

# Accesos intraóseos: revisión y manejo

IGNACIO MANRIQUE MARTÍNEZ<sup>A</sup>, SARA PONS MORALES<sup>B</sup>, CARMEN CASAL ANGULO<sup>C</sup>,  
NOELIA GARCÍA ARACIL Y M. ELENA CASTEJÓN DE LA ENCINA<sup>D</sup>

<sup>A</sup>Asociación Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Director Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia. España.

<sup>B</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset Valencia. Representante Autonómico Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Valencia. España.

<sup>C</sup>Enfermera. Servicio Emergencias Sanitarias SAMU. Profesora Universidad Cardenal Herrera CEU Moncada. Valencia. España.

<sup>D</sup>Enfermera. Servicio Emergencias Sanitarias SAMU. Grupo Alicantino de RCP Pediátrica y Neonatal. Alicante. España.

<sup>E</sup>Enfermera. Servicio Emergencias Sanitarias SAMU. Alicante. España.

Ignacio@ivpediatria.org; pons\_sar@gva.es; paspas53@gmail.com; noe\_poe@hotmail.com; elena.castejon@ua.es

## Introducción

En la actualidad, se considera el acceso intraóseo (IO) una alternativa eficaz y rápida en los casos en los que el acceso intravenoso es difícil o imposible de conseguir en un tiempo preestablecido (shock grave o en la parada cardiorrespiratoria). El Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPYN) recomienda el aprendizaje de las técnicas de colocación de los diferentes dispositivos de canalización intraósea que existen en el mercado en todos los cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP), básica, instrumentalizada o avanzada.

Existen varios dispositivos IO con distintas características y técnicas de colocación, pero todos tienen 2 cosas en común:

permiten conseguir un acceso venoso en poco tiempo (en menos de 1,5 min en el caso de la RCP), y que deben ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso intravenoso. En estos momentos, los dispositivos de colocación manual son los más extendidos tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario. La rareza de complicaciones (1%), hace que esta técnica sea imprescindible en todos aquellos lugares donde deban atenderse niños en situaciones graves y que requieran la consecución de una vía venosa de forma rápida (shock, traumatismo grave, quemaduras extensas, parada cardiorrespiratoria, etc.).

## Vía de acceso intraósea

En situaciones de shock se produce una respuesta de compensación fisiológica consistente en una redistribución del flujo sanguíneo hacia órganos vitales, lo que da lugar a una vasoconstricción periférica y esplácnica<sup>1</sup>. Este hecho hace que las venas periféricas puedan ser inaccesibles a cualquier edad, pero más aún en lactantes y niños pequeños. Por eso, el acceso IO ha sido considerado desde hace tiempo una alternativa a la canalización venosa periférica en el soporte vital avanzado tanto pediátrico como del adulto<sup>2-5</sup>. Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central que, a través de las venas nutricias y emisarias, comunican con la circulación venosa general. Este seno venoso no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria, por lo que puede ser utilizado para perfundir fármacos y líquidos necesarios para la reanimación<sup>6,7</sup>.

El flujo que se consigue con la vía intraósea es similar al que se obtendría con un catéter intravenoso periférico, aunque esto depende más que del calibre de la aguja, de la edad del paciente, del tamaño del hueso y del uso de bomba de perfusión o de la colocación de la bolsa de suero en un manguito presurizador<sup>8-10</sup>. Aunque no consigue un flujo tan alto como el que aportaría una vía venosa central, permite la administración de fármacos y líquidos en cantidad suficiente para la reanimación<sup>11</sup>. Actualmente, existen varios dispositivos que permiten el acceso IO<sup>12</sup>.

### Puntos clave

- En las últimas normas del International Liaison Committee on Resuscitation de reanimación cardiopulmonar del 2010 se considera la vía intraósea como una vía alternativa al acceso venoso en las situaciones de parada cardiorrespiratoria y en casos de shock descompensado, cuando, después 60 s, no se ha conseguido canalizar un vía periférica, tanto en niños como adultos.
- Sólo debe utilizarse en situaciones de urgencia vital y por tiempo limitado.
- Las normas recomiendan que en recién nacidos y niños hasta 6 años se utilice preferentemente la tibia proximal. A partir de 6 años, el sitio de punción se sitúa 3 cm por encima del maléolo tibial interno.
- Lugares alternativos que puede usarse, cara lateral del fémur, 2-3 cm por encima del cóndilo lateral y la cara anterior de la cabeza humeral (adolescentes).
- Cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía intraósea en la misma dosis y cantidad.

En la actualidad, se considera el acceso intraóseo (IO) una alternativa eficaz y rápida en los casos en los que el acceso intravenoso es difícil o imposible de conseguir en un tiempo preestablecido (shock grave o en la parada cardiorrespiratoria).

La base teórica del uso de esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

El acceso IO puede ser conseguido, generalmente, en 30-60 s. Las ventajas principales de la vía IO son la facilidad de aprender la técnica, la rapidez y el alto porcentaje de éxitos en su consecución, que permite la administración de cualquier tipo de fármacos, infundir grandes cantidades de líquidos y las pocas complicaciones que presenta. Las complicaciones se dan en menos del 1% de los pacientes e incluyen fractura tibial, síndrome compartimental de la extremidad inferior, extravasación de medicación y osteomielitis.

## Indicaciones y ventajas

En las últimas normas del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) de reanimación cardiopulmonar del 2010, se considera la vía intraósea como una vía alternativa al acceso venoso en las situaciones de parada cardiorrespiratoria y en casos de shock descompensado, cuando, después de 60 s, no se ha conseguido canalizar un vía periférica, tanto en niños como adultos<sup>2,13</sup>.

### Las ventajas más importantes de la vía intraósea son:

- Rapidez en la canalización (menos de 1 min) y alto porcentaje de éxitos (> 90%) en personal formado<sup>14,15</sup>.
- Seguridad de colocación.
- Facilidad en reconocer las referencias anatómicas que sirven de guía para localizar el punto de punción.
- Garantía en la administración de cualquier tipo de fármaco o fluido.
- Seguridad de que se trata de una vía «no colapsable» en situaciones de shock<sup>16,17</sup> o de parada cardiorrespiratoria.
- Posibilidad de ser utilizada para la obtención de muestras sanguíneas.

## Limitaciones

1. Sólo debe utilizarse en situaciones de urgencia vital y por tiempo limitado<sup>16-18</sup>.

2. En pacientes conscientes es necesario utilizar analgesia.
3. En situaciones que requieran grandes cantidades de líquidos, sobre todo en adultos<sup>16-18</sup>, puede ser necesario canalizar más de una vía IO.
4. No se puede utilizar en:
  - Hueso fracturado o puncionado.
  - Infección local, celulitis u osteomielitis.
  - Traumatismo abdominal grave; se recomienda su colocación en los miembros superiores<sup>13</sup>.
  - Antecedentes de cirugía (prótesis).
  - Quemaduras profundas y con tejido necrótico que puede afectar al hueso.

## Complicaciones

La inserción de una vía IO por personal entrenado es sencilla y las complicaciones, poco frecuentes (1%). Los principales problemas derivan de la falta de experiencia del personal sanitario:

- Extravasación de líquido alrededor del lugar de punción<sup>11</sup>.
- Síndrome compartimental: por atravesar las 2 corticales<sup>19</sup>.
- Infección: cuando la aguja permanece más tiempo del debido.
- Embolia grasa: excepcional en niños y no suele tener repercusión clínica<sup>20,21</sup>.
- Fractura<sup>22,23</sup>.
- Lesión del cartílago de crecimiento<sup>22</sup>.
- Sepsis<sup>16-18</sup>: consecuencia de una mala asepsia o tiempo excesivo.

## Lugares de punción

Las normas del GERCPYCN recomiendan que en recién nacidos y niños hasta 6 años<sup>13,21,24,25</sup> se utilice preferentemente la tibia proximal. El punto de punción se encuentra a 1-2 cm por debajo del punto medio de la línea imaginaria que une la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma<sup>16-18</sup>.

A partir de 6 años<sup>13,24</sup>, el sitio de punción se sitúa 2-3 cm por encima del maléolo tibial interno.

Con la aparición de nuevos dispositivos que facilitan atravesar corticales más duras, se utiliza cada vez más la punción en la extremidad proximal, independientemente de la edad. Posee un espacio medular más amplio, una cortical más fina, y su superficie está muy próxima a la piel.

### Como lugares alternativos puede usarse:

- Cara lateral del fémur, 2-3 cm por encima del cóndilo lateral<sup>26</sup>.
- Cara anterior de la cabeza humeral (adolescentes).
- Cresta ilíaca: parte anterior de la espina ilíaca.
- Esternón: solo en mayores de 3 años y siempre que el paciente no este en parada cardiorrespiratoria.
- Radio distal, en la cara opuesta a la arteria radial.
- Cúbito distal.

## Sustancias que pueden ser infundidas por vía intraósea

Cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía IO en la misma dosis y cantidad<sup>27</sup>. Se ha demostrado que los niveles séricos y la eficacia son equivalentes a los conseguidos por vía periférica o central, tanto en niños como en adultos<sup>10-16</sup>.

La administración de fármacos en bolo debe ser seguido de un bolo de suero fisiológico para garantizar su llegada a la circulación sistémica.

Cuando se requiera la infusión de grandes volúmenes de líquidos, utilizar una bomba o manguito presurizador de sueros.

La vía IO puede ser utilizada para la obtención de sangre y determinaciones analíticas<sup>10,16</sup>.

## Material necesario para la punción intraósea

- Aguja IO o sistemas mecánicos de punción IO.
- Solución antiséptica (salvo en RCP).
- Gasas, paños y guantes estériles (salvo en RCP).
- Jeringas de 5 y 10 ml.
- Anestésico local sin adrenalina (p. ej., lidocaína 1%). Siempre que el paciente esté consciente.
- Solución de lavado (suero salino 0,9% o agua estéril).
- Sistema de perfusión.
- Llave de 3 pasos, preferiblemente con alargadera.
- Esparadrapo o vendas de sujeción.

## Dispositivos intraóseos: características y técnica de colocación

En el momento actual, existen los siguientes dispositivos:

### Dispositivos de colocación manual

#### 1. Aguja de *Cook Critical Care* (COOK<sup>®</sup>):

- Dispone de un manubrio muy amplio, de unas aletas que facilitan la estabilidad durante la manipulación y de un mandril interno cuya punta puede tener forma de lápiz (más útiles en neonatos y lactantes en los que la cortical es más fina y se puede perforar por simple presión), biselada o de trocar piramidal (más indicado en niños grandes y adultos en los que, para romper la dura cortical, se necesita, además de presionar, hacer un movimiento de rotación). Presentado en envase estéril y de un solo uso (fig. 1).

- Hay 3 calibres, 18, 16 y 14 G. Pueden usarse para cualquier edad, ya que el flujo que consiguen depende más del tamaño del hueso que del calibre del dispositivo.

2. Sistema de infusión intraóseo *First Access for Shock and Trauma (FAST 1)* de Pyng Medical Corp, Vancouver, BC, Canadá:

- En España, no existe experiencia en su uso. Es el último dispositivo ideado para la infusión IO. Su colocación se limi-

El Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal recomienda el aprendizaje de las técnicas de colocación de los diferentes dispositivos de canalización IO que existen en el mercado en todos los cursos de la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica-instrumentalizada o avanzada.

Existen varios dispositivos IO con distintas características y técnicas de colocación, pero todos tienen 2 cosas en común: permiten conseguir un acceso venoso en poco tiempo (en menos de 1,5 min en el caso de la reanimación cardiopulmonar) y que deben ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso intravenoso. En estos momentos, los dispositivos de colocación manual son los más extendidos tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario. La rareza de complicaciones (1%), hace que esta técnica sea imprescindible en todos aquellos lugares donde deban atenderse niños en situaciones graves y que requieran la consecución de una vía venosa de forma rápida (shock, traumatismo grave, quemaduras extensas, parada cardiorrespiratoria, etc.).

ta a la parte superior del esternón. Es el dispositivo que permite la mayor velocidad de infusión. Tiene el inconveniente de interferir si se necesitan maniobras de reanimación.

### Dispositivos de colocación mediante disparo

#### 1. Pistola de infusión intraósea o Bone Injection Gun (BIG)<sup>3,5,8,11,12</sup>:

- Fabricante de BIG: ISSO.

- Existen 2 formatos, uno pediátrico (rojo) y otro adulto (azul), que permiten la inserción rápida de un catéter de 18 G o 15 G, respectivamente, y con capacidad para regular la profundidad de disparo (adultos máximo 2,5 cm y niños 1,5 cm máximo).

- La pistola es un sistema compacto con un pasador de seguridad, un muelle y un gatillo que al pulsarlo dispara el catéter que ya va montado en el dispositivo, con la fuerza necesaria para atravesar las estructuras óseas y alojarlo en medula ósea, estéril y de un solo uso (fig. 2).

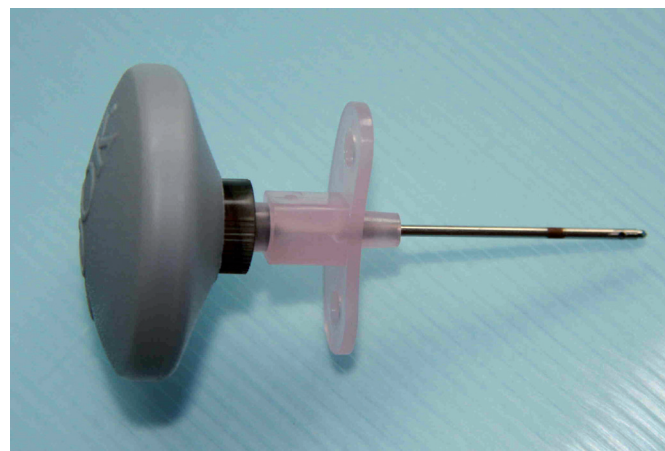


Figura 1. Aguja IO de Cook.





Figura 2. Dispositivo mediante disparo: BIG.

### Dispositivos de colocación mediante taladro

#### 1. Taladro EZ-IO® (Vidacare):

– Distribuidor: BIOSER.

– El diseño de este dispositivo (fig. 3) se basa en algunas herramientas utilizadas en la cirugía ortopédica y traumatológica. Un dispositivo portátil, el impulsor, que funciona con baterías y cuyo funcionamiento es similar al de un taladro o atornillador eléctrico que inserta el catéter en medula ósea mediante un movimiento giratorio y la fuerza ejercida por el encargado de desarrollar la técnica. Permite una inserción del catéter controlada y menos traumática, así como una fácil retirada del mismo<sup>5,8,11,12</sup>.

– Existen 2 tipos de aguja: la pediátrica, con un calibre de 15 G y 1,5 cm de longitud (desde los 3 a los 39 kg), y la de adulto, cuyo calibre es de 15 G y tiene 2,5 cm de longitud (a partir de 40 kg). Disponen de un mandril situado en su interior, que al ser extraído deja expuesta una conexión de rosca estándar. Se presenta en un envase estéril para un solo uso.

## Realización de la técnica

### Dispositivos de colocación manual

#### Agujas COOK<sup>16,27-30</sup>

1. Se seleccionará el lugar de punción.
2. La extremidad seleccionada deberá estar apoyada sobre una superficie lisa y dura, y en ligera rotación externa.
3. Se sujetará la aguja IO con la mano dominante, situando la empuñadura en la eminencia tenar; al mismo tiempo, los dedos índice y pulgar la sujetarán, como si de un lápiz se tratara, a una distancia de 0,5 cm de la punta, para ejercer la función de freno y evitar que penetre demasiado cuando se perfora la cortical.
4. Se aplicará un antiséptico y un anestésico local en el lugar de punción (salvo en situación de parada cardiorrespiratoria).
5. Se colocará la aguja perpendicular al punto de punción, ejerciendo presión sobre la empuñadura hasta notar una resistencia que indica que la punta ha contactado con el perios-

tio. Si la punta de los dedos choca con la superficie de la piel antes de haber penetrado en la medular, se retirarán 2-3 mm y se volverá a repetir la presión y rotación.

6. Cuando se contacta el periostio, se acentúa más la presión al mismo tiempo que se efectúa un movimiento de rotación, solo quedan unos milímetros para perforar la cortical, que se notará por la brusca disminución de la resistencia y, a veces, con un «plop» característico.

7. Es imprescindible inmovilizar la aguja, sujetándola de las aletas antes de desenroscar el manubrio y siempre que tenga que ser manipulada.

8. Se conectará al pabellón de la aguja una jeringa de 5-10 ml, cargada con suero salino fisiológico y se aspirará para comprobar si sale sangre o médula ósea (que no siempre ocurre) e inyectar, a continuación, parte del suero para comprobar que pasa con facilidad y que no se extravasa alrededor de la aguja. Para evitar la manipulación repetida de la aguja, se recomienda intercalar entre su pabellón y el sistema de suero, una llave de 3 pasos con alargadera fijada a la piel con esparadrapo.

9. Se recomienda no utilizar ningún dispositivo de sujeción que impida mantener visible la zona de punción, con objeto de poder detectar una extravasación. Hay autores que recomiendan fijar la aguja con unas pinzas quirúrgicas tipo Kocher (o mosquito) pinzando la base de la aguja, siguiendo el eje longitudinal del miembro, y sujeta al mismo mediante tiras de esparadrapo.

10. En situación de parada cardiorrespiratoria, se inyectaran inmediatamente los fármacos de reanimación necesarios, y suero fisiológico suficiente que los haga llegar hasta la circulación general.

### Dispositivos mediante disparo: Bone Injection Gun

1. La selección del sitio de punción, la colocación del miembro y el tratamiento de la zona a puncionar son idénticos los que se han descrito anteriormente.
2. Se decidirá la profundidad que se calcula necesaria para colocar la aguja en la cavidad medular y se seleccionará esa distancia con la rosca del dispositivo.



Figura 3. Taladro EZ-IO.

**Tabla 1.** Algunos aspectos importantes de cada dispositivo de acceso intraóseo

Metodología de colocación de acceso intraóseo	Dispositivos	Mecanismo de acción	Fijación	Duración de uso	Tiempo aproximado de aplicación	Precio (euros)
Mediante presión manual	COOK	Presión y rotación sobre la cortical	Necesita fijación	Un uso	20 s	60
	FAST	Presión perpendicular manubrio esternal	Necesita protección mediante una cúpula	Un uso	50 s	126,67
Mediante dispositivos de impacto o disparo	BIG	Disparo resorte	Necesita fijación	Un uso	17 s	63,20
Mediante un taladro eléctrico	EZ-IO	El motor funciona como un taladro y la aguja como una broca. La aguja se acopla con un imán	No necesita fijación	Un uso	10 s	Motor: 418,18 Agujas: 140,58

3. Se cogerá la pistola IO con la mano dominante, situando la empuñadura en su eminencia tenar, colocando la pieza coloreada de forma perpendicular a la superficie a puncionar. Se sujeta la pistola colocando los dedos índice y medio, por debajo de las pestañas del cuerpo de la pistola, de forma que la flecha se dirija hacia el punto de punción. Asegurarse de la correcta sujeción de la pistola, ya que, de lo contrario, se podrían producir accidentes.

4. Retirar el pasador de seguridad con la mano dominante, a la vez que, con la otra mano, se mantiene en posición la pistola sin realizar presión alguna.

5. Se dispara la pistola manteniendo los dedos índice y medio bajo las pestañas al tiempo que se presiona el disparador que se encuentra apoyado en la eminencia tenar.

6. Se retirará la pistola cuidadosamente con el fin de no descolocar la aguja y se sacará el mandril. A partir de esta maniobra, se actuará de la misma manera que se ha descrito anteriormente.

### Dispositivos de taladro: EZ-IO

1. La selección del sitio de punción, la colocación del miembro y el tratamiento de la zona a puncionar son idénticos a los que ya se han descrito, habiéndose certificado también como punto de inserción el fémur distal, para los pacientes pediátricos.

2. Colocar la aguja adulta o pediátrica en el impulsor.

3. Situar la taladradora de tal forma que el dispositivo que contiene la aguja se dirija hacia el punto de inserción de forma perpendicular a la piel.

4. Accionar el disparador del impulsor, al tiempo que se presiona con firmeza, hasta introducirla hasta el tope o notar una pérdida repentina de la resistencia que indicaría que se ha perforado la cortical y se ha penetrado en la medular del hueso.

5. Extraer con cuidado el impulsor y el estilete, dejando solo la aguja; aspirar con una jeringa con suero salino para confirmar su correcta posición y lavar su luz a continuación.

6. La aguja se queda totalmente fija a la piel con lo que no necesita ningún tipo de fijación externo.

7. Inyectar con cuidado con una jeringa los fármacos iniciales de reanimación y los bolos de lavado, y después colocar una alargadera.

### Cuidados en el mantenimiento de una vía intraósea<sup>16,18,25</sup>

– Siempre que sea posible, utilizar técnica estéril siguiendo las precauciones universales de bioseguridad.

– En paciente consciente, administrar un anestésico local.

– Los cuidados de enfermería son los mismos que en cualquier vía venosa, teniendo en cuenta que es una vía de urgencia, no prolongándose su uso más de 24 h. Sin embargo, para el uso de los dispositivos de taladro (EZ-IO), el tiempo máximo de posicionamiento de la aguja pasa a ser de 72 h.

– No ocluir la zona de punción con apósitos para evitar la maceración.

– Si es posible, no conectar los sistemas de goteo directamente a la aguja, intercalar una alargadera con llave de 3 pasos, que permita administrar los fármacos o líquidos sin manipular la aguja.

– Comprobar con frecuencia que la vía sigue permeable y mantiene un flujo adecuado. Si se sospecha obstrucción, lavar la vía con suero fisiológico; si se sospecha que la aguja está chocando contra la cortical, se retirará un par de milímetros y se comprobará su permeabilidad, observando si se produce alguna extravasación alrededor del punto de punción.

– La mejor manera de evitar un síndrome compartimental es prevenirlo, cuando se ha producido, su diagnóstico es muy difícil y tardío. Mantener una estrecha vigilancia de la extremidad puncionada, valorando su color y temperatura, así como su volumen global y la presencia de pulso periférico.

## Consideraciones específicas de cada dispositivo

– Las agujas de colocación manual tienen la ventaja de que el operario puede sentir en su mano sensaciones que le ayudan a distinguir cuando ha perforado la cortical y ha penetrado en la medular del hueso. Sin embargo, tienen el inconveniente que en niños mayores y en adultos, la cortical puede ser muy dura y difícil de atravesar. La sencillez de su manejo una vez aprendida la técnica, su facilidad de almacenaje, la larga caducidad y su precio (más barato que cualquiera de los otros dispositivos) favorecen que sea el dispositivo de elección en centros sanitarios en los que la punción IO no sea de uso rutinario.

– Los dispositivos de colocación por disparo (BIG) tienen la ventaja de poder instalarse en huesos cuya cortical sea más dura. Tiene el inconveniente que la longitud de la aguja introducida es exactamente la que el operador ha seleccionado, sin tener en cuenta la variabilidad que puede suponer punccionar unos milímetros más arriba o abajo, o los diferentes grosores del pániculo adiposo subcutáneo. Tampoco nota el operador ninguna sensación que le pueda orientar sobre si la punta de la aguja se encuentra en la cavidad medular. En el caso de tratarse de niños mayores y adultos, estos inconvenientes se minimizan, ya que la cavidad medular es muy amplia. Sin embargo, en los niños pequeños y en los lactantes la cavidad medular puede ser pequeña, el grosor del pániculo adiposo muy variable y la gran fuerza de propulsión puede fracturar el hueso. Otro inconveniente es el riesgo de lesión del operador o sus acompañantes, cuando se produce un disparo accidental. El riesgo de sujetar la pistola al revés ha sido solucionado por el fabricante con el acople de un sistema que impide agarrarlo de forma errónea. La técnica de colocación es más compleja que la de las agujas y su coste más elevado. El dispositivo de taladro (EZ-IO) tiene la ventaja de poder instalarse en huesos cuya cortical sea muy dura. Como la profundidad conseguida es la que el operador ha elegido previamente, y es probable que no disponga de ninguna información sensorial que le oriente, pueden ser muy útiles para instalar en niños mayores y adultos, en los que la médula es muy amplia; sin embargo, en lactantes o niños pequeños pueden quedar dudas sobre su correcta colocación. Cuando se ha introducido en su totalidad, queda muy estable y fija por quedar el cabezal de la aguja presionado sobre la piel. Su coste es elevado, pero puede resultar rentable en los Servicios de Emergencias Médicas, en los que su uso es más frecuente, tienen más experiencia en su utilización y en los que la mayoría de sus pacientes tienen un tamaño corporal que permite su utilización con seguridad. El propulsor tiene un indicador del estado de la batería, de manera que cuando solo queda un 25% de su carga, se enciende un piloto que aconseja su cambio.

## Conclusiones

El acceso IO es una vía rápida de conseguir, fácil de aprender y segura para el paciente, que puede ayudar a salvar muchas vidas en aquellas situaciones de emergencia en las que no se ha podido canalizar otra vía venosa.

Actualmente, existen varios dispositivos IO cuyas características y técnicas de colocación han sido comentadas en este artículo. Todos pretenden conseguir un acceso venoso de forma relativamente fácil y rápida, pero sin olvidar que se trata de una vía alternativa y que debe ser sustituida en cuanto se puedan conseguir una o más canalizaciones venosas periféricas y/o centrales.

Está demostrado que con una formación teórico-práctica adecuada a los profesionales sanitarios, como la que se imparte en los cursos de RCP avanzada e instrumentalizada, se consigue un aprendizaje suficiente para que la mayoría sea capaz de instalar una vía IO con éxito en poco tiempo<sup>16,29</sup>.

A pesar de estas ventajas, y de los esfuerzos por difundir esta técnica por parte de los grupos que en España se dedican a la enseñanza de la reanimación, los accesos IO son poco usados en nuestro país, salvo en los centros hospitalarios y en los Servicios de Emergencias Médicas. Aunque los precios son relativamente elevados, no deben suponer ningún obstáculo ni disculpa para que los responsables de la salud, garanticen la existencia de alguno de estos dispositivos en cualquier centro sanitario o servicio de emergencias médicas que pueda verse abocado a tener que atender en algún momento (aunque no sea habitual) a pacientes en estado crítico o en parada cardiorrespiratoria.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía



### ● Importante    ●● Muy importante

1. Monleón M. Alternativas a la vía intravenosa. En: Casado J, editor. Niño críticamente enfermo. Madrid: Díaz de Santos; 1996. p. 221-5.
2. ●● European Paediatric Life Support Spanish translation. Guías del ERC, 2010. p. 57-9.
3. Hodge D. Intraosseous infusion. En: Henretig FM, King CC, editores. Textbook of Pediatric Emergency Procedures. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 289-98.
4. ● Parra FJ, Domínguez J, Ayuso F, Castro S, Vázquez FA. Infusión intraósea: alternativa. *Med Intensiva*. 1999;23:167-73.
5. Cano J. Vías para la administración de líquidos y drogas. En: Calvo C, Ibarra I, Pérez J, Tovaruela A, editores. Emergencias pediátricas. Madrid: Ergón; 1999. p. 233-40.
6. Gauderer MWL. Vascular access techniques and devices in the pediatric patient. *Surg Clin North Am*. 1992;72:12-67.
7. Hurren JS, Dunn KW. Intraosseous infusion for burns resuscitation. 1995;21:285-7.
8. McDonald M, Wiebe RA. Intraosseous infusions. En: Levin D, editor. Pediatric intensive care. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 1249-53.
9. Fowler R, Gallagher JV, Isaacs SM, Ossman E, Pepe P, Wayne M. Valor del acceso vascular intraóseo en el contexto extrahospitalario (Documento informativo en relación con la declaración programática de la Nacional Association of EMS Physicians (NAEMPS) Prehospital Emergency Care (PEC). 2007;11:63-6.
10. ● Fowler R, Gallagher JV, Isaacs SM, Ossman E, Pepe P, Wayne M. Valor del acceso vascular intraóseo en el contexto extrahospitalario (Documento informativo en relación con la declaración programática de la Nacional Association of EMS Physicians (NAEMPS) Prehospital Emergency Care (ed esp). 2008;1:95-101.
11. Goñi C. Canalización intraósea. En: López-Herce J, Calvo C, Lorente M, Baltodano A, editores. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 2ª ed. Publimed; 2004. p. 793-5.
12. ● Orliker PE, Navarro JM, De Haro S. La vía intraósea. Cuando las venas desaparecieron. *Enfermería Intensiva*. 2001;12:31-40.

13. Castellanos A, Rey C, Carrillo A, López-Herce J, Delgado MA. Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría. En: López-Herce J, editor. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5.ª ed. Publimed; 2006. p. 79-121.
14. ● Horton MA, et al. Powered intraosseous insertion provides safe and effective vascular acces for pediatric emergency patients. *Ped Emerg Care.* 2008;24:347-50.
15. Carrillo A. Circulación en el niño politraumatizado. En: Navascues JA, Vázquez J, editores. Manual de asistencia al trauma pediátrico. Madrid: Publimed; 2001. p. 37-47.
16. Casal MC, Carmona JV. Vía intraósea. Últimas recomendaciones de la European Resuscitation Council. *Enfermería Integral.* 2007; 17-9.
17. Casal MC. Accesos vasculares pediátricos. *Enfermería Integral.* 2003;38-40.
18. Melé Olivé J, Nogué Bou R. La vía intraósea en situaciones de emergencia. *Emergencias.* 2006;18:344-53.
19. Wright R, Reynolds SL, Nachtsheim B. Compartment syndrome secondary prolonged intraosseous infusion. *Pediat Emerg Care.* 1994;10:157-20.
20. Fiallos M, Kissoon N, Abdelmoneim T, Johnson L, Murphy S, Lu L. Fat embolism with the use of intraosseous infusion during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Med Sci.* 1997;314:73-9.
21. King Brent R, King Christopher, Coates Wendy. Emergency procedures. En: Fuchs S, Gausche-Hill M, editores. The Pediatric Emergency Medicine Resource. 4th ed. Editorial AWW. 2007; p. 736-8.
22. Bowley DM, Loveland J, Pitcher G. Tibial fracture as a complication of intraosseous infusion during pediatric resuscitation. *J Trauma.* 2003;55:786-7.
23. Katz DS, Wojtowycz AR. Tibial fracture: a complication of intraosseous infusion. *J Emerg Med.* 1986;4:34-6
24. Avellaneda Fernando, Maximo Yedlin Pablo. Vía intraósea: empleo de agujas comunes en niños de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Arch Argent Pediatr.* 1999;96:401-3.
25. Carrillo A, Delgado MA, López-Herce J. Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría. En: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal, editores. Manual de reanimación cardiopulmonar pediátrica. Madrid: Publimed; 2003. p. 66-101.
26. Fiser DH. Intraosseous infusion. *N Engl J Med.* 1990;322:1579-81.
27. Brenner T, Bernhard M, Helm M, Doll S, Völkl A, Ganion N, et al. Comparison of two intraosseous infusion systems for adult emergency medical use. *Resuscitation.* 2008;78:314-9.
28. Claudet I, Baunin C, Laporte-Turpin E, Marcoux MO, Grouteau E, Cahuzac JP. Long-term effects on tibial growth after intraosseous infusion: a prospective, radiographic analysis. *Pediatr Emerg Care.* 2003;19:397-401.
29. Carrillo A, Delgado MA, López-Herce J. Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría. En: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal, editores. Manual de reanimación cardiopulmonar pediátrica. Madrid: Publimed; 2003. p. 66-101.
30. Domínguez P, Cañadas S, Lucas N, Balcells J, Martínez V. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. En: López-Herce J, editor. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5.ª ed. Publimed. 2006. p. 79-121.