



Cartas al Director

Una alternativa a la vía venosa difícil

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la interesante revisión realizada por González Casares¹ en "Emergencias" sobre "Vía venosa difícil: estrategias".

En nuestro servicio de emergencias extrahospitalario, que atiende a la población de Zaragoza mediante ambulancias de soporte vital avanzado desde el año 1985², nos hemos encontrado en el desarrollo normal de nuestro trabajo con situaciones en que nos ha resultado muy complicada la canalización de una vía venosa periférica (VVP), y que tras dos intentos utilizando métodos facilitadores convencionales, no hemos logrado el acceso venoso; lo que el autor denomina: vía venosa difícil (VVD).

Estamos de acuerdo con el algoritmo que presenta, nos parece claro y acertado; es más, hemos utilizado infinidad de veces en la atención a drogodependientes con sobredosis el acceso venoso de la yugular externa, dándonos un magnífico resultado.

Hemos utilizado la vía intraósea sobre todo a partir del año 2001, en buena medida gracias a la aparición en el mercado del "dispositivo inyector automático" que ha facilitado enormemente la técnica. Así en el año 2001 colocamos la primera intraósea en Aragón en el medio extrahospitalario a un niño que se había precipitado desde una altura de quince metros³. En la actualidad llevamos colocadas doce intraóseas tanto en adultos como en niños.

Queremos no obstante aportar una alternativa a la VVD, que nosotros tuvimos ocasión de practicar en nuestra estancia de perfeccionamiento profesional en las ambulancias de Soporte Vital Avanzado del Servicio de Urgencias de los Bomberos de París en el año 1991⁴.

Dicha técnica consiste en aplicar al paciente el pantalón

antishock (PAS)⁵, siempre que no exista contraindicación, procediendo a hinchar solamente el dispositivo por la zona de las extremidades inferiores, hasta que consigamos un aceptable relleno vascular en extremidades superiores, pudiendo canalizar entonces una VVP. Hemos podido comprobar que es una técnica adecuada y de fácil aplicación. En la mayoría de los casos se desaconseja el inflado del PAS de la zona abdominal, pues es suficiente con la presión ejercida en las extremidades inferiores. Una vez canalizada la VVP se debe desinflar el PAS de una manera apropiada y sin prisa, controlando las constantes vitales (frecuencia cardíaca y presión arterial) y asegurándonos que la recuperación del volumen intravascular es suficiente para que no se produzca shock, parada cardíaca y muerte. No obstante, la poca presión que generalmente se necesita ejercer para conseguir una perfusión adecuada en la mitad superior del cuerpo para la canalización de VVP hace fácil su retirada.

1- González N. Vía venosa difícil: estrategias. Emergencias 2004;16:201-4.

2- Cester A, Gracia C, Gasca JC, Medina F, Marín M. Análisis de la asistencia primaria extrahospitalaria con Uvimóvil en emergencias. Experiencia de cinco años en el Ayuntamiento de Zaragoza. Med Intensiva 1991;15:S124.

3- Cester A, Sección de Asistencia Médica. Memoria estadística del Cuerpo de Bomberos. Área de Servicios Públicos. Ayuntamiento de Zaragoza. 2001.

4- Cester A, Fuilla C, Julien H, Sanz RM. Analgesia por bloqueo del nervio crural en la asistencia intensiva primaria extrahospitalaria. Emergencias 1992;4:86-8.

5- Martínez Landeras V. Shock en el paciente politraumatizado: En: López Espadas F, coordinador. Manual de Asistencia al Paciente Politraumatizado. 3º ed. Madrid: Arán; 1999.c.IV/ 45-61.

**A. Cester Martínez, C. Gracia Sos, J. C. Gasca Gómez,
M. Marín Risco**

*Servicio contra Incendios de Salvamento y Protección
Civil del Ayuntamiento de Zaragoza.*