

los síntomas cardíacos obstructivos, fenómenos embólicos sistémicos o pulmonares y síntomas constitucionales. Localmente el tumor puede causar un deterioro hemodinámico bien por obstrucción al flujo o deformación de la válvula<sup>2</sup>. En ocasiones, la isquemia miocárdica puede ser el síntoma de presentación. También puede haber pacientes que estén completamente asintomáticos si el crecimiento del tumor es lento. Se ha descrito algún caso de hemorragia aguda dentro del propio tumor, que lleva a un aumento brusco de su tamaño con deterioro clínico del paciente en caso de producir síntomas obstructivos<sup>3</sup>. En la auscultación cardíaca es típica la presencia de un soplo mitral que se modifica con la posición del paciente.

La ecocardiografía juega un papel fundamental para poder realizar un diagnóstico precoz en estos pacientes. Nos permite descartar otras entidades que cursan con disnea y soplo, como la miocardiopatía hipertrófica y las valvulopatías. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con los trombos intracardiacos, dado la diferente estrategia terapéutica en ambos casos. Como regla general, los trombos suelen aparecer en pacientes con fibrilación auricular, aurícula izquierda dilatada, estenosis o prótesis mitral y tricuspídea, situación de bajo gasto cardíaco y presencia de ecocontraste espontáneo en aurícula izquierda<sup>4</sup>.

El tratamiento de los mixomas cardíacos consiste en la resección quirúrgica. La cirugía debe ser urgente, para evitar complicaciones como los fenómenos embólicos o la muerte súbita. En ocasiones es necesario actuar también sobre la válvula mitral si existe dilatación del anillo o están afectados los velos o las cuerdas por el tumor<sup>5</sup>. El pronóstico de estos tumores es en general bueno. La cirugía es curativa en la mayoría de los casos, aunque hay que realizar un seguimiento periódico con ecocardiografía durante varios años, ya que existen casos de recidiva, la mayoría debidas a una inadecuada resección quirúrgica.

Como conclusión, podemos decir que es importante sospechar esta entidad en pacientes jóvenes, fundamentalmente mujeres, que se presentan con sintomatología de insuficiencia cardíaca aguda y no tienen factores de riesgo cardiovascular, en los que la clínica del paciente no pueda explicarse por otras entidades más frecuentes como son la cardiopatía hipertensiva o isquémica.

## Bibliografía

1. Gonzalez-Juanatey C, Regueiro-Abel M, Lopez-Agrede H, Peña-Martínez F, Gonzalez-Gay MA. Giant left atrial myxoma mimicking severe mitral valve stenosis. *Int J Cardiol.* 2008;127:e110-2.
2. Brugts JJ, van den Bos EJ, Raap JB, van de Woestijne PC, Kofflard MJ, Dirkali A. Obstructive giant cardiac tumour in a patient with chest pain and acute respiratory insufficiency. *J Cardiovasc Med.* 2012;13:274-6.
3. Sonker U, Kloppenburg GT, Knoop EA, Seldenrijk CA, Morshuis WJ. Emergency surgery for acute mitral valve obstruction resulting from hemorrhage within a left atrial myxoma. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:636-8.
4. Jang KH, Shin DH, Lee C, Jang JK, Cheong S, Yoo SY. Left atrial mass with stalk: Thrombus or myxoma? *J Cardiovasc Ultrasound.* 2014;201:154-6.
5. Matsushita T, Huynh AT, Singh T, Hayes P, Armarego S, Seah PW. Mitral valve annular dilatation caused by left atrial myxoma. *Heart Lung Circ.* 2009;18:145-7.

F.J. Garcipérez de Vargas\*, M.V. Mogollón-Jiménez, C. Ortiz y R. Porro

*Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fj.garci@hotmail.com](mailto:fj.garci@hotmail.com)

(F.J. Garcipérez de Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.001>

## La cirugía en establecimientos de salud de atención primaria: comentario desde Perú



### Surgery in primary health care clinics: Comments from Peru

Sr. Director:

La cirugía está adquiriendo cada vez mayor interés internacional como tema de la salud pública<sup>1,2</sup>. La razón subyace bajo la desesperante necesidad de reunir esfuerzos en favor de las familias en países de bajos y medianos recursos (PBMR) que están inhabilitadas para recibir una atención quirúrgica digna. Muestra de ello se encuentra en el hecho de que el 3,5% de las operaciones quirúrgicas en todo el mundo son realizadas en países de bajos recursos<sup>3</sup>. La inequidad es evidencia del desconocimiento en cuanto a los componentes del sistema quirúrgico. Generalmente lo más recomendable

es iniciar con lo más sencillo hacia lo más complejo; particularmente en cirugía significaría partir analizando desde el estado quirúrgico del primer nivel de atención en salud.

Contrario a lo que popularmente se piensa, la cirugía no es un servicio exclusivo de hospitales o institutos especializados. Dentro de la cartera de servicio del primer nivel se tiene establecido la atención de partos naturales<sup>4</sup>, suturas y curación de heridas. Es correcto afirmar que dichos procedimientos son categorizados como cirugía menor, caracterizados por no requerir anestesia general, ni existir un compromiso de la vida del paciente<sup>5</sup>. Sin embargo, ello no le quita la importancia al momento de planificar y distribuir los recursos quirúrgicos del Estado, conllevando inevitablemente a preguntar: ¿cuántos recursos materiales se necesitan para atender la demanda de atenciones quirúrgicas en establecimientos de primer nivel de atención?

Desafortunadamente, muchos establecimientos de salud de atención primaria no toman con importancia el llenado de registros de atenciones quirúrgicas o, en el peor de los casos, no se tiene un sistema de registro.

Es común ver estos casos en zonas remotas de PBMR. El dilema está en campo de la epidemiología. Es necesario establecer acciones de control epidemiológico eficaces, comprometidos con la cirugía y la descentralización de sus servicios a través de inversión en redes de comunicación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra su apoyo mediante un llamado para trabajar sinérgicamente en el desarrollo de la epidemiología quirúrgica<sup>6</sup>.

El llamado incluye a todos los profesionales involucrados en cirugía, sin excepción. En el primer nivel de atención encontramos a enfermeras, técnicos de laboratorio, médicos, internos y obstetras. Los gobiernos, a través de los ministerios de salud, no parecen mostrar mucha disposición en consolidar la cirugía en su personal de primer nivel de atención. Universidades y organizaciones no gubernamentales de países desarrollados han tomado la iniciativa a través de viajes de asistencia quirúrgica, los cuales han sido aprovechados para capacitar a diversos profesionales de la salud de PBMR. Ética en cirugía<sup>7</sup>, capacitación teórica y práctica en procedimientos quirúrgicos<sup>8,9</sup> son algunas de las actividades que se han desarrollado con un enfoque multidisciplinario.

Muchos países han promulgado el sistema bidireccional de referencia y contrarreferencia (RC) con el propósito de integrar los establecimientos de salud de diferentes niveles. Entonces, ¿por qué aun así muchos hospitales nacionales e institutos especializados se ven sobrecargados de pacientes? El motivo se puede fundamentar en el aumento de la *demanda inducida* e incremento de la *demanda espontánea*.

Nos referimos a demanda inducida a aquella que se genera por el establecimiento de salud de menor nivel; en cambio, la espontánea se refiere a la demanda que el propio paciente emite al acudir en primera instancia al establecimiento de mayor nivel. Ambas demandas motivan a un desequilibrio del sistema de RC. Mientras la demanda inducida puede deberse a una escasa contrarreferencia, la demanda espontánea puede verse motivada por una desconfianza en la atención en el primer nivel de atención. El panorama no lo comparten todos los países. En Brasil, Gaio et al. mencionan una disminución en costes de servicio, mayor disponibilidad de camas y reducción de tiempo de internamiento<sup>10</sup>. Sería interesante reproducir la experiencia en PBMR.

En conclusión, la atención quirúrgica en establecimientos de salud de atención primaria es un tema que requiere tomar mayor protagonismo dentro de la salud pública. Mayores esfuerzos son necesarios para comprender las fortalezas y limitaciones con respecto a la epidemiología, educación

continua del personal quirúrgico y el sistema de referencia y contrarreferencia que están involucrados en cirugía.

## Bibliografía

1. Surgery—a call for papers: The Lancet Internet [consultado 1 Ag 2013]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60066-5/fulltext#article\\_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60066-5/fulltext#article_upsell)
2. Global surgery—the final frontier? The Lancet Internet [consultado 1 Ag 2013]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60083-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60083-X/fulltext)
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372:139–44.
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud. Categorías de establecimiento de salud MINSa 2011;546 [consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: [http://www.dgiem-minsa.info/wp-content/uploads/2013/01/pw48\\_rm546-2011-minsa-nts021.pdf](http://www.dgiem-minsa.info/wp-content/uploads/2013/01/pw48_rm546-2011-minsa-nts021.pdf)
5. Earl R. Definition of major and minor surgery. *Ann Surg*. 1917;65:799.
6. Thind A, Mock C, Gosselin RA, McQueen K. Surgical epidemiology: A call for action. *Bull World Health Organ*. 2012;90:239–40.
7. Ramsey KM, Weijer C. Ethics of surgical training in developing countries. *World J Surg*. 2007;31:2067–9.
8. Ozgediz DWJ. Surgical training and global health: Initial results of a 5-year partnership with a surgical training program in a low-income country. *Arch Surg*. 2008;143:860–5.
9. Qureshi JS, Samuel J, Lee C, Cairns B, Shores C, Charles AG. Surgery and global public health: The UNC-Malawi surgical initiative as a model for sustainable collaboration. *World J Surg*. 2011;35:17–21.
10. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2008;7:65–72.

S.B. Shu-Yip<sup>a,b,\*</sup> y D.A. La Torre-Rodriguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú*

<sup>b</sup> *Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Cayetano Heredia (SOCEMCH), Lima, Perú*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sebastian.shu.y@upch.pe](mailto:sebastian.shu.y@upch.pe) (S.B. Shu-Yip).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2013.09.003>