

Por último, la E correspondería a las enfermedades del paciente. Es importante para tener en cuenta problemas metabólicos como la diabetes, las alteraciones de la coagulación, las enfermedades cardíacas, las pulmonares o las renales que comprometan el resultado de la intervención o el postoperatorio.

Creo personalmente que puede ayudar a aumentar el porcentaje de listados de verificación correctamente cumplimentados por su rapidez y sencillez.

Con este acrónimo se cubren los ítems más importantes que pueden afectar a la seguridad del paciente.

Cuando se realizan un gran número de cirugías bajo anestesia local o regional en especialidades quirúrgicas o médico-quirúrgicas como: Cirugía General, Cirugía Vascular, Traumatología, Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial, Oftalmología o Dermatología es complicado rellenar la gran cantidad de ítems que aparecen en las listas de verificación quirúrgica de muchos hospitales. Además, algunos ítems en cirugías de corta duración y con anestesia regional o local no están suficientemente justificados.

Mi opinión es que es mejor menos ítems pero mejor cumplimentados, que un listado muy complejo que se cumple de una forma casi automática.

Este sistema de verificación quirúrgico no sustituye completamente a otros más complejos y completos, sino

que lo complementa. Es fundamental, por ejemplo, verificar el nombre del paciente y su número de historia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soria-Aledo V, Andre Da Silva ZN, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cir Esp.* 2012;90:180-5.
2. Manual ATLS del curso para estudiantes. Soporte vital avanzado en trauma para médicos 8.ª edición. Colegio Americano de Cirujanos. Comité de Trauma.

Alejandro Thomas Santamaría

Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España

Correo electrónico: athomas@vinaloposalud.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.006>
0009-739X/

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula enterocutánea secundaria a error en la colocación del sistema de presión negativa abdominal



Enterocutaneous fistula secondary to an error in placement of a negative-pressure abdominal dressing

Sr. Director:

Hemos leído con interés la publicación en su revista por Pérez et al.¹ sobre el uso del sistema de presión negativa en abdomen abierto como alternativa para la prevención del síndrome compartimental abdominal (SCA). Recientemente tuvimos la oportunidad de tratar una complicación secundaria al mal uso del sistema y por ello nos gustaría destacar las pautas básicas de su colocación, así como el tratamiento de las fístulas enterocutáneas relacionadas con su colocación errónea.

Se trataba de un varón de 57 años, intervenido urgente por aneurisma de aorta abdominal roto. Se realizó un *bypass* aorto-aórtico, presentando en el postoperatorio un SCA, decidiéndose dejar el abdomen abierto con sistema de presión negativa, colocando de forma errónea la esponja en contacto directo con las asas. En la revisión para cambio del sistema observamos que la espuma estaba adherida a las asas intestinales; se decide no retirar y suspender la presión negativa, realizando curas diarias, logrando epitelización del área alrededor de la espuma (fig. 1). Seis meses después, el paciente es dado de alta con segui-

miento, evidenciando adecuada cicatrización de la herida que presenta la espuma integrada al tejido.

Seis meses más tarde, el paciente presenta secreción purulenta a través de la espuma, confirmándose por TC el diagnóstico de fístula enterocutánea. Se decide tratamiento conservador y posterior cirugía electiva, con resección de la placa de neotejido-espuma, logrando separarla de las asas, resección del asa de la fístula y reconstrucción de la pared abdominal con malla de polipropileno-titanio intraperitoneal. Presenta buena evolución posquirúrgica, sin complicaciones a un año del seguimiento.

El interés del caso radica por ser una complicación iatrogénica, no descrita en la literatura, secundaria al abdomen abierto tratado con sistema de presión negativa. Según las guías clínicas de la terapia VAC[®], nunca debe colocarse el apósito directamente sobre el intestino expuesto; siempre debe utilizarse una lámina no adherente protectora, preferiblemente microperforada que proteja al intestino subyacente. Sobre esta lámina no adherente debe colocarse



Figura 1 – Neotejido con espuma integrada a la pared.

el apósito/espuma y, posteriormente, la lámina selladora, en la cual se realizará un orificio donde se conecta la aspiración que puede ser continua o intermitente. Estas curas deben realizarse cada 48-72 h, y no menos de 3 veces por semana².

El tratamiento de las fístulas enteroatmosféricas es controvertido, sin embargo, la mayoría de los autores proponen tratamiento conservador durante los primeros meses/un año³ exteriorizando la fístula para evitar el drenaje del contenido en el interior peritoneal, siendo opcional el uso de sistema de vacío. Algunos autores proponen⁴ el sellado de la fístula con tejidos biológicos. En el caso presentado creemos que la actuación debe ser conservadora a pesar de tener un cuerpo extraño incluido en el nuevo tejido y en la cirugía electiva intentar resecar únicamente el segmento de la fístula.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Domínguez L, Pardellas Rivera H, Cáceres Alvarado N, López Saco A, Rivo Vázquez A, Casal Núñez E. Vacuum assisted closure: utilidad en el abdomen abierto y cierre diferido. Experiencia en 23 pacientes. *Cir Esp.* 2012;90:506-12.
2. Clinical Guidelines A reference Source for Clinicians. VAC[®] Therapy from KCL. [consultado 2 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.kci1.com/KCI1/educationtraining>
3. D'Hondt M, Devriendt D, van Rooy F, Vansteenkiste K, D'Hoore A, Penninckx F. Treatment of small-bowel fistulae in the open abdomen with topical negative-pressure therapy. *Am J Surg.* 2011;202:e20-4.
4. Jamshidi R, Schecter WP. Biological dressings for the management of enteric fistulas in the open abdomen: A preliminary report. *Arch Surg.* 2007;142:793-6.

Sergio Builes Ramírez, María Alejandra García Novoa*, Ignacio Rey Simó y Manuel Gómez Gutiérrez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mag_1406@hotmail.com (M.A. García Novoa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.004>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.