

Protocolo acceso vía intraósea hospital la Inmaculada.

Autores: Luisa María García Moreno ,Josefina García Moreno

Filiación: Enfermeras, Hospital La Inmaculada. AGS Norte de Almería

PALABRAS CLAVE: Vía intraósea , enfermería, urgencias.

Introducción: En el ámbito de y urgencias extra hospitalarias y hospitalarias en las que la vía venosa periférica es inaccesible y necesaria en un corto periodo de tiempo, el acceso vascular intraóseo se convierte en una opción a tener en cuenta por el profesional de enfermería en los cuidados de pacientes en situación crítica. En ocasiones , debido a la patología del paciente, anatomía, el escenario u otros causas , la obtención del acceso venoso se demora más de lo habitual y el profesional de enfermería debe valorar el acceso por otra vía más rápida y eficaz. En este tipo de situación la vía intraósea juega un papel muy importante ya que, actualmente está recomendada por la American Heart Association (AHA), por los protocolos de de Advanced Trauma Life Support (ATLS) y Pediatric Advanced Life Support (PALS) como acceso vascular periférico alternativo a la vía venosa periférica. Además, permite administrar fármacos y suero terapia a la circulación general con una rapidez similar a la del acceso venoso periférico.

Objetivos

Indicaciones: En pacientes críticos de cualquier edad cuando no se pueda establecer una vía venosa de forma rápida. En caso de parada cardiorespiratorio está recomendada si el acceso intravenoso no se puede establecer dentro de los primeros 2 minutos de la reanimación en adultos y 1 minuto en niños.

Contraindicaciones: Celulitis u osteomielitis local, fractura en la extremidad, Osteoporosis u osteogénesis imperfecta, huesos de las extremidades inferiores en pacientes con traumatismo abdominal grave, osteoporosis, daño vascular, quemadura en el sitio de aplicación, tumores óseos.

Métodología

Procedimiento en nuestro caso elegimos la tibia proximal para la instauración de la vía intraósea: Localizarla zona de punción. Se identifica por palpación la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma, en la línea media de ambos puntos a 1-2cm por debajo se encuentra el sitio de punción. Limpiar la piel en el sitio de inserción con solución antiséptica. Colocar la pierna en rotación externa, semiflexionada y apoyada sobre una superficie dura colocada a nivel del hueco poplíteo. Si el paciente está consciente, se anestesia localmente en la zona a puncionar con 1-2ml de lidocaína al 1-2 %. Se cogerá la aguja intraósea con la mano dominante de tal manera que la empuñadura se sitúe en el talón interno de dicha mano y los dedos índice y pulgar la sujeten aproximadamente a 1cm de la punta. Con la otra mano, se palpará la tuberosidad anterior de la tibia. Se colocará la aguja perpendicularmente en dicho punto 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, se introduce la aguja con un movimiento firme, rotatorio si es necesario, hasta que disminuya la resistencia del periostio, lo que indica que se ha llegado al canal medular.

Materiales necesarios: Solución antiséptica. Guantes estériles, gasas y espadrapo. SSN 0,9% Dispositivo automático de inserción de agua intraósea. Jeringa de 5cc, 10cc, 20cc, Lidocaína 1-2% (anestésico local). Equipo de macro goteo o micro goteo. Llave de 3 pasos. Pinzas kocher. Tipos de agujas: Aguja intraósea 15G-18G Trocar para punción de medula ósea. Aguja de punción lumbar 18G-20G Aguja hipodérmica 18G- 20G. Aguja pericraneal 16G-18G.

Resultados y discusión

Ventajas: Es una técnica extremadamente fácil. Puede ser practicada de forma rápida. Se pueden administrar todos los medicamentos necesarios para la reanimación. Permite la infusión de grandes cantidades de líquidos. Las sustancias administradas alcanzan la circulación central rápidamente. Los sitios de accesos son distantes a las áreas donde se practican las maniobras de reanimación. Se asocia a pocas complicaciones.

Complicaciones: El índice de complicaciones de esta técnica invasiva es bajo. La más frecuente es la extravasación de líquidos, de medicamentos o de ambos como resultado de una mala técnica. Otras complicaciones son: celulitis localizada con o sin osteomielitis, abscesos subcutáneos, síndrome compartimental, fracturas, lesión al cartílago de crecimiento, sepsis.

Conclusiones

La vía intraósea es rápida eficaz y con una alta tasa de éxito y baja frecuencia de complicaciones tienen como inconvenientes que no debe de esta colocada más de 24 horas, tiempo suficiente de reposición de volumen para canalizar accesos venosos al igual que el riesgo de infección óseo es poco probable por el corto tiempo de la exposición.

Bibliografía

Bibliografía:

1. Melé Olivé J, Nogué Bou R. La vía intraósea en situaciones de emergencia: Revisión bibliográfica. Emergencias. 2006;18:344-53.
2. AHA. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 2005; 112:IV-58-IV-66.
3. García N, Cepeda J.M. Vía intraósea en enfermería de emergencias. Enferm CyL.2009; 1(2):48:56.
4. Miguez A, Muñoz D, Tello S. Una alternativa poco habitual: La via intraosea. Enfermería Global. 2011; 24: 171-179.
5. Orgiler P, Navarro JM, De Haro S. La vía intraósea. Cuando las venas han desaparecido. Enferm. Intensiva. 2001; 12 (I): 31-40.