

4. Reshef A, Lavery I, Kiran RP. Factors associated with oncologic outcomes after abdominoperineal resection compared with restorative resection for low rectal cancer: Patient- and tumor-related or technical factors only. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:51-8.
5. Den Dulk M, Marijnen CA, Putter H, Rutten HJ, Beets GL, Wiggers T, et al. Risk factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperineal resection in the total mesorectal excision trial. *Ann Surg*. 2007;246:83-90.
6. Stelzner S, Koehler C, Stelzer J, Sims A, Witzigmann H. Extended abdominoperineal excision vs standard abdominoperineal excision in rectal cancer—a systematic overview. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26:1227-40.
7. Holm T. Controversies in abdominoperineal excision. *Surg Oncol Clin N Am*. 2014;23:93-111.
8. Guillem JG, Chessin DB, Cohen AM, Shia J, Mazumdar M, Enker W, et al. Long-term oncologic outcome following preoperative combined modality therapy and total mesorectal excision of locally advanced rectal cancer. *Ann Surg*. 2005;241:829-36. discussion 836-838.
9. Ding P, Liska D, Tang P, Shia J, Saltz L, Goodman K, et al. Pulmonary recurrence predominates after combined modality therapy for rectal cancer: An original retrospective study. *Ann Surg*. 2012;256:111-6.
10. Arredondo J, Baixauli J, Beorlegui C, Arbea L, Rodríguez J, Sola JJ, et al. Prognosis factors for recurrence in patients with locally advanced rectal cancer preoperatively treated with chemoradiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:416-21.
11. Fernández-Martos C, Pericay C, Aparicio J, Salud A, Safont M, Massuti B, et al. Phase II, randomized study of concomitant chemoradiotherapy followed by surgery and adjuvant capecitabine plus oxaliplatin (CAPOX) compared with induction CAPOX followed by concomitant chemoradiotherapy and surgery in magnetic resonance imaging-defined, locally advanced rectal cancer: Grupo cancer de recto 3 study. *J Clin Oncol*. 2010;28:859-65.
12. Chau I, Brown G, Cunningham D, Tait D, Wotherspoon A, Norman AR, et al. Neoadjuvant capecitabine and oxaliplatin followed by synchronous chemoradiation and total mesorectal excision in magnetic resonance imaging-defined poor-risk rectal cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24:668-74.
13. Schrag D, Weiser MR, Goodman KA, Gonen M, Hollywood E, Cercek A, et al. Neoadjuvant chemotherapy without routine use of radiation therapy for patients with locally advanced rectal cancer: A pilot trial. *J Clin Oncol*. 2014;32:513-8.
14. Rahbari NN, Aigner M, Thorlund K, Mollberg N, Motschall E, Jensen K, et al. Meta-analysis shows that detection of circulating tumor cells indicates poor prognosis in patients with colorectal surgery. *Gastroenterology*. 2010;138:1714-26.
15. Balic M, Williams A, Lin H, Datar R, Cote RJ. Circulating tumor cells: From bench to bedside. *Annu Rev Med*. 2013;64:31-44.
16. Alix-Panabieres C, Schwarzenbach H, Pantel K. Circulating tumor cells and circulating tumor DNA. *Annu Rev Med*. 2012;63:199-215.

Javier A. Cienfuegos\*, Jorge Baixauli, Fernando Rotellar y José Luis Hernández Lizoáin

Departamento de Cirugía General, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fjacion@unav.es](mailto:fjacion@unav.es) (J.A. Cienfuegos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.007>  
0009-739X/

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

## Un acrónimo sencillo para mejorar el check-list: CALPE



## An easy acronym to improve the check-list: GALPE

Sr. Director:

En relación al artículo publicado en la revista «Dificultades de implantación del check-list en los quirófanos de cirugía» me gustaría aportar un sistema práctico y sencillo que he ideado fundamentalmente para cirugías de duración corta y anestesia local o regional.

Según los resultados del artículo solo un 27,8% de los listados de verificación quirúrgica estaban cumplimentados en su totalidad<sup>1</sup>.

Mi idea se trata de un acrónimo que facilita la tarea del check-list o listado de verificación quirúrgica al profesional médico y a enfermería.

Me he basado en otros acrónimos como el ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)<sup>2</sup> que se utiliza en pacientes politraumatizados.

Mi sistema de verificación es en castellano y utiliza una palabra fácil de recordar, CALPE:

- La C correspondería al consentimiento informado correctamente cumplimentado lo que cubriría el aspecto legal y ético de la intervención.
- La A correspondería a las alergias medicamentosas del paciente evitando errores al administrar medicaciones que pudiesen causar problemas al paciente.
- La L correspondería a la localización de la lesión o el lado de la intervención si se trata de un órgano doble como brazos, piernas, ojos, pulmones riñones, etc. Evitando errores humanos con graves consecuencias sobre el paciente.
- La P correspondería al procedimiento quirúrgico que vamos a realizar. Asegurándonos que se realiza la intervención planificada y que el paciente conoce el tipo de procedimiento.

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 cumplimente 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](mailto: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.<sup>1</sup> 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<sup>®</sup>, 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