

## REVISTA DE REVISTAS

**R** TRATAMIENTO INTENSIVO CON INSULINA EN  
**R** PACIENTES CRÍTICOS  
*Van den Berghe G, Wouters PJ, Bouillon R  
y cols. Crit Care Med 2003; 31: 359-366.*

Hiperglicemia y resistencia a la insulina son situaciones frecuentes en pacientes críticos. Un incremento de la neoglucogénesis, mayor liberación de insulina y resistencia a esta en el hígado serían los factores causales. En estos pacientes, la insulino terapia intensiva ha demostrado claros beneficios.

Se trata de un estudio prospectivo, aleatorio, en 1548 pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Universidad Católica de Leuven, Bélgica. De ellos, 783 fueron asignados a terapia convencional y 765 a Insulinoterapia intensiva, observando comportamiento, morbilidad y mortalidad.

Las mediciones de glicemia se realizaron en forma seriada, a partir de muestras de sangre arterial. La insulina se administró por vía venosa central continua. Al ser un tratamiento de carácter intensivo, se infundía cada vez que la glicemia excedía los 110 mg/dl y la dosis se titulaba de acuerdo a los requerimientos buscando mantenerlos a este nivel. Los requerimientos más elevados se registraron en las primeras 6 horas de tratamiento.

En las primeras 24 horas, se obtuvo normalización de la glicemia y compensación metabólica. A medida que aumentaba el aporte calórico se incrementaron los requerimientos de insulina, disminuyendo progresivamente entre los días 7 y 12 de permanencia en la UCI. En el 5,2% de los pacientes, se registraron hipoglicemias transitorias, en general bien toleradas, y sin repercusión clínica ulterior.

Comparando ambas series se observó que cuando los pacientes permanecieron en la UCI más de 5 días, y recibieron un aporte mixto, parenteral y enteral, la insulino terapia intensiva disminuyó la mortalidad de 18,8 a 10,2%, y de 22,3 a 11,1%, al recibir los enfermos exclusivamente alimentación parenteral.

El análisis estadístico demostró que fue la mantención de normoglicemia y no los requerimientos de insulina los factores determinantes para disminuir la mortalidad, polineuropatía, bacteremia, inflamación

y anemia, no así la incidencia de insuficiencia renal aguda que fue insulino-dependiente.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de la Asociación Chilena de Seguridad, Santiago, Chile

**R** COMPLICACIONES MAYORES DURANTE LA  
**R** COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA  
*G. N. Maraquiss, y col. Int Surg 2007; 92:  
142-146*

La colecistectomía laparoscópica puede tener serias complicaciones, alguna de las cuales pueden ser desastrosas si no son reconocidas y tratadas inmediatamente.

En un periodo de 12 años, se realizaron 1225 colecistectomías laparoscópicas. El número total de complicaciones mayores ocurrió en 19 casos (1,5%). El porcentaje de conversión fue de 7,4%.

Las complicaciones incluyeron lesiones de conducto biliar común en 2 casos (0,16%), lesión de vasos por trocar o aguja de Veress en 4 casos (0,32%) incluyendo 1 caso de lesión aórtica (0,08%), sangrado del lecho de la vesícula o de la arteria cística en 10 casos (0,8%), fístula biliar en 1 caso (0,08%), lesión del duodeno en 1 caso (0,08%). La complicación fue reconocida durante la operación en 11 casos. Una reoperación fue necesaria en 5 casos (0,4%) y se recurrió a tratamiento conservador en 3 casos.

A pesar de lo infrecuente de la complicación mayor, esta puede ocurrir durante la colecistectomía laparoscópica. Su reconocimiento y tratamiento inmediato son importantes para mantener el procedimiento como seguro.

Concluimos que si bien la operación mencionada tiene muy baja mortalidad y una morbilidad aceptable, en algunos casos bien definidos pueden ocurrir complicaciones mayores por lo que el cirujano debe estar alerta y no dudar en convertir a laparotomía ante cualquier dificultad.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Departamento de Cirugía  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Santiago, Chile