(6):557-63.

⁶ Chea R, Morales J, Mocarquer A, Aris L, James E, Segovia L, Castillo J, Moyano C. *Cryptococcosis in renal transplantation. A report of 4 cases.* Rev Med Chil. 1988 ;116(10):1061-5.

⁷ J. Morales-Barria, C. Zehnder, A. Mocarquer, E. James, L. Aris, R. Trivino, and J. Aguilo. *A Prospective One-year Study Evaluating the Clinical Outcome of Recipients of Living Donor Kidneys Treated with Cyclosporin and Azathioprine.* Nephrol Dial Transplant. 1989; 4(4): 293-296.

1993 solamente para atemperar la inquietud que producía cada instante del procedimiento y por una instintiva desconfianza en todo lo que es quehacer humano tan proclive al olvido y el error. Como ejemplo se puede contar que al momento de dejar las indicaciones del donante y receptor la tarde previa al trasplante se dejaba en la misma tabla de indicaciones lo que había que prescribir y lo que NO había que indicar para evitar por ejemplo que al ver un hematocrito bajo algún residente se inspirara en dejar una transfusión de sangre o glóbulos rojos que alteraría la inmunidad del receptor, o cosas de ese estilo.

Pocos años después de iniciado el programa de trasplante, se incorporaron al Departamento de Nefrología dos médicos que significativamente incidieron en su progreso: los Dres. Alfredo Mocarquer (posteriormente Jefe de Nefrología del HBLT) y Luis Aris, nefrólogos dedicados y estudiosos que elevaron el clima de trabajo y exigencia a favor de cada paciente que en esos primeros años llegaban derivados desde distintos hospitales del país. También fue relevante el aporte del Dr. Antonio Vukusich y de la Dra. Jacqueline Pefaur quien sucedería al Dr. Mocarquer en la jefatura del Departamento de Nefrología. Nuestro recuerdo de esos años es que todos aprendíamos de todos y que los pacientes con esa sabiduría infinita del enfermo y el genio de la enfermedad nos enseñaban más que nadie, al propio momento en que destinábamos muchos recursos y tiempo a nuestra formación personal. Posteriormente se agregaron nuevos profesionales como las doctoras Andrea Fiabane y Rosa Chea que asumieron no sólo roles en la atención sino también en la docencia de nefrología a alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Un paso importante ocurrió cuando la Dra. Viola Pinto nefróloga del Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) contactó al grupo de trasplante del HBLT. Nació allí una colaboración de inimaginables consecuencias entre dos hospitales, el HBLT y el HEGC en beneficio de niños con enfermedad renal crónica terminal. El primer trasplante renal pediátrico en la experiencia conjunta del HBLT y HEGC se efectuó el 24-03-1981. Similarmente, el primer trasplante renal en un paciente con diabetes mellitus 2 del HBLT se realizó el 30-12-1981 abriendo una nueva etapa en el tratamiento de la nefropatía diabética en etapa terminal dado que hasta ese momento la diabetes era un criterio de exclusión para trasplante dados los riesgos cardio y cerebro vasculares implícitos en esta enfermedad, por lo que el destino de esos pacientes era permanecer en diálisis por el resto de su existencia.

El desafiante trabajo de un hospital público con alta demanda de atención de una patología compleja con tratamientos más complejos aún exigía a todos trabajar sábados, domingos y festivos sin recibir recompensa económica ninguna. Por un tiempo ello quedó encargado solo a la Jefatura, sabiendo que los residentes no podían estar al día de un tratamiento que era nuevo para todos, incluso los especialistas. Pero luego se sumaron todos los médicos del Departamento de Nefrología a las visitas en días festivos, o a la concurrencia a urgencia para atender a uno de nuestros pacientes todo ello sin ninguna recompensa o reconocimiento económico.

También hubo preocupación relacionada con la formación científica y académica de los profesionales y técnicos. Se procedía periódicamente a recolectar la

información clínica de la experiencia que se acumulaba con la realización de alrededor de 30 trasplantes por año. Esa información se transformó en comunicaciones a congresos locales e internacionales, ayudando a difundir una tecnología poco conocida en nuestro medio, en tópicos como profilaxis de rechazo con transfusiones donante específicas⁸, modalidades nuevas del tratamiento de rechazo⁹, cirugía vascular del donante¹⁰ y otros temas.

El procuramiento de órganos

Inicialmente el mismo staff de enfermeras de la Unidad de Diálisis participó en el diseño de la coordinación de trasplante; finalmente fue la E.U. Beatriz Saavedra la encargada del programa de Trasplante Renal y su compromiso y eficiencia fue ejemplar, participando en todas las etapas de la procura de órganos y del post trasplante. Beatriz detectaba donantes eventuales en el Servicio de Urgencia del HBLT y en la UTI, trasladaba los donantes, asistía a los médicos de UTI y enfermeras en las terapias de mantención, coordinaba los pabellones, las citaciones a control, informaba a diario de la concentración de creatinina de los trasplantados y muchas otras actividades sin perder la paciencia a pesar de las innúmeras dificultades. Años después, cuando Beatriz se retiró del hospital fue reemplazada por la EU María Eugenia Olivares quién sumó energía y organización al programa el cual alcanzaba un promedio de más de 30 trasplantes por año y exigía muchas horas extras de trabajo. En esta primera época de trasplante en el HBLT se diseñó una hoja de seguimiento y un programa de control de los pacientes que era riguroso y que permitía ubicar a los pacientes que no acudieran a su control.

Relaciones internacionales

Desde el inicio y para ordenar mejor el seguimiento el programa de trasplante del HBLT adhirió al Collaborative Transplant Study (CTS) dirigido por el Dr. Gerard Opelz de la Universidad de Heidelberg reportando todos los datos clínicos y de laboratorio solicitados por ese estudio colaborativo internacional aún vigente. Los informes periódicos del CTS mantenían informado al staff de los avances en los programas de trasplante en otras latitudes y también indicaban las modificaciones que debían hacerse a los protocolos locales.

Desde el punto de vista asistencial y académico fue muy importante el convenio facilitado por el British Council y realizado con la Universidad de Londres, específicamente con el Guy's Hospital, que se puso en marcha el año 1989 mediante el

⁸ Morales J, James E, Mocarquer A., Zehnder C., Aris L., Rodriguez O, Aguiló J. *Influence of different transfusion policies on the results of related live transplantation donors sharing an haplotype*. Rev Med Chile 1985;113 (12) :1170-4.

⁹ Morales J, Mocarquer A, James E, Aris L, Herrera L, Morales I. Use of intravenous cyclosporin in the treatment of episodes of irreversible rejection in renal transplantation. Rev Med Chil.1987; 115 (12) : 1172-5.

¹⁰ J. Aguiló, J. Morales y cols. *Trasplante renal con donante vivo con arteria múltiple*. J. Bras Urol 1987; 13 (5) : 119-122.

cual nefrólogos, patólogo y cirujano del HBLT pudieron efectuar una residencia de 3 meses en la unidad de nefrología que dirigía el Dr. Stewart Cameron en un periodo presidente de la Sociedad Internacional de Nefrología. Recíprocamente médicos de esa institución (entre ellos el Dr. Gwyn Williams y el inmunólogo Dr. Ken Welsh), estuvieron en Chile dictando conferencias en Santiago y regiones con lo que se logró difundir los avances en trasplante a diversos centros hospitalarios del país en ámbitos tan diversos como la inmunología y la cirugía del trasplante.

Las inquietudes de perfeccionamiento se manifestaron con una estadía de perfeccionamiento en calidad de Lecturer en el Beth Israel Hospital de Harvard Medical School en Boston el año 1983 del jefe del Departamento, gracias a la invitación del Dr. Patricio Silva (Profesor de Medicina en Harvard Medical School e investigador básico notable), que dio la oportunidad de conocer los primeros trabajos de citometría de flujo en trasplantados renales en el laboratorio del Dr. Terry Strom y de los primeros ensayos clínicos de pacientes tratados con CsA que revolucionaron por completo la historia de los trasplantes.

En 1984 se inició un estudio con el uso de CsA en receptores de donante vivo¹¹ el cual contó con el valioso aporte y coordinación del Dr. Alfredo Elberg, médico asociado al Laboratorio Sandoz y fue proyectado e iniciado por el Dr. Carlos Zehnder. Los resultados espectaculares obtenidos en estos primeros ensayos con la combinación de esteroides, azatioprina y ciclosporina auspiciaban que la historia de los trasplantes estaba a las puertas de una transformación gigantesca

La extensión a regiones

El programa de trasplante del HBLT se propuso extender la tecnología del trasplante renal a regiones. Así fue como se realizó un programa de trasplante integrando a médicos del HBLT y de la Clínica Antofagasta y del Hospital de Antofagasta.

El primer trasplante de donante vivo relacionado de este proyecto se efectuó en la Clínica Antofagasta el 02-04-1991 el que fue seguido de dos trasplantes realizados el año 1992 y dos el año 1993. Los nefrólogos participantes de este programa fueron los Drs. Ivo Vucina, Antonio Vukusic y Jorge Morales; los cirujanos fueron los Drs. Jorge Aguiló y Juan Balart; los urólogos: Dres. Edmundo Ziede Diaz y Edgardo Alvarez; los anestesiastas los Drs. Marcos González y Patricio Vidal con la contribución de médicos de UCI Drs. Guillermo Illanes, Luis Ediap y Boris Kuzmicic.

En estos pacientes y según describe el Dr. Vucina la evolución post-operatoria fue siempre favorable, los riñones transplantados iniciaron la diuresis de inmediato, y los pacientes fueron dados de alta en 7 días quedando en control por los nefrólogos locales. Hoy me pregunto si no será posible replicar este modelo de atención que acerca la medicina al paciente de regiones cuando las condiciones locales son favorables.

¹¹ *Op.cit.*

Las tareas formativas

El Departamento de Nefrología y el Programa de Trasplante del HBLT estuvieron siempre abiertos a participar de la comunidad dedicada al trasplante y a recibir a médicos y otros profesionales de la salud que quisieran compartir la experiencia que se estaba desarrollando en el Hospital del Área Sur de Santiago, todo ello aunque no se pudo constituir una beca formal que diera institucionalidad a dichos procesos formativos que ocurrían de hecho. Pero retrospectivamente se puede observar con más claridad que sí efectivamente hubo un proceso de enseñanza y aprendizaje de mutuo beneficio con todos los otros centros dedicado a la especialidad en el país y con varias universidades, pero muy especialmente la Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad de Concepción y Universidad de Valdivia.

El programa de trasplante renal del HBLT no ha detenido su crecimiento. Primero bajo la jefatura del Dr. Alfredo Mocarquer y luego de la Dra. Jacqueline Pefaur en la parte Nefrológica, y del Dr. Jorge Aguiló en la parte Quirúrgica, ha superado la calidad del proyecto original incorporando nuevas tecnologías y generando proyectos de investigación clínicos. Así se pudo efectuar el 8 de Julio de 1994 el primer trasplante combinado de páncreas y riñón hecho en Chile en una acción conjunta del HBLT y Clínica Las Condes¹² lo que puede ser considerado un hito en la historia de la medicina chilena.

¹² Buckel E., Morales J, Aguiló J., Rosenfeld R., Pefaur J., Zavala C., Herzog C. *Trasplante simultaneo de páncreas y riñón. Primeros casos en Chile.* Rev Med Chile 1996; 124(1):83-8.