



Revista Colombiana de Gastroenterología  
ISSN: 0120-9957  
Asociación Colombiana de Gastroenterología

Emura, Fabian; Shiwa, Anne  
Entrevista con el Dr. David Allan Peura: gastroenterólogo de gastroenterólogos y maestro de maestros  
Revista Colombiana de Gastroenterología, vol.  
33, núm. 4, 2018, Octubre-Diciembre, pp. 351-360  
Asociación Colombiana de Gastroenterología

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337758126001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Entrevista con el Dr. David Allan Peura: gastroenterólogo de gastroenterólogos y maestro de maestros

## Interview with Dr. David Allan Peura: a Gastroenterologist of Gastroenterologists and a Master or Masters

Fabian Emura MD, PhD, FASGE,<sup>1,2,3\*</sup> Anne Shiwa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> División de Gastroenterología, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.

<sup>2</sup> Endoscopia Gastrointestinal Avanzada, EmuraCenter LatinoAmerica, Bogotá D. C., Colombia.

<sup>3</sup> Emura Foundation para la Promoción de la Investigación del Cáncer, Bogotá D. C., Colombia.

\*Correspondencia: fabian.emura@unisabana.edu.co

Fecha recibido: 08-11-18

Fecha aceptado: 16-11-18

**Fabian Emura (F.E.):** Hoy es sábado 7 de julio de 2018, estamos en Bogotá D.C., Colombia y es un gran honor para mí entrevistar al médico mundialmente conocido y respetado por sus logros profesionales y personales. Ha sido reconocido por su contribución extensa, profunda y sostenida a la gastroenterología, es conocido como el “gastroenterólogo de gastroenterólogos” y como “maestro de maestros”. Damas y caballeros, permítanme presentarles, desde la Universidad de Virginia, al profesor David Allan Peura.

**David Allan Peura (D.A.P.):** Muchas gracias, Fabian.

**F.E.:** ¿Cómo te encuentras hoy David?

**D.A.P.:** Bien, un poco cansado. La altitud de Bogotá es un poco diferente a la de Virginia. Pero aparte de eso, estoy emocionado de estar acá y siempre me gusta venir, sobre todo a verte.

**F.E.:** Es un gran placer para nosotros tenerte acá. Quiero iniciar esta entrevista preguntándote sobre tus padres y abuelos: ¿cómo influyeron en tu vida para que hoy seas reconocido como “maestro de maestros” y como “gastroenterólogo de gastroenterólogos”?

**D.A.P.:** Yo creo que desde que tengo memoria. Cuando era niño mis abuelos, de hecho más mi abuela, porque nunca conocí realmente a mi abuelo, me decía siempre cuán importante era ser honesto y sincero, y de eso mis padres fueron maravillosos ejemplos. Mi padre fue probablemente una de las personas más honorables que jamás haya conocido en mi vida y aún recuerdo muchos de los maravillosos ejemplos de vida que él me dio. Mi madre también fue definitiva infundiéndome siempre el valor de la perseverancia.

Además, mis abuelos, mi abuela y mis padres también infundieron en mí una gran fe en Dios, en un momento en mi vida creí que iba a ser misionero; de manera que tuve una crianza maravillosa. Estos ejemplos, creo yo, me posicionaron muy bien después en la vida. De hecho, una de las razones por las cuales me interesé por la gastroenterología fue mi madre: ella tenía problemas gastrointestinales que recuerdo vívidamente. Por eso puedo empatizar en realidad con mis pacientes luego de haber convivido durante años con los problemas gastrointestinales de mi madre.

**F.E.:** Conozco muy bien a tu familia y también a Kristin, tu esposa, y quisiera preguntarte algo sobre tu matrimonio. Llevas 48 años de casado...

**D.A.P.:** 49 de hecho...

**F.E.:** ¿Cómo conociste a Kristin? ¿Cuál ha sido su rol en tu vida para que hayas logrado lo que tienes ahora?

**D.A.P.:** Kristin y yo nos conocimos en la universidad en el laboratorio de química. El apellido de soltera de Kristin era Pattee y el mío Peura, de manera que por orden alfabético, teníamos el laboratorio juntos. Así que nos conocimos en el primer año de la universidad y yo le ayudaba con la química porque ella no era muy buena en esa materia. Un día la iba a invitar a una cita, pero ese día ella llegó y de hecho estaba “enganchada”, es decir, que tenía un novio, un novio muy serio, así que dije: “ok, está bien”, tú sabes.

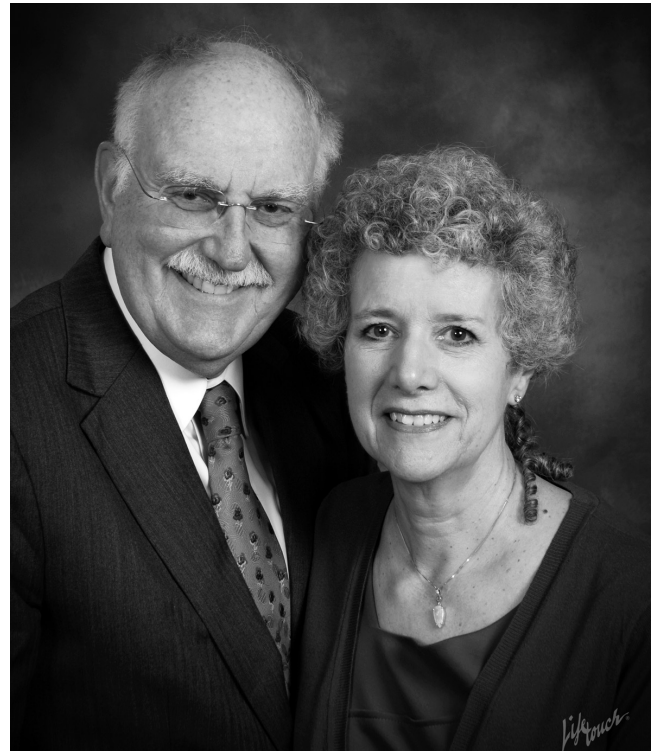
Creí que ya estaba perdido, pero el destino no lo quiso así. Durante nuestro penúltimo año de universidad Kristin, que ya no estaba viéndose con su novio, y yo nos encontramos en una conferencia en la universidad de liderazgo, congeniamos muy bien y empezamos a salir. Nos casamos cuando yo estaba en la Facultad de Medicina en la Universidad de Vermont. Kristin dice que ella me ayudó a estar en la facultad de medicina, lo cual muy probablemente es cierto.

Después de casarnos, Kristin trabajó mientras yo iba a la universidad. Ella era una patóloga del habla y conducía una camioneta grande por todas las áreas rurales de Vermont e impartía terapia del habla y del lenguaje a niños en sistemas educativos. En mi tiempo en la facultad de medicina tuvimos a nuestra hija Jessica, y durante mi residencia tuvimos a nuestro hijo Brian y Kristin dejó de trabajar para estar en casa. Se encargó de los niños mientras yo seguía mi carrera. Ella siempre ha estado ahí, detrás de bambalinas, haciendo las cosas que necesitaban hacerse para mantener a la familia feliz y unida. Probablemente yo no habría llegado a donde estoy, si no hubiese sido por ella. De nuevo, fue su apoyo y su habilidad de ser una influencia positiva en casa y para mí... siempre motivándome (**Figura 1**).

**F.E.:** ¡Eso es genial! Mamá Kristin está detrás de cámaras, démosle un aplauso.

Ahora vayámonos a los años en el ejército. Leyendo tu biografía sé que empezaste la especialización en el ejército en el Centro Médico del Ejército Walter Reed. También que ascendiste rápidamente al pasar de ser un oficial regular a ser coronel y al mismo tiempo te convertiste en profesor asociado, justo después de la especialización. ¡Eso es bastante rápido! ¿Cómo pasó?

**D.A.P.:** Bueno, el ejército es un lugar bastante único. Fue un ambiente de gran aprendizaje para mí, aprendí paciencia, aprendí disciplina. También a levantarme temprano en la mañana, porque eso es prácticamente un requisito allá. En el ejército se puede avanzar muy joven debido a que allí la gente no se queda a hacer una carrera larga, por esta razón siempre hay oportunidades de avanzar y yo fui un afortunado en esa época porque había posiciones disponibles y



**Figura 1.** El Dr. David Peura y su esposa Kristin. Charlottesville, Virginia. Octubre, 2015

me pidieron asumir estos cargos de responsabilidad, sobre todo de responsabilidad clínica siendo muy joven. Estuve en el lugar adecuado en el momento adecuado. Además, estuve rodeado de un grupo de colegas que no sólo me apoyaron a mí y a mis esfuerzos clínicos, sino también a mis esfuerzos en investigación. Eventualmente, cuando me convertí en coronel y a su vez en consultor en gastroenterología del Surgeon General, yo hacía lo que me tocaba, entonces podía decidir mi propio camino. Elegí quedarme en Walter Reed y ser un médico superior, y también seguir con la investigación.

**F.E.:** Ya veo. Quisiera hacerte una pregunta sobre algo que a mi parecer es confidencial. En 1997 estabas trabajando como profesor asociado e investigando, eras considerado un orador a nivel internacional y además eras padre y abuelo; en ese año, Kristin fue diagnosticada con cáncer. ¿Cómo manejaste este momento tan retador en tu familia, en tu vida personal y en tu carrera?

**D.A.P.:** Bueno, honestamente fue un *shock* para mí. Es algo que no esperas. Como médico lidias con las enfermedades todo el tiempo, todos los días. Pero es realmente difícil hacerlo cuando alguien de tu familia está involucrado. Creo que hay varias cosas que me hicieron superar esto a

mí y también a mi familia. Lo primero, es que Kristin es una persona muy fuerte. Después de un período inicial de negación, ella aceptó su diagnóstico y reconoció que iba a hacer todo para luchar y ahora está sana. Eso fue hace 20 años, por lo que consideramos que efectivamente se curó. Yo creo que oramos mucho y tuvimos una fe muy fuerte, tuvimos el apoyo de amigos y también de la comunidad de nuestra iglesia. Todas estas cosas fueron muy importantes. Supongo que eso trajo a casa la consideración de que hay vida más allá de tu carrera, la familia es importante y debe ser la prioridad número uno, en ese momento las otras cosas se pusieron en segundo plano. Pero insisto, si Kristin no hubiera sido la persona fuerte que fue, la situación hubiera sido mucho más difícil.

**F.E.:** David, la siguiente pregunta es sobre los IBPs. A largo plazo se dice de la terapia con IBPs lo siguiente: primero, que sin erradicar a *H. pylori* en pacientes infectados, tienen un riesgo potencial de desarrollar o de propiciar la gastritis atrófica y en consecuencia, cáncer gástrico; segundo, hay una creencia común, principalmente en pacientes, que el uso a largo plazo de IBPs está vinculado con la enfermedad de Alzheimer. ¿Cuál es tu opinión?

**D.A.P.:** Bueno, primero que todo es importante reconocer que usar IBPs a largo plazo debe ser evitado en lo posible. Creo que siempre hay riesgo y beneficio. Todos los manuales internacionales son bastante claros en que las personas que van a necesitar el uso a largo plazo de IBPs deben recibir examen y tratamiento para *H. pylori*. El examen y el tratamiento son relativamente fáciles de hacer, pero también es importante confirmar que la infección se ha erradicado, porque está el riesgo teórico en ciertos individuos de que la gastritis crónica pueda convertirse en atrofia y cáncer gástrico. Esto es más común en países de Europa Oriental y en pacientes de América Central y del Sur y, de pronto, en algunos pacientes de Asia. No es común en países occidentales como los Estados Unidos. Aun así es una buena práctica confirmar que la infección ha sido erradicada. Ahora, teniendo en cuenta todos los efectos secundarios de los IBPs, que solo te preocupes por la demencia, yo diría que es una observación sesgada. Los estudios que han tratado estas complicaciones han sido en gran medida ensayos de control de casos poblacionales. No se han hecho ensayos prospectivos y los riesgos de cosas como demencia, enfermedades renales, enfermedades cardíacas, enfermedades óseas, probablemente no son tan grandes como uno podría esperar al ver los estudios retrospectivos. Hay algo de evidencia para sugerir que el uso crónico de IBPs puede llevar a infecciones tales como *Clostridium difficile* y otras infecciones intestinales. Es importante aconsejar a nuestros pacientes dándoles la confianza de que el medicamento que le estamos prescribiendo es seguro en general.

Hay que explicarles que hay un riesgo y un beneficio en el tratamiento. Yo creo que hay una histeria injustificada entre algunos de nuestros pacientes. Ellos se preocupan mucho y suspenden sus medicamentos porque leyeron algo en el periódico. Es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud darles la información adecuada. Yo trato de darles a entender a todos mis pacientes que, si van a requerir un uso a largo plazo de IBPs, obviamente estaremos monitoreando si hay efectos secundarios, pero ellos deben sentirse tranquilos ya que los medicamentos son, en general, seguros.

**F.E.:** Y nosotros como gastroenterólogos debemos garantizar que el paciente se cure de *H. pylori* ¿correcto? Así que, ¿cualquier prueba que esté a nuestro alcance debemos prescribirla para saber si el paciente se curó o no?

**D.A.P.:** Sí. Yo creo que los manuales internacionales son bastante claros en eso. Las personas que van a tomar de manera crónica inhibidores de la bomba de protones deben recibir exámenes y tratamientos para *H. pylori*. Aunque los exámenes y el tratamiento son importantes, la confirmación de que se han curado también es importante porque infortunadamente las terapias que tenemos disponibles para *H. pylori* sólo van a curar la infección en el 70% de los casos. Esto significa que cerca de una tercera parte de la población que recibe el tratamiento seguirá estando infectada.

**F.E.:** Es cierto y ese es un problema muy serio en Suramérica. En relación con *H. pylori*, sé que el profesor Barry Marshall, nuestro amigo común, recibió el premio Nobel en el 2005, pero años antes del 2005 él trabajaba contigo en la Universidad de Virginia. Tú fuiste su jefe. Así que mi pregunta es, ¿Barry te influyó a ti o tú lo influenciaste a él?

**D.A.P.:** Bueno, yo creo que ambas cosas. Cuando me uní a la facultad de la Universidad de Virginia en 1990, Barry estaba ahí. A Barry, si tú lo conoces, a veces le cuesta enfocarse y está de un lado para otro, de manera que una de las cosas que creo que hice por Barry fue intentar enfocarlo. Yo fui director de servicios clínicos, así que supervisaba sus actividades y trataba de proteger su tiempo. Lo que yo hacía era, asignarle consultas o varias labores que le dieran tiempo para proseguir con sus investigaciones y hacer lo suyo, por así decirlo. También le ayudé con sus actividades de investigación en la Universidad de Virginia. Hicimos una colaboración para desarrollar la prueba de aliento con urea C13 y otra serie de cosas. Pero la razón por la cual fui a la Universidad de Virginia cuando me retiré del ejército fue para trabajar con Barry. Así que puedo decir que él tuvo una gran influencia en mí, aunque creo que si le preguntas, él probablemente diría que fue mutua, que realmente entre los dos nos ayudamos y respetamos.

**F.E.:** Entonces acerca de la infección de *Helicobacter*, ¿qué crees que sigue? Quiero decir ¿qué viene durante la próxima década en cuanto al diagnóstico y tratamiento de *H. pylori* en el mundo?

**D.A.P.:** Bueno, para el diagnóstico tenemos buenas pruebas para identificar la infección. Ahora hay alternativas usando la técnica de la PCR que van a ser aún más sensibles en la detección de la infección y usando diferentes técnicas moleculares en material de biopsia o, incluso en heces, se podrán determinar patrones de resistencia a antibióticos. Esto nos ayudará a direccionar la terapia en el futuro. Creo que van a haber drogas más potentes para inhibir los ácidos algo que es esencial para erradicar a *H. pylori*. Entonces usar inhibidores más potentes, los BAC-Ps, los bloqueadores de ácido competitivos con potasio, probablemente mejorará nuestra habilidad de eliminar las infecciones y quizá incluso, de simplificar regímenes de tratamiento para *H. pylori*. Pero, pienso que el futuro va a estar realmente en la vacunación. Si podemos ingeniarnos una vacuna que prevenga la infección de *H. pylori*, o posiblemente, incluso una vacuna terapéutica, creo que esa va a ser la respuesta. Ya que ahora no es práctico examinar y tratar en toda una población a cada individuo infectado. Creo que el futuro va a estar en tratar de prevenir que la infección ocurra.

**F.E.:** David, sé que el esomeprazol actúa ayudando a los antibióticos a ser más efectivos contra *Helicobacter*. Pero, ¿qué dices sobre los IBPs de acción prolongada que actúan por 24 horas como el dexlansoprazol incrementando la actividad de los antibióticos y reduciendo la resistencia a la bacteria? ¿Tú lo recomiendas, o, debemos usar como tratamiento de primera línea el esomeprazol a modo de agente IBP?

**D.A.P.:** Es claro que mientras más potente es la supresión del ácido y mientras más duradera es esta supresión, la erradicación de *H. pylori* mejora. Idealmente, si tú puedes mantener el pH encima de 6 por un período de 24 horas, es mucho más fácil potenciar el efecto de los antibióticos que estás usando. No hay mucha información con IBPs con acción más prolongada. Sin embargo, yo pienso que es útil tomarlos dos veces al día por un período de tiempo corto durante la erradicación de *H. pylori*. Y como mencionaba, el nuevo tipo de drogas, los bloqueadores de ácido competitivos de potasio, funcionan muy bien, reduciendo profundamente el ácido. Así que creo que estas serán nuestros tratamientos futuros, tanto las dosis dobles de IBPs de acción prolongada como un BAC-P.

**F.E.:** ¿Y cuánto costaría? Ya sabes que en los países latinoamericanos el dexlansoprazol es un poco más costoso.

**D.A.P.:** Así es. A mí me parece que el costo siempre es un inconveniente. Pero el costo de no erradicar la infección es

mucho mayor que el costo de la terapia inicial. Por lo tanto, si tienes un tratamiento que es un poco más caro, es probable que sea mejor que lo des. El tratamiento más caro es el que no funciona, así que si puedes tener un régimen muy económico, pero este no funciona, entonces no es bueno.

**F.E.:** Entiendo. Quiero regresar a hablar de ti como el profesor de la Universidad de Virginia. Sé que tú estabas a cargo de las rondas por la mañana los martes y los estudiantes te decían “El gran *Kahuna*”. ¿Eso qué significa?

**D.A.P.:** Creo que ese es un nombre que ellos me pusieron. Un *Kahuna* viene del polinesio. Es algo así como el gran jefe o el rey. Así que soy grande, entonces es por eso...

**F.E.:** Muy grande...

**D.A.P.:** Y yo supongo que ellos respetan mi astucia clínica, entonces es por eso que ellos me llaman “el *Kahuna*”. Pero lo disfruto mucho, de hecho, eso me mantiene joven, trabajar con colegas jóvenes, asesorarlos, y probablemente mi dicha más grande es interactuar con los que están empezando y tratar de impartirles algo de mi experiencia clínica acumulada a lo largo de los años. Hay colegas que entrené hace casi tres décadas y me llaman para decirme cuánto aprecian lo que he hecho por ellos. Yo creo que eso hace que valga la pena levantarse en las mañanas cuando puedes influenciar positivamente a los colegas más jóvenes. Considero que como gastroenterólogos necesitamos infundir un grado de profesionalismo en nuestra práctica. Lo que pasa es que muchas veces nos consultan, no porque alguien quiere hablarnos de un paciente o recibir nuestra opinión, sino que quieren que hagamos un procedimiento, y eso está mal. Así seamos médicos con una especialidad particular, endoscopia, somos en primer lugar médicos. Por ende, el profesionalismo es muy importante. Yo trato de infundir eso en los colegas jóvenes, la importancia de hablar con los pacientes, aproximarse a ellos. Ahora en estas épocas de computadores y de historias clínicas es fácil evitar el contacto directo con los pacientes. Tenemos que escuchar a nuestros pacientes, empatizar con ellos, y ser humanistas al acercarnos a sus condiciones.

**F.E.:** También estoy de acuerdo. Creo que yo soy un buen ejemplo de alguien impactado por tu vida. Te conocí en México en el 2007, creo, en el Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana y eso cambió por completo mi vida. Pero sé que has animado a muchos médicos a estudiar gastroenterología, tienes muchos colegas y has orientado y enseñado a muchos. Considero que en realidad has hecho un impacto en sus vidas. ¿Cuál es el secreto?

**D.A.P.:** El secreto simplemente es hacer lo que va llegando naturalmente. Yo me crié de esa manera. Kristin solía recor-

darme siempre que la máxima primordial es mantener a los pacientes de uno presentes en la mente. Así que considero que les doy ese ejemplo a los futuros especialistas. Constantemente estoy aconsejando a esos colegas, para que se aseguren de que cuando estén contemplando hacer algo, ya sea pruebas de laboratorio, o alguna especie de prueba diagnóstica o endoscopia, siempre tengan en mente que en realidad están haciendo algo por un paciente, más que estar sencillamente haciéndole algo al paciente. Tenemos muchas cosas que podemos hacerle a los pacientes, pero, ¿realmente las estamos haciendo con base en buenas razones? Entonces, ser uno mismo creo que sería el secreto, no es nada especial. Y también dar consejos prácticos. A lo mejor no estoy al tanto de los últimos avances científicos en todos los campos, pero de nuevo, tengo bastante conocimiento práctico, y me parece que mis futuros colegas especialistas lo aprecian. Luego, ellos le brindarán al paciente un acercamiento práctico centrado para sus futuras prácticas.

**F.E.:** Asombroso. Permítame que le pregunte acerca de las tres P.

**D.A.P.:** Las tres P de la Presidencia de Peura. Pues, cuando yo era presidente de la AGA (*American Gastroenterological Association*) tenía aquel mantra de las tres P. La primera P es “profesionalismo”, y aludí a aquello hace sólo un rato. Es importante que nosotros como gastroenterólogos reconozcamos que somos médicos primero, y que somos médicos que cuentan con una herramienta, que poseemos un conocimiento único que podemos impartir, pero nunca deberíamos vernos a nosotros mismos estrictamente como endoscopistas. Somos médicos que llevan a cabo endoscopias. La segunda P es “política”, de “acción política”. Considero que es importante que defendamos a nuestros pacientes, para que tengan un acceso gratuito al sistema de salud, y así asegurarnos de que todos podamos recibir un excelente cuidado. La tercera P es filantropía (por *philanthropy*, en inglés). La filantropía es algo que siempre ha estado en el primer lugar en la vida de Kristin y en la mía. La filantropía no se trata necesariamente de dar dinero, puede darse mediante voluntariado; donando tiempo, donando otros recursos y también donando dinero. Realmente es pagar una retribución por lo que otras personas me han brindado a mí o han dado a nuestra familia a lo largo de los años. Y eso es muy importante, porque el futuro depende de lo que nosotros, en el presente, hagamos para garantizar que aquellos que vendrán luego tengan los fondos y recursos para incentivar la educación y la investigación. Kristin y yo hemos promocionado un lectorado anual en la DDW (*Digestive Disease Week* o Semana del Trastorno Digestivo), para que así podamos perpetuar la educación médica para el futuro (**Figuras 2 y 3**).



**Figura 2.** La familia Peura. Jessica (hija), David, Kristin (esposa), Jennifer (nuera) y Brian (hijo). Los Angeles, California durante la reunión presidencial de la AAG. Mayo, 2006.



**Figura 3.** Dr. David Peura y colegas del Departamento de Gastroenterología de la Universidad de Virginia en octubre 30 de 2018. De derecha a izquierda: Drs. Eric Sellers, Javelle Wynter, David Peura, Acott Cornella y Ross Buerlein.

**F.E.:** David, esta es mi última pregunta. Sé que tú le has aportado mucho a la sociedad, a la humanidad, a la AAG, a tu familia, a tus amigos, pero déjame preguntarte, ¿cuál crearías tú, hasta el día de hoy, que pueda ser tu mayor legado?

**D.A.P.:** Bueno, me gustaría pensar que mi más grande legado yace en todas esas personas a quienes he influenciado a lo largo de todos esos años en los que fui mentor, o capacité, y así pude transmitir un poquito de mí mismo en cada uno de ellos. En cuanto a colegas, ha habido cerca de 200 en más de 30-35 años de carrera, con quienes he interactuado. Un pedacito de mí está en cada uno de esos individuos, y así como se relacionan con sus pacientes, y sus carreras, me gusta pensar que esa pequeña parte de mí es también parte de esa interacción. Muchos de mis practicantes han elegido continuar una carrera académica, de modo que ellos mismos harán también investigaciones e influenciarán a otras personas. Pienso que el éxito y los logros académicos de todos aquellos con los que alguna vez tuve contacto, y que ojalá haya influenciado positivamente; ese es mi mayor legado.

**F.E.:** Muchas gracias, David. Esperamos poder escribir esto en forma de artículo en la Revista Colombiana de Gastroenterología y posteriormente la subiremos a YouTube. Ha sido un placer, bienvenido a Colombia de nuevo, y me siento muy afortunado de tenerte aquí. Gracias (**Figura 4**).

**D.A.P.:** Gracias.

### Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado en parte por una beca educativa para la Estrategia Global para el Control del Cáncer en las Américas de Emura Foundation para la Promoción de la Investigación de Cáncer. Esta entrevista fue realizada a las 10:00 am del sábado 7 de julio del 2018 en el EmuraCenter LatinoAmerica y está disponible en línea en: <https://www.youtube.com/watch?v=M0AeH-iffWo&t=70s>



**Figura 4.** Drs. David Peura y Fabian Emura después de la entrevista el 7 de julio de 2018 en el EmuraCenter, Bogotá, D. C.



Escanee este código con su celular para ver el video de la entrevista.

\*\*\*\*\*

### INTERVIEW WITH DR. DAVID ALLAN PEURA: A GASTROENTEROLOGIST OF GASTROENTEROLOGISTS AND A MASTER OR MASTERS (English version)

**Fabian Emura (FE):** It's Saturday July 7th of 2018, we are in Bogota D.C., Colombia and it is my great honor to interview a worldwide known Physician, honored for both his professional and personal accomplishments. He's been recognized for his broad, deep and sustained contribution to gastroenterology, and he is known as a "gastroenterologist of gastroenterologists" and a "master of masters." Ladies and gentlemen, let me introduce you to, from the University of Virginia, professor David Allan Peura.

**David Peura (DP):** Thank you very much Fabian.

**FE:** How are you today David?

**DP:** Well, a little bit tired. The altitude here in Bogota is a little different than Virginia. But otherwise, I'm excited to be here and... I always love coming, especially to see you.

**FE:** It is our great pleasure to have you here. I want to start this interview asking you about your parents and grandparents. How did they influence your life for you to be currently recognized as a "master of masters" and as a "gastroenterologist of gastroenterologists?"

**DP:** I think ever since I can remember as a child, my grandparents, actually my grandmother since I never really knew my grandfather, she was always telling me how important it was to be honest and forthright, and my parents were wonderful examples. My father was probably

one of the most honorable people I have ever met in my life, and I still vividly remember many of the wonderful live examples he gave. And my mother also was responsible, really, for instilling in me perseverance. My grandparents, my grandmother and my parents also instilled in me a great faith; faith in God. One time in my life I thought I was going to be a missionary, so I had a wonderful upbringing. Those examples I think stood me very well later in life. In fact, one of the reasons I went into gastroenterology was because of my mother. My mother had gastrointestinal problems, and I remember those very vividly, so I can really empathize with my patients having lived with my mother's GI problems over the years.

**FE:** I know very well your family and also Kristin, your wife and want to ask you something about your marriage. You have been married for 48 years...

**DP:** Actually 49 years...

**FE:** Let me ask you, how did you met Kristin? And what has been her role in your life, in order for you to accomplish what you have now?

**DP:** Well, Kristin and I first met in college, in chemistry laboratory. Kristin's maiden name was Pattee and mine was Peura, so we had laboratories together alphabetically. So, we actually met freshmen year in college and I helped her through chemistry because she wasn't very good at chemistry. One day I was going to ask her out on a date, but that day she came in and she had actually been pinned. Pinning means she had a boyfriend, a very serious boyfriend, and so I said, "oh, ok" you know, I missed out. But, as luck would have it, our junior year in college, Kristin was no longer seeing that boyfriend, so Kristin and I met in a conference, a leadership conference in college, and we just hit it off and started dating. We got married when I was in medical school. Kristin says she helped me get into medical school, which is probably true, at the University of Vermont. After we got married, Kristin worked while I was going to school. She was a speech pathologist, and she drove a () big van throughout the rural areas of Vermont giving speech therapy to children in school systems. During medical school we had our daughter Jessica and during my residency, we had our son Brian, and Kristin stopped working to stay at home. She took care of the children, while I was pursuing my career. She has always been there, behind the scenes doing the things that needed to be done to keep the family happy and together. So, I probably never could have gotten where I am, unless it had been for her. Again, it was her support and ability to be a positive influence at home and also to be a positive influence to me... always encouraging me (**Figure 1**).

**FE:** That's wonderful! Mama Kristin is behind the cameras; let's give her an applause. Let's move on to the army times. I know by reading your biography that you started fellowship in the army at the Walter Reed Army Medical Center. But I also know that you arose rapidly from being a regular officer to colonel, and at the same time, in parallel, you became an associate professor, starting right after fellowship, and that was quite fast! How did that happen?

**DP:** Well, the army is a very unique place. It's an environment in which I learned a lot, I learned patience, I learned discipline. Also I learned to get up early in the morning, because that is sort of a prerequisite in the military. In the army, you can advance at a very young age because people don't stay in the army for a long career. So there are always opportunities to advance and I was fortunate at that time because positions opened up, and I was asked to assume those positions of responsibility, especially clinical responsibility at a very young age. And so, I just happened to be in the right place at the right time! Also, I was surrounded by a wonderful group of colleagues who not only supported me and my clinical endeavors, but also at my research endeavors. Eventually, when I became a colonel and the consultant to the surgeon general in gastroenterology, I made the assignments and so I could pretty much determine my own fate. I chose to stay at Walter Reed and be a senior clinician, and also continue my research.

**FE:** I see. I want to ask you something very confidential I may say. You were working as an associate professor, you were doing research, you were considered an international world known speaker but also a father and grandfather. Dealing with all that situation, it happened that in 1997 Kristin was diagnosed with breast cancer. How did you manage that very challenging time in your family and your personal life and career?

**DP:** Well, frankly it was a shock. This is not something that you expect. As a physician you deal with illness all the time, everyday. But it is really difficult to deal with it when it is somebody in your own family. I think there are several things that got me through all of this and got our family through all of this. First of all, Kristin is a very strong individual. After an initial period of denial, I think she accepted her diagnosis and recognized that she was going to do everything to fight it, and she is cured now. been over 20 years, so we would consider that a cure. I think we prayed a lot and we had a very strong faith. We had support from friends and also from our church community. I think all of those things were very important. I guess it brought home the fact that there's more to life than your career. Family is important, and there time family just had to become first

priority, and other things were put on the back burner. But again, had Kristin not been the strong individual that she was, it would have been a much more difficult situation.

**FE:** David, the next question is about PPI's. For the long term PPI's therapy, it's been said that: First, without eradication of *H. Pylori* in infected patients, they have the potential risk of development or the promotion of atrophic gastritis, and therefore gastric cancer. Second, there is a common belief, mostly from patients, that the long-term usage of PPI's is related to Alzheimer's disease. What is your opinion?

**DP:** Well, first of all, it is important to recognize that long-term PPI's should be avoided when possible. I think there is always a risk benefit. All the international guidelines are pretty clear that individuals who are going to require long-term PPI's should be tested and treated for *H Pylori*. The testing and treating is fairly easy to do, but it is also important to confirm that the infection has been eradicated, because there is this theoretical risk in certain individuals that they may progress their chronic gastritis to atrophy and gastric cancer. That's more common I think in Eastern Europeans, or patients from Central and South America, and maybe Asian patients. It is not as common in Western countries such as the United States. It is still good practice to confirm eradication of infection. Now, as far as side effects of chronic PPI's, dementia being the one you are concerned about, I suspect that this is a biased observation. Studies that have looked at these complications have largely been population case control trials. There has been no prospective trial done, and the risk of things like dementia, kidney disease, heart disease, bone disease, probably is not as great as one might expect by looking these retrospective studies. There is some evidence to suggest that chronic PPI's may lead to infections, such as *Clostridium difficile* and other intestinal infections. Is important that we counsel our patients giving them the confidence that the medicine we are prescribing are generally safe. Explain there is risk and benefit to this treatment. I think that there is unwarranted hysteria out there among some of our patients. They are very concern and they stop their medicine, because they read something in the newspaper. It is our responsibility as healthcare providers to give them the appropriate information. I try to counsel all of my patients that if they are going to require a long-term PPI treatment, then obviously we will monitor them for side effects, but they should feel comfortable, since the medicines are generally very safe.

**FE:** And we as gastroenterologists must be assured that the patient gets cured from *H. Pylori* right? So, any test that we have at hand, we should prescribe it in order to know if the patient was cured or not.

**DP:** Yes, I think the international guidelines are pretty clear on that. People who are going to be taking chronic proton pump inhibitors should be tested and treated for *H. Pylori*. While the testing and treating is important, the confirmation of cure is also important because unfortunately the therapies we have available for *H. Pylori* are only going to cure the infection 70% of the time. This means that about a third of the people that receive treatment are going to continue to be infected.

**FE:** Right, and that is a major problem in South America. In relation also to *H. Pylori*, I know that professor Barry Marshall, our common friend, was given the Nobel Prize in 2005, but years before the 2005, he worked with you at the University of Virginia. You were his boss. So the question is, did Barry influence you, or did you influence Barry?

**DP:** Well, I think it worked both ways. When I joined the faculty of the University of Virginia in 1990, Barry was there. Barry, if you know him, sometimes has a difficult time focusing and he is all over the place, so one of the things I think I did with Barry was try to focus him. I was director of clinical services, so I did oversee his activities and I tried to protect his time. What I would do is, assign him to clinics or various duties that would still give him time to pursue his research and do his thing, so of speak. I also helped him with his research activities at the University of Virginia. We collaborated in develop the C13 urea breath test, and a variety of other things. But the reason I went to the University of Virginia when I retired from the army was to work with Barry. So I can say that he had a big influence on me, but I think if you ask him, he will probably say it was mutual that we really helped and respected each other.

**FE:** So about *Helicobacter* infection, what do you think is next? I mean, for the next decade, what is coming for diagnosis and treatment of *H. Pylori* in the world?

**DP:** Well, for diagnosis we have good tests to identify the infection. I think there are ways now using PCR technique that is going to be even more sensitive at detecting infection and using different molecular techniques on biopsy material or even stool to determine antibiotic resistance patterns. Those will help us direct therapy in the future. I think there are going to be more potent drugs available to inhibit acid, and we recognize acid inhibition is essential for *H. Pylori* eradication. So utilization of those more portent acid inhibitors, the P-CABs, the potassium competitive acid blockers, probably will improve our ability to eradicate infection, and maybe even simplify our treatment regimens for *H. Pylori*. But, I think the future is really going to be vaccination. If we can come up with a vaccine that will

prevent *H. Pylori* infection, or possibly, even a therapeutic vaccine, I think that will be the answer. Because right now is impractical on a population wide level to test and treat everybody that is infected. I think the future is going to be trying to prevent the primary infection from occurring.

**FE:** David, I know that esomeprazole acts helping antibiotics to be more effective against *Helicobacter*. But how about a, long acting PPI covering 24 hours like dexlansoprazole, in order to increase the activity of antibiotics and reduce resistance of the bacteria. Do you recommend that, or should we still use the first line therapy with esomeprazole as a PPI agent?

**DP:** It's clear that the more potent acid suppression and the longer duration of acid suppression improves *H. Pylori* eradication. Ideally, if you can keep the pH above 6 for a 24-hour period, it is much easier to enhance the effect of the antibiotics that you're using. There aren't a lot of data with the longer acting PPI's. However I think using them twice daily for a short period of time during the *H. Pylori* eradication would be helpful. And as I mentioned, the new class of drugs, the potassium competitive acid blockers, work very well, profoundly reducing acid. So I think those would be probably our future therapies, either double dose longer acting PPI or a P-CAB.

**FE:** And how about cost? You know, in Latin American countries, dexlansoprazole is a little bit more expensive.

**DP:** Right. I think cost is always an issue. But the cost of not eradicating infection is much greater than the cost of initial therapy. So if you have a little bit more expensive therapy that is more effective, you're probably better giving it. The most expensive therapy is a treatment that doesn't work so if you can have a very inexpensive regimen, but if it doesn't work, it is no good.

**FE:** I see your point. I want to come back to talk about you as a teacher at University of Virginia. I know that you were in charge of the morning rounds on Tuesday mornings, and you were called by residents "the big Kahuna"... What does this mean?

**DP:** I guess that's a name they gave me. A Kahuna comes from the Polynesian. Is sort of the big boss or the king. So I'm big, so that's why...

**FE:** Very big...

**DP:** And I guess they respected my clinical acumen, and that's why they called me the Kahuna. But I very much enjoy, in fact it keeps me young, working with fellows, I enjoy mentoring fellows, and probably my greatest joy is interacting with the fellows and trying to impart some of

my clinical experience accumulated over the years to them. I have fellows who I may have trained almost three decades ago, who call me telling me how much they appreciated what I had done for them and I think that makes it worth getting up in the morning when you can positively influence younger colleagues. I think we as gastroenterologists need to recognize that we have to instill a degree of professionalism in our practice. What happens is that often times we are consulted not because somebody wants us to talk to a patient or give our opinion, but they want us to do a procedure, and that's a bad thing. While, we are physicians with a particular skill, endoscopy, we are physicians first. So professionalism is extremely important. I try to instill that in the fellows, the importance of talking to patients, touching patients. Now in this days and age of computers and electronic medical records it is so easy to avoid direct contact with patients. We must listen to our patients, empathize with them, and be humanistic in our approach to their conditions.

**FE:** I agree as well. I think I am just a good example, one example, of somebody that has been impacted by your life. I met you in Mexico in 2007 I think, for the National Congress of the Mexican Society, and that completely changed my life. But I know that you have encouraged many many physicians to study gastroenterology, because you are passionate about gastroenterology. And you have a lot of fellows and have been the mentor of many. I think you have really made an impact in their lives. What is the secret?

**DP:** The secret is just doing what comes naturally. I was brought up that way. Kristin always used to remind me that the prime dictum is to keep your patients foremost in mind. So I think I give this example to the fellows. In many ways I always ask fellows to make sure that when they are contemplating doing something, whether it be laboratory testing, or some sort of diagnostic testing or endoscopy, to make sure they are actually doing something for the patient, rather than just doing something to the patient. We have many things we can do to patients, but are we really doing them for the best reasons? So just being myself, I think is the secret, it's nothing special. And also giving practical advise. I may not be up with the latest science on everything, but again, I have a lot of practical knowledge, and I think the fellows appreciate that. Later, they will bring a patient centered practical approach to their future practices.

**FE:** Wonderful. Let me ask you about the three P's.

**DP:** The three P's of the Peura's Presidency. Well, when I was AGA president, I had this mantra of the three P's. The first P is "professionalism," and I just alluded to that a little bit earlier. It is important that we as gastroenterologists recognize that we are physicians first, and that we are physicians

that have a tool, and we have unique knowledge that we can impart, but we should never look at ourselves strictly as endoscopists. We should be physicians who perform endoscopy. The second P is “political action.” I think it is important that we advocate for our patients for access to healthcare to make sure that everybody is able to receive excellent care. And the third is “philanthropy.” Philanthropy is something that has always been in the forefront of Kristin’s and my life. Philanthropy doesn’t have to necessarily involve giving money, but can be volunteering; giving time, giving other resources and also giving money. It is really to pay back what other people have given me or given our family over the years. And that’s very important, because the future depends upon what we, in the present, are going to do to guarantee, that those who follow have the funds and resources to facilitate education and research. Kristin and I have sponsored an annual lectureship at DDW, just so that we can perpetuate medical education for the future (**Figures 2 and 3**).

**FE:** David, this is my last question. I know that you have given a lot to society, to humankind, to AGA, to your family, to your friends, but let me ask you what do you believe, at present time, what is your greatest legacy?

**DP:** Well, I’d like to think that my greatest legacy lies in all those people that I have influenced over the years, that I have had mentored, or trained, and instilled a little bit of myself in each of them. As for fellows, there has

been almost 200 over a 30-35 year career with whom I have interacted. A little bit of me is in every one of those individuals, and as they relate to their patients, and their careers, I like to think that a little part of me is part of that interaction. Many of my trainees have chosen to continue in an academic career, so they themselves are also doing research and influencing other people. I think the accomplishments and the career successes of everyone who I have come in contact with, and hopefully positively influenced, that’s my greatest legacy.

**FE:** Thank you very much David. I think we are going to write this as an article in the Colombian Journal of Gastroenterology, and we are going to upload it in YouTube. It’s been a pleasure, welcome back to Colombia again, and I feel very blessed having you here. Thank you (**Figure 4**).

**DP:** Thank you.

### **Acknowledgments**

This work was supported in part by an educational grant-in-aid for the Comprehensive Strategy to Control Cancer in the Americas from the Emura Foundation for the Promotion of Cancer Research. This interview was held at 10:00 AM on Saturday, July 7th, 2018 at EmuraCenter LatinoAmerica and is available on line at: <https://www.youtube.com/watch?v=M0AeH-iftWo&t=70s>