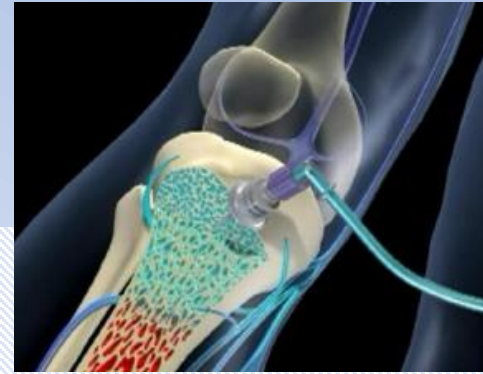


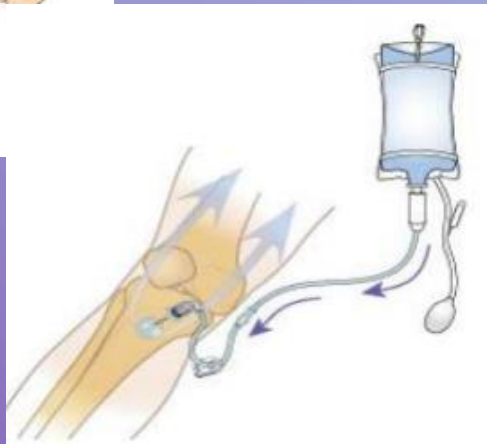
# VIA INTRAÓSEA (VIO)

L. Pinar Marrodan , G. Puig Lara , G. Armero Márquez, M<sup>a</sup> J. Rodríguez Martínez, M. Avilés Olivera



## INTRODUCCIÓN

La **vía intraósea** es un acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos y líquidos.



**CONTRAINDICACIONES** (son relativas si existe urgencia vital):

- Hueso fracturado, con prótesis o tornillos, o previamente puncionado
- Infección o quemadura en la extremidad
- Osteogénesis imperfecta, osteopenia u osteopetrosis
- Extremidades con lesiones vasculares (o EEII y trauma abdominal)
- Niños con shunt intracardíacos dcha.-izda. (Fallot)

## TIPOS DE DISPOSITIVO:

- Aguja manual: Jamshidi y Cook
- Pistola EZ-IO
- Pistola de resorte Bone Injection Gun (BIG)

## ZONAS DE INSERCIÓN:

≤6 años: zona tibial proximal

>6 años: zona tibial distal

Con BIG y EZ-IO: tibia proximal a cualquier edad\* Alternativas: fémur distal, húmero proximal \*.



## COMPLICACIONES DE LA VIO:

Menores de 1%, sobre todo por tiempo de permanencia > de 24 h:

- Síndrome compartimental
- Fracturas óseas, - Osteomielitis
- Necrosis y abscesos cutáneos
- Embolismo grasa
- Alteraciones del crecimiento por lesión del cartílago de crecimiento

## PROCEDIMIENTO

1. Localizar el sitio de punción.
2. Lavado de manos y preparación del material
3. Colocación de guantes
4. Limpiar la piel en el sitio de inserción con solución antiséptica.
5. Poner anestesia local si fuese necesario
6. Revisar la aguja y comprobar que los biseles de la aguja externa y del estilete interno se encuentren alineados.
7. Colocar la pierna sobre una superficie dura y en ligera rotación externa
8. Coger la aguja apoyando la empuñadura en el talón de la mano, colocando la punta de la aguja en el lugar escogido y con el dedo pulgar y índice a 1cm de la misma para que sirva de tope.
9. Colocar la aguja perpendicularmente con una inclinación de 10-15° en sentido distal a la metáfisis, para no afectar a la placa epifisaria. Se puncionan la piel y el tejido celular subcutáneo hasta llegar al periostio.
10. Introducir la aguja con un movimiento firme y rotatorio hasta que disminuya la resistencia del periostio, lo que indica que se ha llegado al canal medular.
11. Desatornillar el seguro y remover el estilete de la aguja.
12. Comprobar la correcta colocación aspirando con una jeringa con suero salino. Si se obtiene sangre o médula, confirma la posición adecuada. Sino, inyectar el suero para comprobar que no hay resistencia en la entrada ni se extravasa
13. Utilizar las pinzas kocher y el esparadrapo para la fijación