

## Punção Intraóssea

---

**Definição:** A punção intraóssea (IO) é um procedimento emergencial que permite a administração da maioria dos medicamentos utilizados em emergências quando não se consegue um acesso venoso periférico, principalmente em casos de hemorragia e em situações de trauma.

### Indicações:

- Bebês e crianças em parada cardiorrespiratória ou choque grave que não têm acesso intravenoso (IV) prontamente disponível.
- Adultos e, parada cardiorrespiratória ou choque grave nos quais o acesso intravenoso não pode ser estabelecido.

### Contraindicações:

- Osteogênese imperfeita ou osteopetrose;
- Fratura no membro a ser puncionado (extravasamento subcutâneo);
- Celulites ou queimaduras infectadas – risco de complicação infecciosa.

**Preparação:** Avaliar o local para punção (crianças frequentemente puncionado à face interna da tíbia devido a área ser anatômica e recoberta apenas por pele, pouco tecido celular subcutâneo).

### Etapas do procedimento:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal na maca.
2. Colocar um rolo de toalha atrás do joelho.
3. Preparar os equipamentos e o local de inserção.
4. Realizar a paramentação (gorro, máscara, capote e luvas estéreis)
5. Preparar uma seringa com 5 mL a 10 mL de soro fisiológico 0,9%.
6. Limpar a área da pele ao redor do local da canulação com solução antisséptica, usando movimentos circulares que se expandem para fora.
7. Deixar a solução antisséptica secar por pelo menos 1 minuto.
8. Anestésiar o local de inserção da agulha (utilizando lidocaína a 1%).
9. Inserir a agulha intraóssea e palpar o local de inserção com a mão não dominante.
10. Estabilizar o eixo da agulha na superfície da pele com um dedo indicador, para ajudar a interromper o avanço da agulha depois que o córtex tiver sido penetrado.

11. Avançar a agulha com pressão moderada e um movimento de rotação para a frente e para trás. Avançar ao longo de um caminho reto, de modo que o orifício fique o mais estreito possível (para evitar extravasamento de líquido).
12. Parar de avançar a agulha ao sentir o estalido (perda repentina de resistência) que indica penetração através do córtex e no espaço medular, de modo a evitar que a agulha seja empurrada muito profundamente no osso ou através dele.
13. Remover a tampa e o estilete, anexar o tubo de extensão pré-lavado e aspirar. O retorno livre de sangue (medula) confirma a inserção intramedular correta.
14. Se nenhuma parte da medula é aspirada, inserir 5 a 10 mL de soro fisiológico 0,9% através da agulha.

**Considerações:**

- Se sentir resistência à inserção e ver ou palpar edema local (extravasamento), remover a agulha e canular outro osso.
- Cobrir o local, enrolando gaze estéril no local de entrada da agulha e prender com fita adesiva no lugar( kits intraósseos comerciais podem conter curativos especializados)
- Se necessário, imobilizar a extremidade para proteger ainda mais o local.
- Os local e vasos de drenagem para os locais mais comumente usados para procedimento são: tíbia proximal – veia poplítea, fêmur – ramos da veia femoral, tíbia distal (maléolo medial) – veia safena magna, úmero proximal – veia axilar.
- A espinha íliaca anteroinferior, a clavícula e o rádio distal também têm sido usados com sucesso para o acesso vascular IO, assim como os ossos sem cavidades medulares, incluindo o estiloide calcâneo e radial.

**REFERÊNCIAS:**

LANE, J.C.; GUIMARÃES, H.P. **Acesso Venoso pela via Intraóssea em urgências médicas.** Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 63-67, mar. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Realização de punção intraóssea por enfermeiros.** São Paulo, 2009.