

Cartas al Director

La traqueotomía no mejora el espacio muerto respecto a la intubación translaríngea

Sr. Director:

Hemos leído con sumo interés el artículo publicado en su revista, «Traqueotomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos?», sobre el momento óptimo de realizar una traqueotomía y sobre la estimación de qué tipo de pacientes se beneficiarían de ella¹.

Quisiéramos únicamente puntualizar un aspecto que los autores refieren, y es que una de las ventajas de la traqueotomía sería la reducción del espacio muerto respecto a la intubación translaríngea, ya que, como especialistas en medicina intensiva, creemos que todas las disquisiciones sobre fisiología son extraordinariamente interesantes para nuestro cuerpo de doctrina.

En nuestra opinión, el espacio muerto fisiológico no cambia, y se trata sólo de un mito. Si medimos el espacio muerto anatómico que supone la diferencia entre los dos tubos (llenándolos con agua, p. ej.), la diferencia es de sólo 10 ml, medición que otros autores han comprobado y que consideramos poco relevante clínicamente². Mohr et al³ calcularon el espacio muerto en el paciente intubado y después de la realización de la traqueotomía, y no encontraron ninguna diferencia. El cálculo lo realizaron a través de la forma de la curva de eliminación de CO₂.

Lo que evidentemente sí aumenta es el espacio muerto medido entre pacientes con ventilación sin vía aérea artificial y con traqueotomía⁴. Creemos que se ha trasladado este hecho a las ventajas de la traqueotomía en general.

Ciertamente se han publicado pocos estudios sobre este tema y los autores nos podrán contestar que, estrictamente, se han estimado y no se han medido estas diferencias, en parte por lo engorroso de su medición. Nosotros no hemos podido encontrar estudios que las hayan medido. Así pues, con los datos de que disponemos, creemos que tenemos que dejar de decir que una de las ventajas de realizar traqueotomía después de la intubación translaríngea es que el espacio muerto va a disminuir.

JOSÉ F. SOLSONA, YOLANDA DÍAZ, JOSÉ A. RODRÍGUEZ
Y ANTONIA VÁZQUEZ
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar.
Barcelona. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo O, Frutos-Vivar F. Traqueotomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos? *Med Intensiva*. 2008;32:91-3.
2. Davis K Jr, Branson RP, Porembka D. A comparison of the imposed work of breathing with endotracheal and tracheotomy tubes in a lung model. *Respir Care*. 1994;39:611-6.
3. Mohr AM, Rutherford EJ, Cairns BA, Boysen PG. The role of dead space ventilation in predicting outcome of successful weaning from mechanical ventilation. *J Trauma*. 2001;51:843-8.
4. Cullen JH. An evaluation of tracheotomy in pulmonary emphysema. *Ann Intern Med*. 1963;58:953-60.