

Acceso vascular neonatal: ¿qué vía necesita este paciente?

CRISTINA VALDIVIA VILLODRE - R3 PEDIATRÍA
TUTORIZADA POR: HONORIO SÁNCHEZ ZAPLANA

SECCIÓN DE NEONATOLOGÍA
SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

ÍNDICE



01 Introducción

02 Objetivos de las nuevas recomendaciones

03 Tipos de accesos vasculares

04 KAHOOT: Casos clínicos

05 Conclusiones

06 Bibliografía

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



1. INTRODUCCIÓN:

Disponer de un acceso vascular es fundamental en en unidades neonatales para:

FLUIDOTERAPIA

NUTRICIÓN

FÁRMACOS

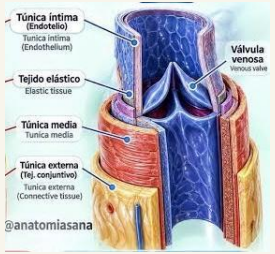
Sin embargo, se trata de un procedimiento que asocia ciertas complicaciones y limitaciones:

- Los recién nacidos, especialmente los prematuros, presentan vasos de pequeño calibre, piel inmadura y una tolerancia limitada a los procedimientos repetidos

- Riesgo de infección, trombosis, extravasación, entre otros

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

CAPITAL VENOSO:



Hace referencia a la dotación vascular del paciente

- Cada vez que se agrede un vaso se desarrolla un mecanismo inflamatorio para intentar reparar la túnica íntima del vaso

- Si se altera el mecanismo reparador, puede conducir a trombosis y fibrosis, con anulación parcial o total de la luz del vaso

- Estos fenómenos pueden contribuir al agotamiento de los recursos venosos

ES PARA TODA LA VIDA

NO ES ILIMITADO

NO SE PUEDE REEMPLAZAR

INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Adaptado de: Dra. Mónica Riaza. Prevención del agotamiento capital venoso en el paciente neonatal. Curso VYGON

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



A pesar de la existencia de recomendaciones y protocolos, persiste una importante variabilidad entre unidades en:

- DISPOSITIVOS
- TÉCNICAS
- FIJACIÓN
- CUIDADOS
- RETIRADA

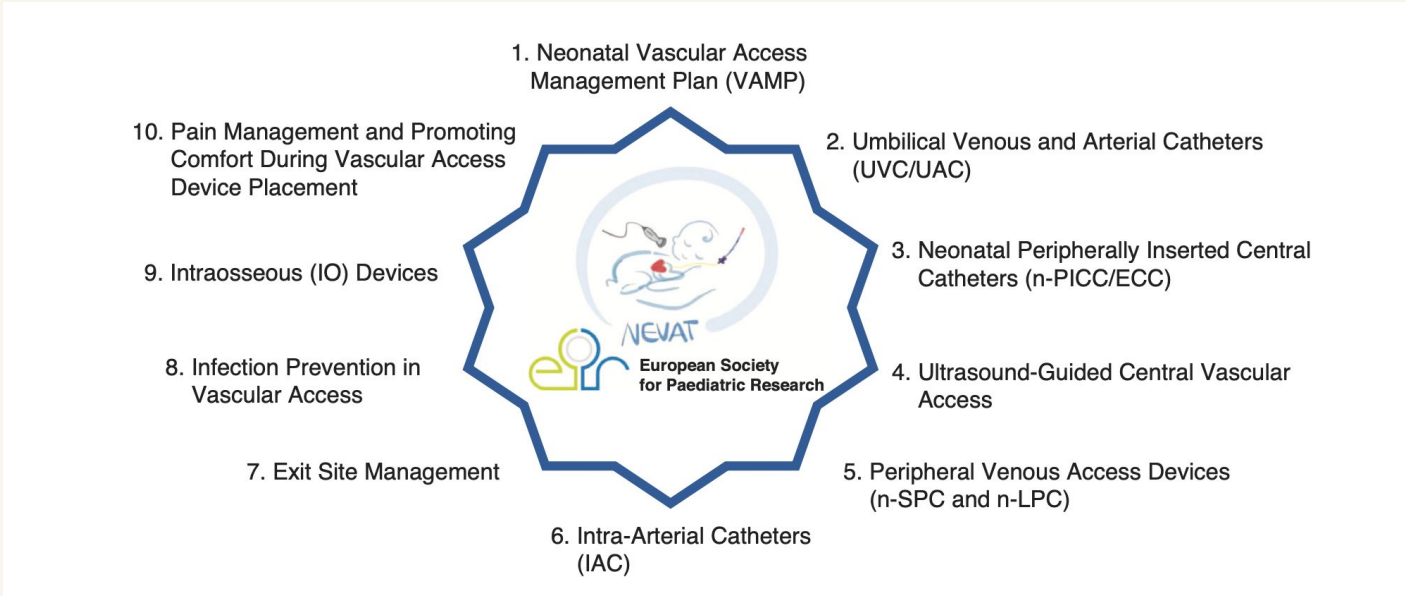
La nueva serie de recomendaciones pretenden reducir esta variabilidad mediante un modelo común, adaptable a los recursos y a la situación clínica de cada neonato

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

2. OBJETIVOS



Conocer y aplicar un enfoque estructurado, individualizado y seguro para la planificación y el manejo del acceso vascular en neonatos



Fuente: Piersigilli F, Hugill K, van der Lee R, et al. Introduction to the special article series to guide neonatal vascular access. Pediatr Res. 2026.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



3. ACCESO VASCULAR:

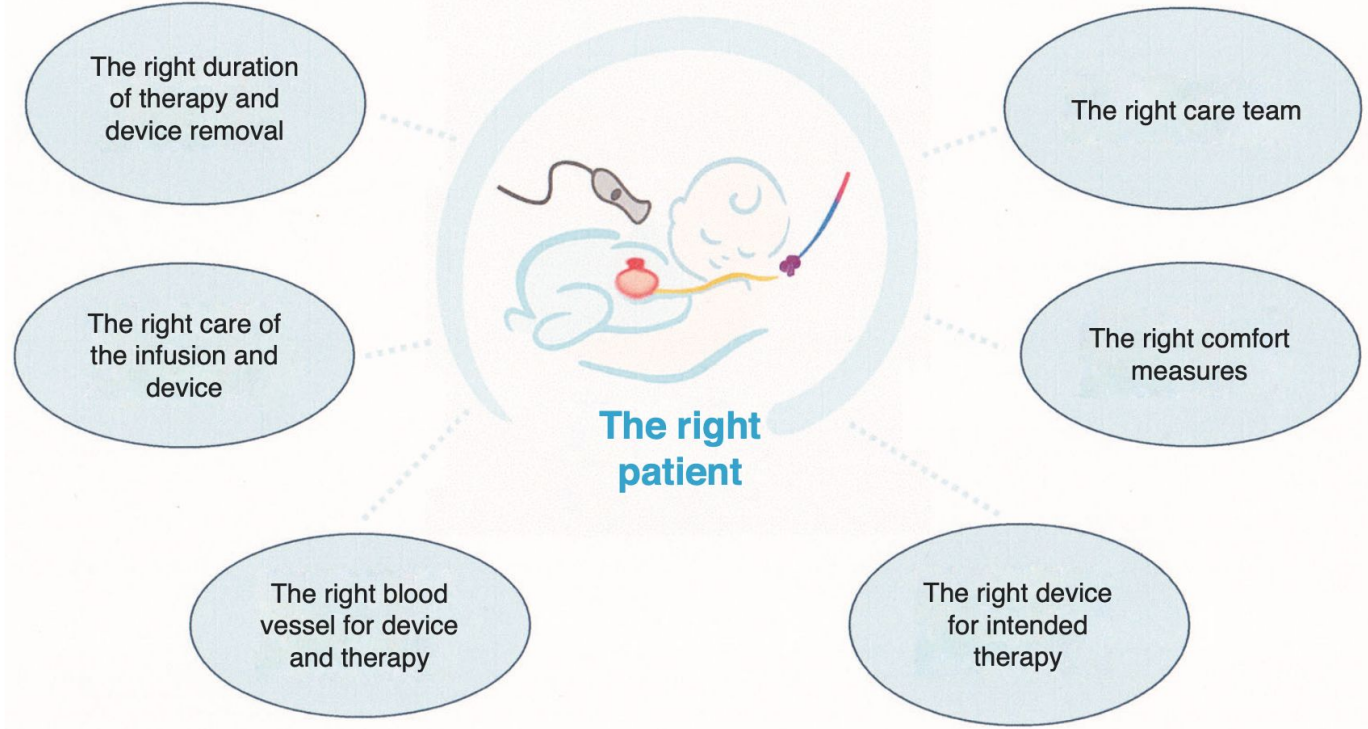
Antes de la inserción deben definirse las necesidades actuales y anticipadas del neonato:

- DURACIÓN
- TRATAMIENTO
- NUTRICIÓN PARENTERAL
- DIFICULTAD DE ACCESO
- EXTRACCIONES MÚLTIPLES

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



The 7-Rights of Vascular Access



Fuente: Piersigilli F, Hugill K, van der Lee R, et al. Introduction to the special article series to guide neonatal vascular access. Pediatr Res. 2026.

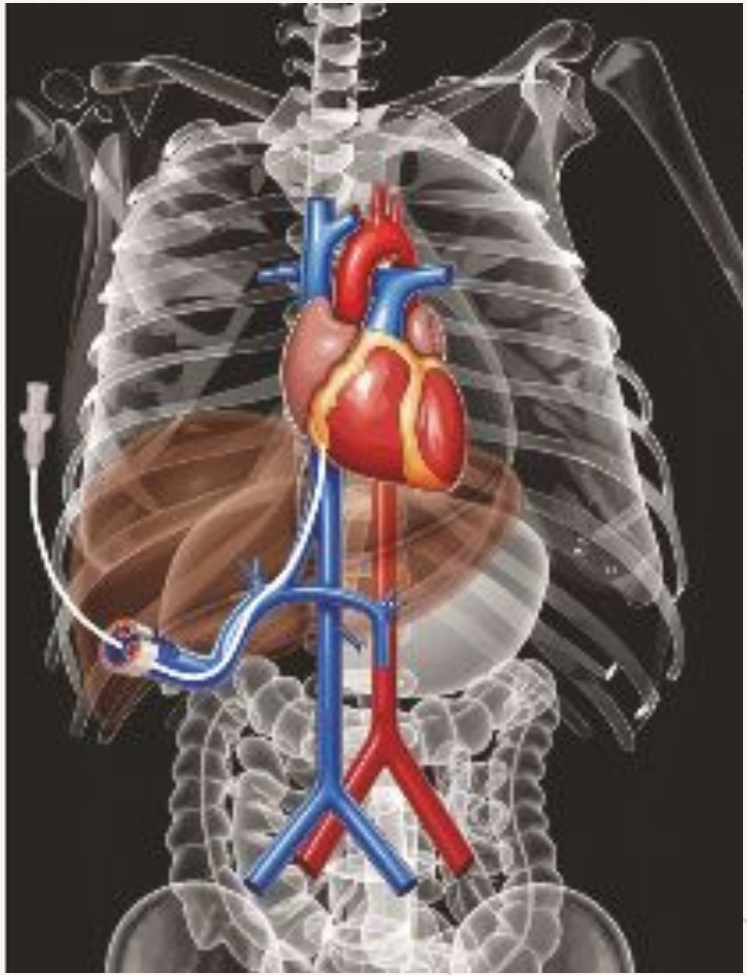
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TIPOS DE ACCESOS



CATÉTER VENOSO UMBILICAL

Unión entre la vena cava inferior y la aurícula derecha



Fuente: Piersigilli F, van der Lee R, Debuf MJ, et al. Management of umbilical venous and arterial catheter: neonatal European vascular access team–ESPR Recommendation 2. Pediatr Res. 2026.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TIPOS DE ACCESOS



CATÉTER VENOSO UMBILICAL

pH <5 y >9
Osmolaridad> 600 mOsm/L

INDICACIONES PRINCIPALES:

Reanimación neonatal. Prematuros extremos o neonatos inestables

COMPATIBLE:

- Nutrición parenteral
- Fármacos vasoactivos
- Fármacos irritantes
- Hemoderivados
- Fluidoterapia, incluidas soluciones hiperosmolares

DURACIÓN: ≤ 5-7 días

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER VENOSO UMBILICAL

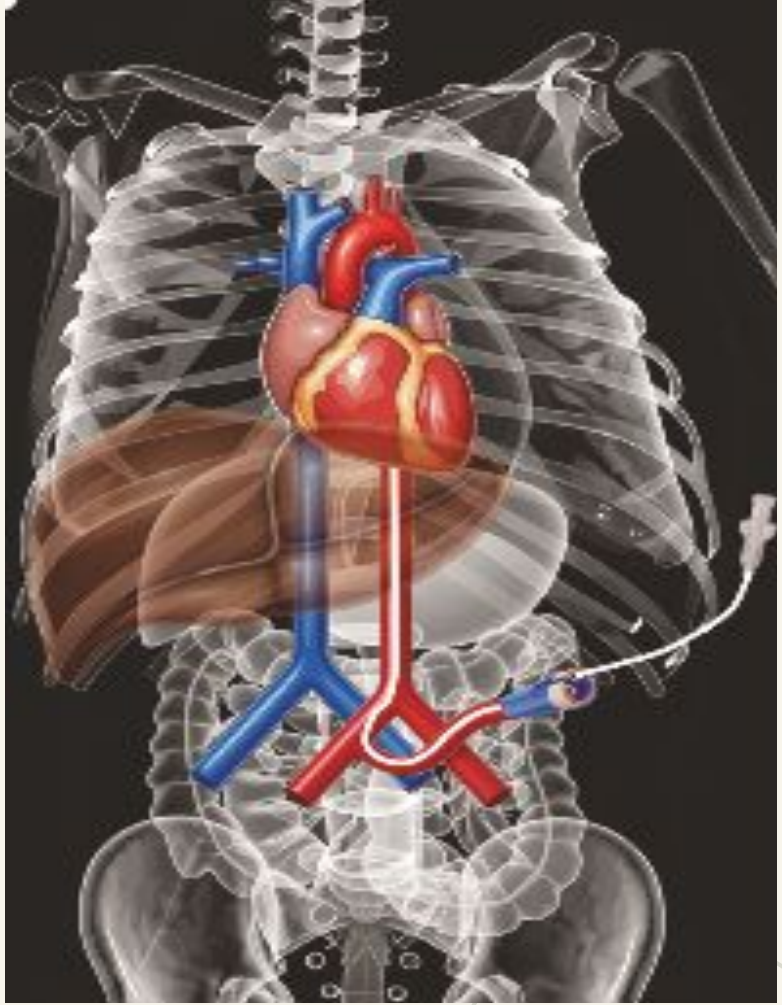
- Acceso rápido durante las primeras horas de vida
- Permite administrar fármacos, hemoderivados, fluidos y nutrición parenteral

- Lesión hepática, trombosis portal, extravasación y ascitis
- Derrame pericárdico - taponamiento
- Trombosis e incluso endocarditis
- Infección, desplazamiento y migración de la punta

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

CATÉTER ARTERIAL UMBILICAL

Debe estar situado a nivel o por encima del diafragma, pero por debajo del nivel de la arteria subclavia izquierda





Fuente: Piersigilli F, van der Lee R, Debuf MJ, et al. Management of umbilical venous and arterial catheter: neonatal European vascular access team–ESPR Recommendation 2. Pediatr Res. 2026.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER ARTERIAL UMBILICAL

INDICACIONES PRINCIPALES:

Monitorización tensión arterial continua, gasometrías arteriales (pO_2), en neonatos con inestabilidad hemodinámica

COMPATIBLE:

No es una vía habitual para administrar tratamiento

DURACIÓN: ≤5-7 días

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER ARTERIAL UMBILICAL

- Monitorización continua de presión arterial.
- Reduce la necesidad de punciones repetidas

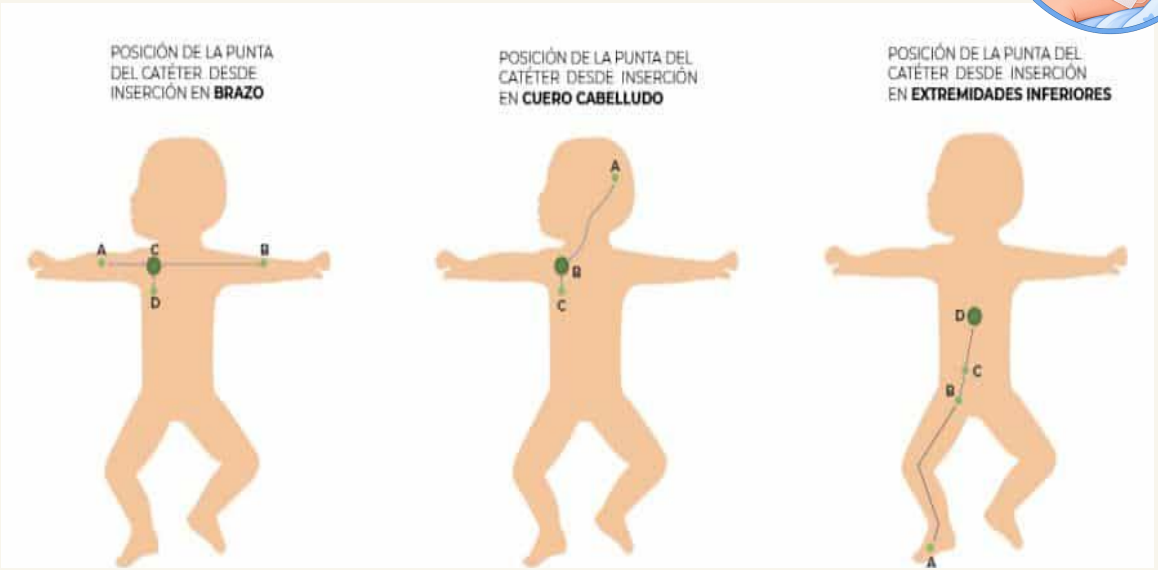
- Vasoespasmo e isquemia
- Trombosis y embolización
- Hemorragia o desplazamiento

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER EPICUTÁNEO

Vena superficial de una extremidad hasta una posición central



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER EPICUTÁNEO

pH <5 y >9
Osmolaridad> 600 mOsm/L

INDICACIONES PRINCIPALES:

Tratamientos de duración intermedia o prolongada. Fármacos irritantes o no compatibles con la vía periférica

COMPATIBLE:

- Nutrición parenteral
- Fármacos vasoactivos
- Fármacos irritantes
- Determinados hemoderivados en ciertas situaciones
- Fluidoterapia, incluidas soluciones hiperosmolares

DURACIÓN: Intermedia-prolongada, habitualmente semanas

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER EPICUTÁNEO

- Inserción menos invasiva que un catéter central
- Útil para terapias prolongadas

- Malposición o migración de la punta.
- Oclusión, infección, trombosis y desplazamiento
- Riesgo de lesión vascular cuando se mantiene durante periodos prolongados.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER INTRAARTERIAL PERIFÉRICO

Arteria superficial de una extremidad hasta una posición central



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER INTRAARTERIAL PERIFÉRICO

Vena superficial de una extremidad hasta una posición central

INDICACIONES PRINCIPALES:
Monitorización continua de presión arterial. Extracciones frecuentes

COMPATIBLE CON: No debe utilizarse para tratamiento

DURACIÓN: Retirar cuando ya no se necesite o aparezca una complicación

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



CATÉTER INTRAARTERIAL PERIFÉRICO

- Evita punciones repetidas
- Proporciona presión arterial continua y fiable

- Vasoespasmo, trombosis e isquemia distal
- Hematoma, infección, oclusión y desplazamiento

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

VÍA INTRAÓSEA

Tibia proximal, en la superficie anteromedial, evitando la placa de crecimiento







Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



VÍA INTRAÓSEA

Tibia proximal, en la superficie anteromedial, evitando la placa de crecimiento

INDICACIONES PRINCIPALES:

Emergencia vital e imposibilidad de obtener rápidamente un acceso venoso umbilical o periférico

COMPATIBLE CON:

- Fármacos y fluidos de reanimación
- Determinados hemoderivados en situaciones de emergencia

DURACIÓN: Emergencia y muy temporal; sustituir por acceso venoso convencional tan pronto como sea posible

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



VÍA INTRAÓSEA

- Fármacos de reanimación
- Acceso rápido cuando fracasan las vías convencionales
- No requiere encontrar una vena

- No es un acceso de mantenimiento
- Extravasación y síndrome compartimental
- Fractura, osteomielitis o incluso isquemia de la extremidad/necrosis cutánea

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

VÍA PERIFÉRICA CORTA

Vena periférica, longitud de <2 cm. La punta no alcanza una vena central



INDICACIONES PRINCIPALES:

Neonato estable que precisa de acceso venoso por menos de 3 días

COMPATIBLE CON:

- Fluidoterapia (**NO** concentraciones elevadas de glucosa (<12,5%), magnesio, calcio, potasio o bicarbonato)
- Fármacos NO irritantes
- Nutrición parenteral <850 mOsm/L

DURACIÓN: aproximadamente 2-3 días

Osmo ad> 600

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



VÍA PERIFÉRICA CORTA

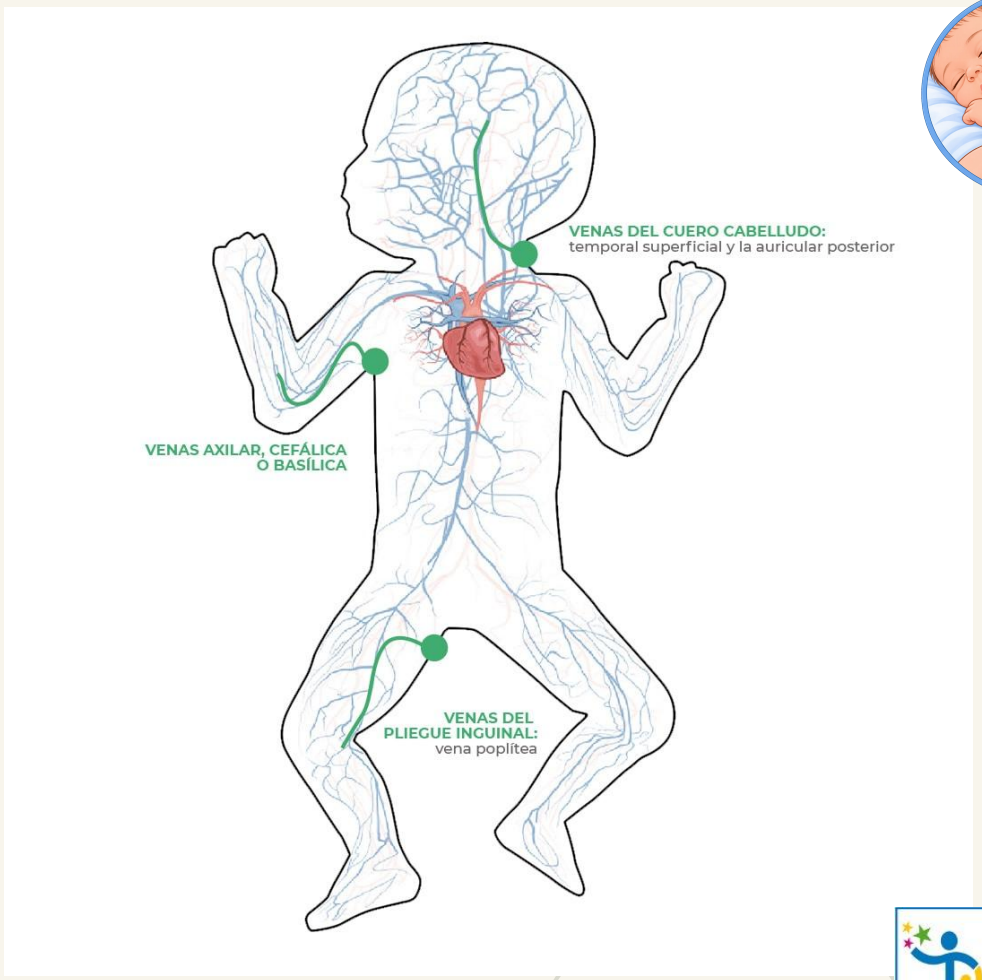
- Inserción rápida, sencilla y poco invasiva
- Puede colocarse como acceso inicial o de rescate

- Infiltración, extravasación, flebitis, oclusión, desplazamiento y fracaso precoz
- La infiltración es especialmente frecuente en los catéteres cortos

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

VÍA PERIFÉRICA LARGA

Vena periférica,longitud de 2–6 cm. La punta no alcanza una vena central





Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



VÍA PERIFÉRICA LARGA

Vena periférica,longitud de 2–6 cm. La punta no alcanza una vena central

Osmo ad> 600

INDICACIONES PRINCIPALES:

Terapia compatible con vía periférica pero durante más de 3 días

COMPATIBLE CON:

- Fluidoterapia (**NO** concentraciones elevadas de glucosa (<12,5%), magnesio, calcio, potasio o bicarbonato)
- Fármacos NO irritantes
- Nutrición parenteral <850 mOsm/L

DURACIÓN: aproximadamente 3–7 días

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



VÍA PERIFÉRICA LARGA

- Mayor longitud intravascular
- Menor riesgo de salida accidental que un catéter corto
- Puede evitar nuevas punciones y retrasar o evitar un acceso central

- Infiltración, extravasación, flebitis, oclusión y desplazamiento

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

COMPLICACIONES:

COMPLICACIÓN COMÚN: EXTRAVASACIÓN:

La extravasación en un neonato es una **urgencia** local: la prioridad es detener la infusión, identificar el tratamiento administrado y valorar rápidamente perfusión y daño tisular





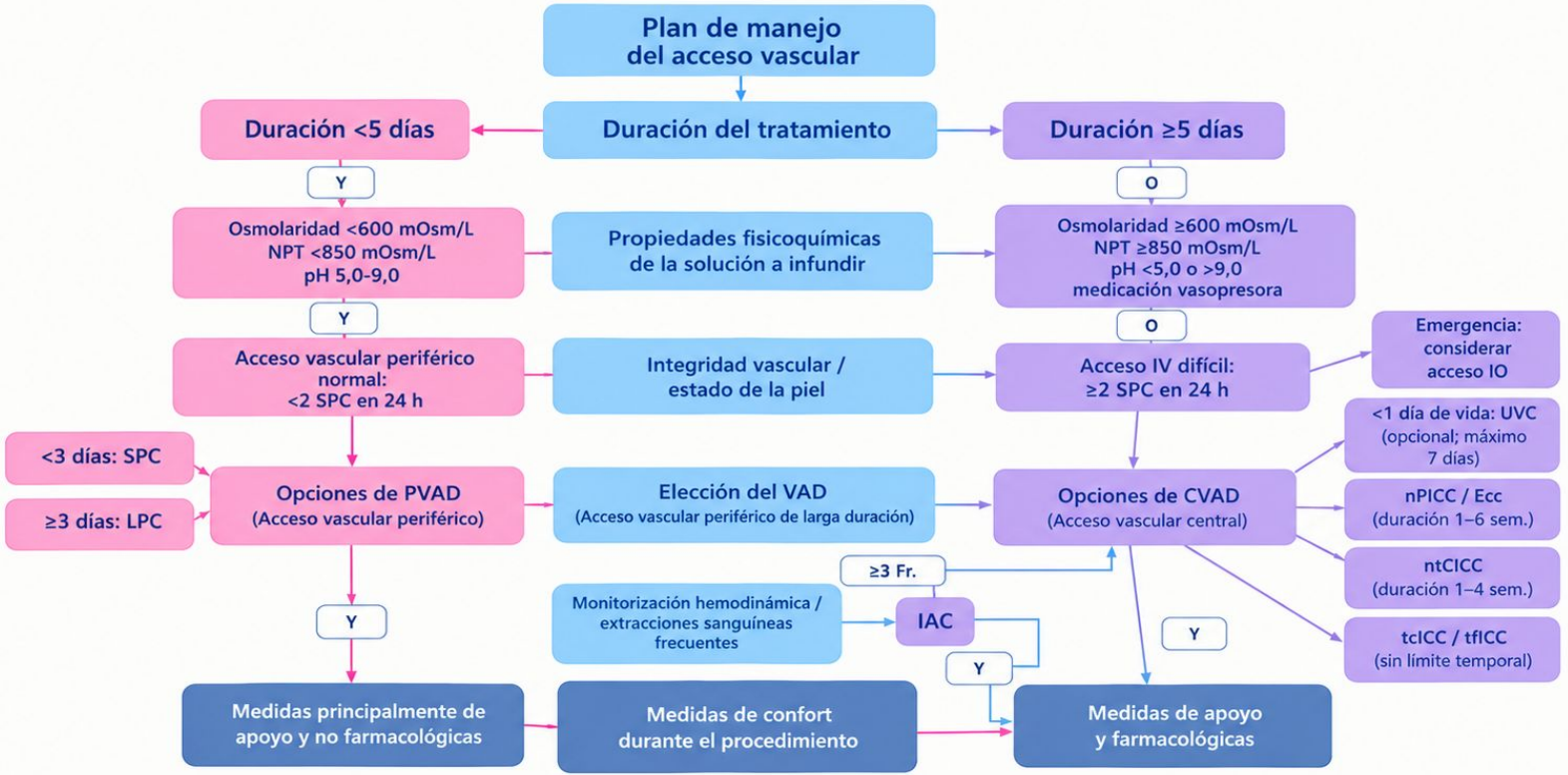


Fig. 1. Diagrama de flujo del plan de manejo del acceso vascular.

Para decidir el uso de un PVAD deben cumplirse todas las condiciones. Si alguna no se cumple y/o existe una indicación aplicable de CVAD, se recomienda insertar un CVAD. Los rombos marrones remiten a las recomendaciones correspondientes de la serie de artículos especiales NEVAT.

Abreviaturas: CVAD, dispositivo de acceso vascular central; IAC, catéter intraarterial; IO, acceso intraóseo; LPC, catéter periférico largo; nPICC/ECC, catéter central neonatal de inserción periférica / catéter epicutáneo-cava; ntCICC, catéter central no tunelizado de inserción central; PVAD, dispositivo de acceso vascular periférico; REC, recomendación; SPC, catéter periférico corto; tcICC/tfICC, catéter central tunelizado de inserción central/femoral; NPT, nutrición parenteral total; UVC, catéter venoso umbilical; VAD, dispositivo de acceso vascular.

Adaptado de: Van Rens MFPT, Hugill K, Piersigilli F, et al. Vascular access management plan (VAMP): neonatal European vascular access team–ESPR Recommendation 1. Pediatr Res. 2026.


Kahoot!
Trivia night
2
Aylin
7488
1
Keira
9869
3
Luke
4545
Kahoot!
Trivia night
Keira
1
· 4930 points ·
Highest score!

4. CASOS CLÍNICOS



1.

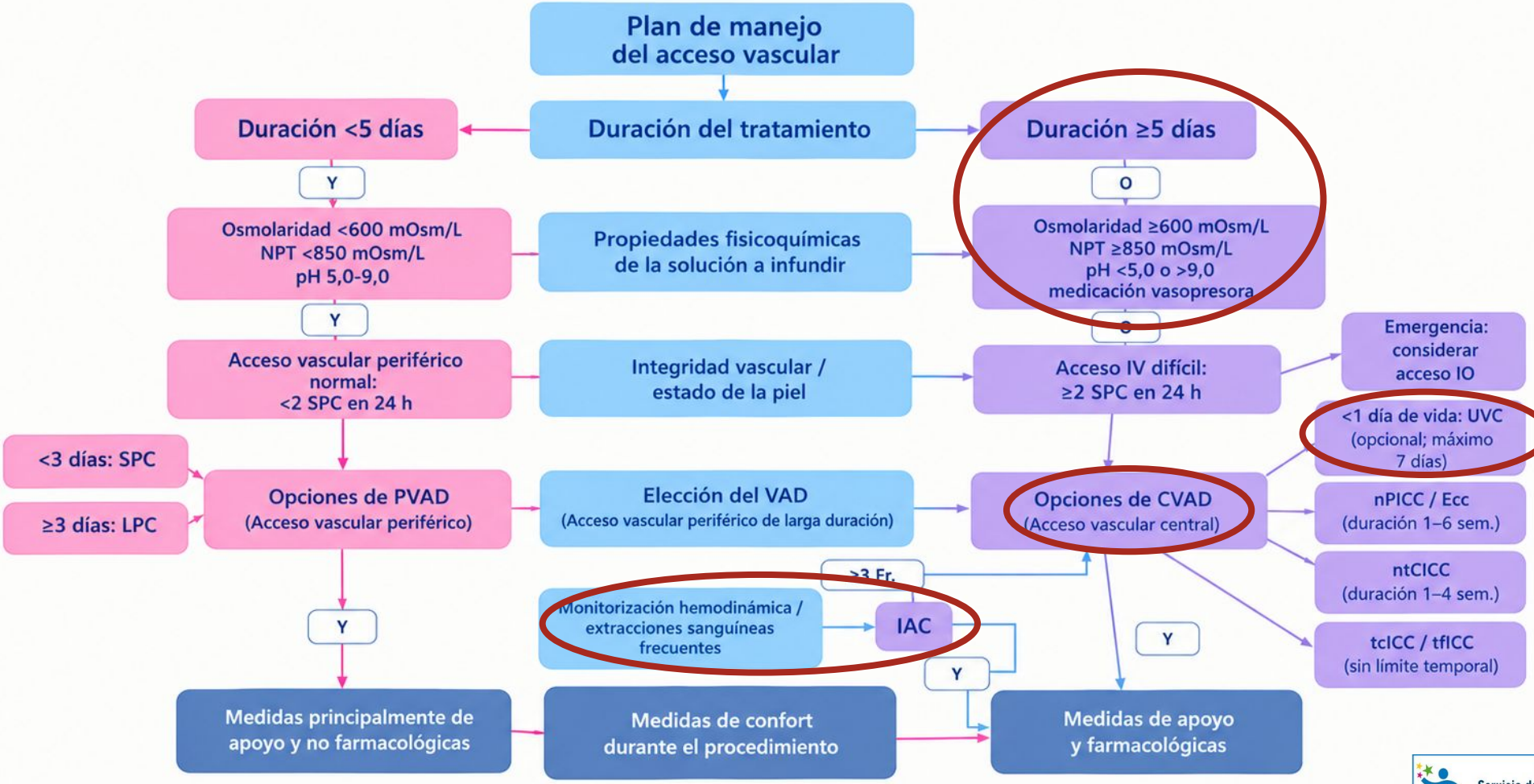
Prematuro de 26+3 semanas y 780 g que sube intubado desde quirófano de partos tras cesárea urgente por rotura uterina, con dificultad respiratoria y marcada hipotensión ¿qué tipo de acceso vascular requiere ese paciente?

A) Catéter epicutáneo

B) Catéter venoso umbilical

C) Catéter venoso y arterial umbilical

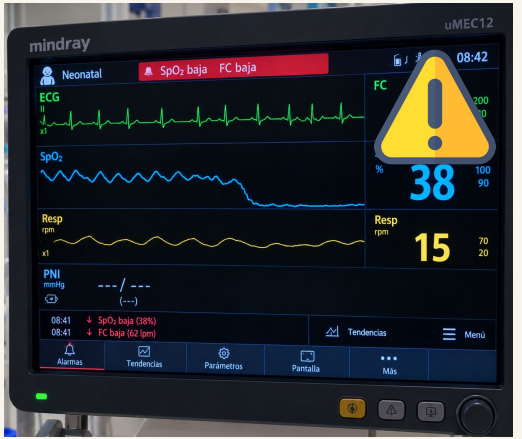
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL


Plan de manejo del acceso vascular
Duración del tratamiento
Duración <5 días
Duración ≥5 días
Y
O
Osmolaridad <600 mOsm/L
NPT <850 mOsm/L
pH 5,0-9,0
Propiedades fisicoquímicas de la solución a infundir
Osmolaridad ≥600 mOsm/L
NPT ≥850 mOsm/L
pH <5,0 o >9,0
medicación vasopresora
Y
O
Acceso vascular periférico normal:
<2 SPC en 24 h
Integridad vascular / estado de la piel
Acceso IV difícil:
≥2 SPC en 24 h
Emergencia: considerar acceso IO
<1 día de vida: UVC (opcional; máximo 7 días)
<3 días: SPC
≥3 días: LPC
Opciones de PVAD
(Acceso vascular periférico)
Elección del VAD
(Acceso vascular periférico de larga duración)
Opciones de CVAD
(Acceso vascular central)
nPICC / Ecc
(duración 1–6 sem.)
ntCICC
(duración 1–4 sem.)
tcICC / tfICC
(sin límite temporal)
>3 Fr.
Monitorización hemodinámica / extracciones sanguíneas frecuentes
IAC
Y
Y
Y
Medidas principalmente de apoyo y no farmacológicas
Medidas de confort durante el procedimiento
Medidas de apoyo y farmacológicas

Prematuro de 26+3 semanas / AEG 780 g que a los 6 días de vida inicia con desaturaciones acompañadas de bradicardia, precisando de ambú en varias ocasiones durante la guardia para remontar.

Se obtiene analítica con elevación de reactantes de fase aguda y descenso marcado de hemoglobina

¿Qué acceso vascular necesitaríamos en esta situación?

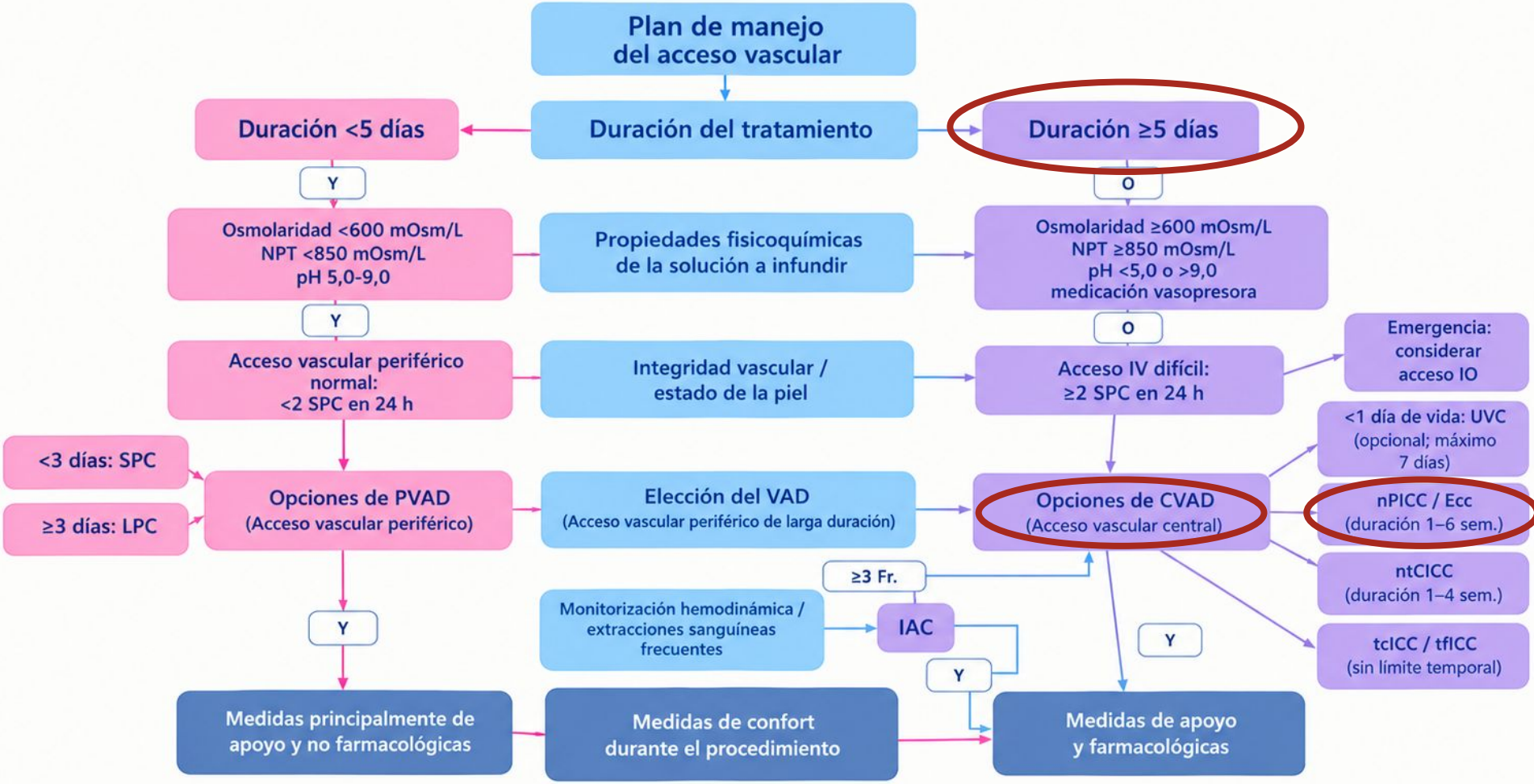


A) Ya lleva un catéter venoso umbilical

B) Vía periférica

C) Catetér epicutáneo

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL


Plan de manejo del acceso vascular
Duración del tratamiento
Duración <5 días
Duración ≥5 días
Y
O
Osmolaridad <600 mOsm/L
NPT <850 mOsm/L
pH 5,0-9,0
Propiedades fisicoquímicas de la solución a infundir
Osmolaridad ≥600 mOsm/L
NPT ≥850 mOsm/L
pH <5,0 o >9,0
medicación vasopresora
Y
O
Acceso vascular periférico normal:
<2 SPC en 24 h
Integridad vascular / estado de la piel
Acceso IV difícil:
≥2 SPC en 24 h
Emergencia: considerar acceso IO
<3 días: SPC
≥3 días: LPC
Opciones de PVAD
(Acceso vascular periférico)
Elección del VAD
(Acceso vascular periférico de larga duración)
Opciones de CVAD
(Acceso vascular central)
<1 día de vida: UVC
(opcional; máximo 7 días)
nPICC / Ecc
(duración 1–6 sem.)
ntCICC
(duración 1–4 sem.)
tcICC / tfICC
(sin límite temporal)
≥3 Fr.
Monitorización hemodinámica / extracciones sanguíneas frecuentes
IAC
Y
Y
Y
Medidas principalmente de apoyo y no farmacológicas
Medidas de confort durante el procedimiento
Medidas de apoyo y farmacológicas

2.

RNT 40+1 / GEG 4.100 g que ingresa a las 15 horas de vida procedente de la maternidad por hipoglucemia de 19 mg/dL.

Gestación controlada. Diabetes gestacional no insulinizada. Perinatal inmediato sin incidencias.

Se administra gel de dextrosa y se da una toma. ¿Necesita acceso vascular?

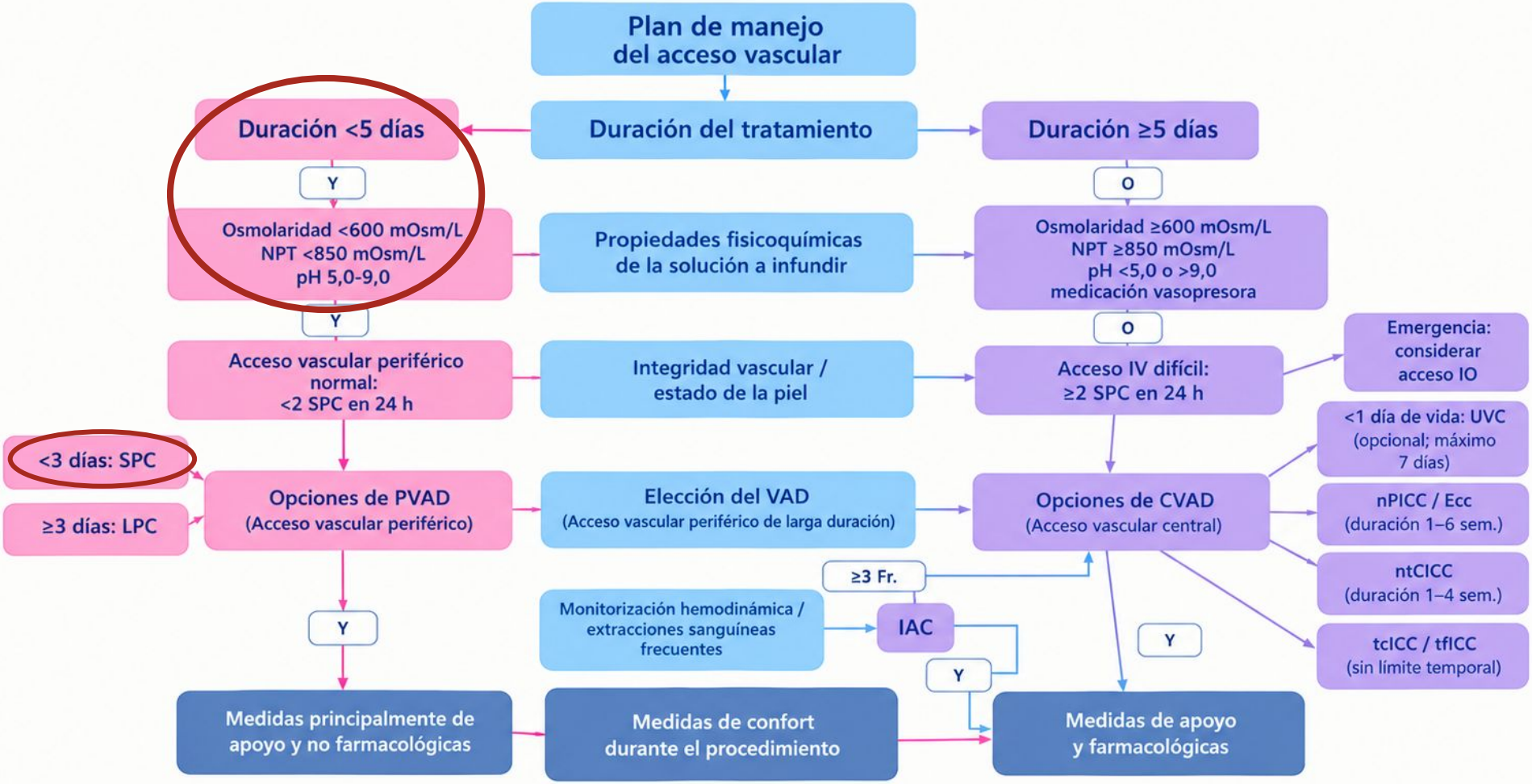


A) Vía periférica

B) Catéter venoso umbilical

C) No necesitamos canalizar vía

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL


Plan de manejo del acceso vascular
Duración del tratamiento
Duración <5 días
Duración ≥5 días
Y
O
Osmolaridad <600 mOsm/L
NPT <850 mOsm/L
pH 5,0-9,0
Propiedades fisicoquímicas de la solución a infundir
Osmolaridad ≥600 mOsm/L
NPT ≥850 mOsm/L
pH <5,0 o >9,0
medicación vasopresora
Y
O
Acceso vascular periférico normal:
<2 SPC en 24 h
Integridad vascular / estado de la piel
Acceso IV difícil:
≥2 SPC en 24 h
Emergencia: considerar acceso IO
<3 días: SPC
≥3 días: LPC
Opciones de PVAD
(Acceso vascular periférico)
Elección del VAD
(Acceso vascular periférico de larga duración)
Opciones de CVAD
(Acceso vascular central)
<1 día de vida: UVC
(opcional; máximo 7 días)
nPICC / Ecc
(duración 1–6 sem.)
ntCICC
(duración 1–4 sem.)
tcICC / tfICC
(sin límite temporal)
≥3 Fr.
Monitorización hemodinámica / extracciones sanguíneas frecuentes
IAC
Y
Y
Y
Medidas principalmente de apoyo y no farmacológicas
Medidas de confort durante el procedimiento
Medidas de apoyo y farmacológicas

UCI NEONATAL
Monitorización de glucemia capilar

Hora	01:00	02:00	03:00	04:00	
Glucemia (mg/dL)	38	35	32	28	

RNT 40+1 / GEG 4.100 g canalizamos vía periférica y se inicia suero glucosado al 10% a 60 mL/kg/d, continuando con nutrición enteral

A las 32 horas de vida, persisten hipoglucemias por lo que aumentamos aportes de suero glucosado.
No se consigue mantener glucemias adecuadas, así que decidimos concentrar más el gotero (13,5%).

¿Necesitamos un nuevo acceso vascular?

A) Continuamos con vía periférica y aumentamos tomas

B) Intentamos el catéter venoso umbilical

C) Catéter epicutáneo

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

VÍA PERIFÉRICA CORTA

Vena periférica ,longitud de <2 cm. La punta no alcanza una vena central

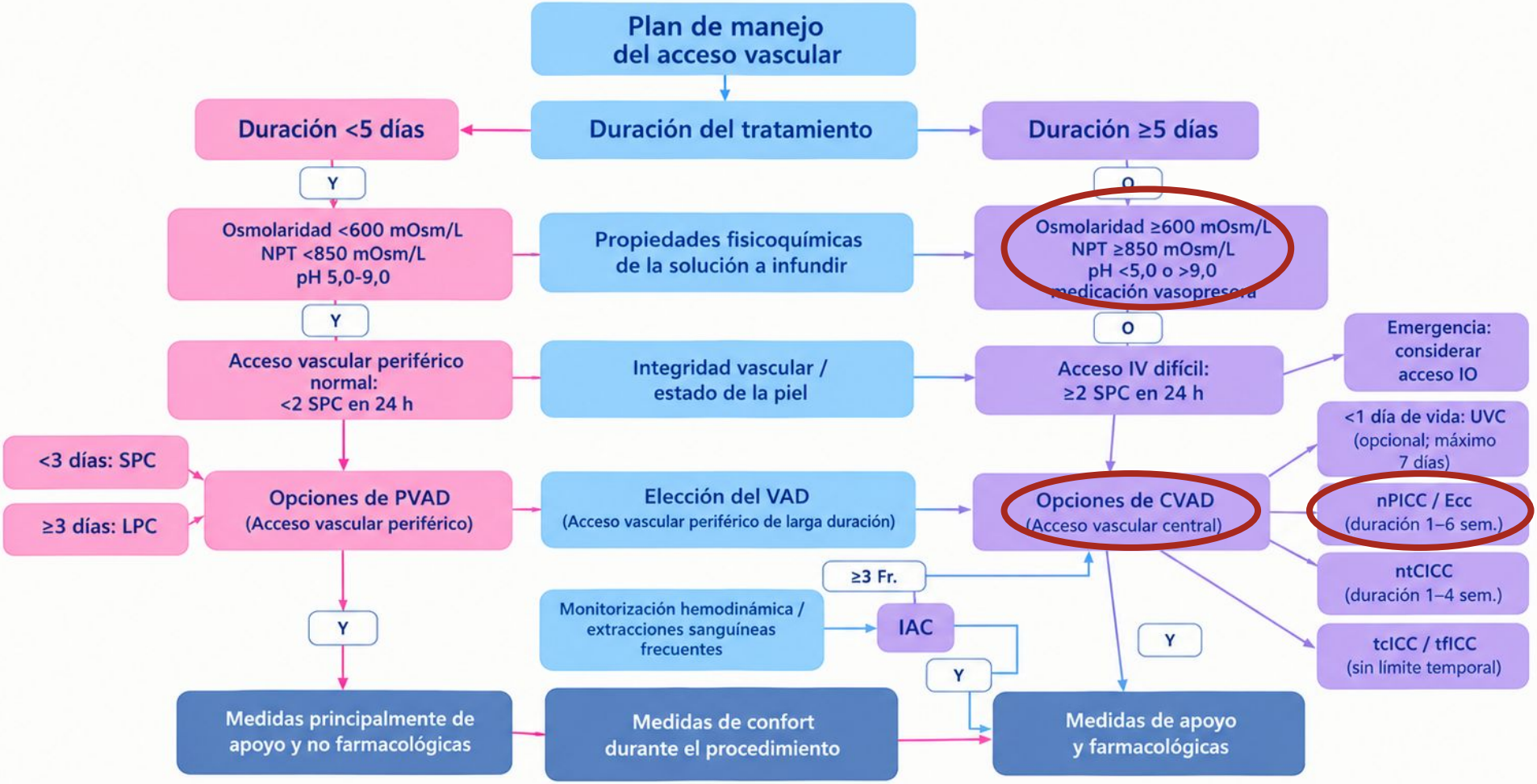
Osmo ad> 600

INDICACIONES PRINCIPALES: Neonato estable que precisa de acceso venoso por menos de 3 días

COMPATIBLE CON: Fluidoterapia (NO concentraciones elevadas de glucosa (<12,5%), magnesio, calcio, potasio o bicarbonato), fármacos NO irritantes, nutrición parenteral <850 mOsm/L

DURACIÓN: aproximadamente 32–36 horas

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL


Plan de manejo del acceso vascular
Duración del tratamiento
Duración <5 días
Duración ≥5 días
Y
O
Osmolaridad <600 mOsm/L
NPT <850 mOsm/L
pH 5,0-9,0
Propiedades fisicoquímicas de la solución a infundir
Osmolaridad ≥600 mOsm/L
NPT ≥850 mOsm/L
pH <5,0 o >9,0
medicación vasopresora
Y
O
Acceso vascular periférico normal:
<2 SPC en 24 h
Integridad vascular / estado de la piel
Acceso IV difícil:
≥2 SPC en 24 h
Emergencia: considerar acceso IO
<3 días: SPC
≥3 días: LPC
Opciones de PVAD
(Acceso vascular periférico)
Elección del VAD
(Acceso vascular periférico de larga duración)
Opciones de CVAD
(Acceso vascular central)
<1 día de vida: UVC
(opcional; máximo 7 días)
nPICC / Ecc
(duración 1–6 sem.)
ntCICC
(duración 1–4 sem.)
tcICC / tfICC
(sin límite temporal)
≥3 Fr.
Monitorización hemodinámica / extracciones sanguíneas frecuentes
IAC
Y
Y
Y
Medidas principalmente de apoyo y no farmacológicas
Medidas de confort durante el procedimiento
Medidas de apoyo y farmacológicas

3.

RNT 37+1 / AEG 2.650 g que ingresa procedente de paritorio por gastrosquisis ya conocida.

A la exploración presenta asas intestinales exteriorizadas, edematosas, sin signos iniciales de isquemia.

Cirugía pediátrica está subiendo para valorarlo previo a cirugía

¿Requiere algún tipo de acceso vascular?

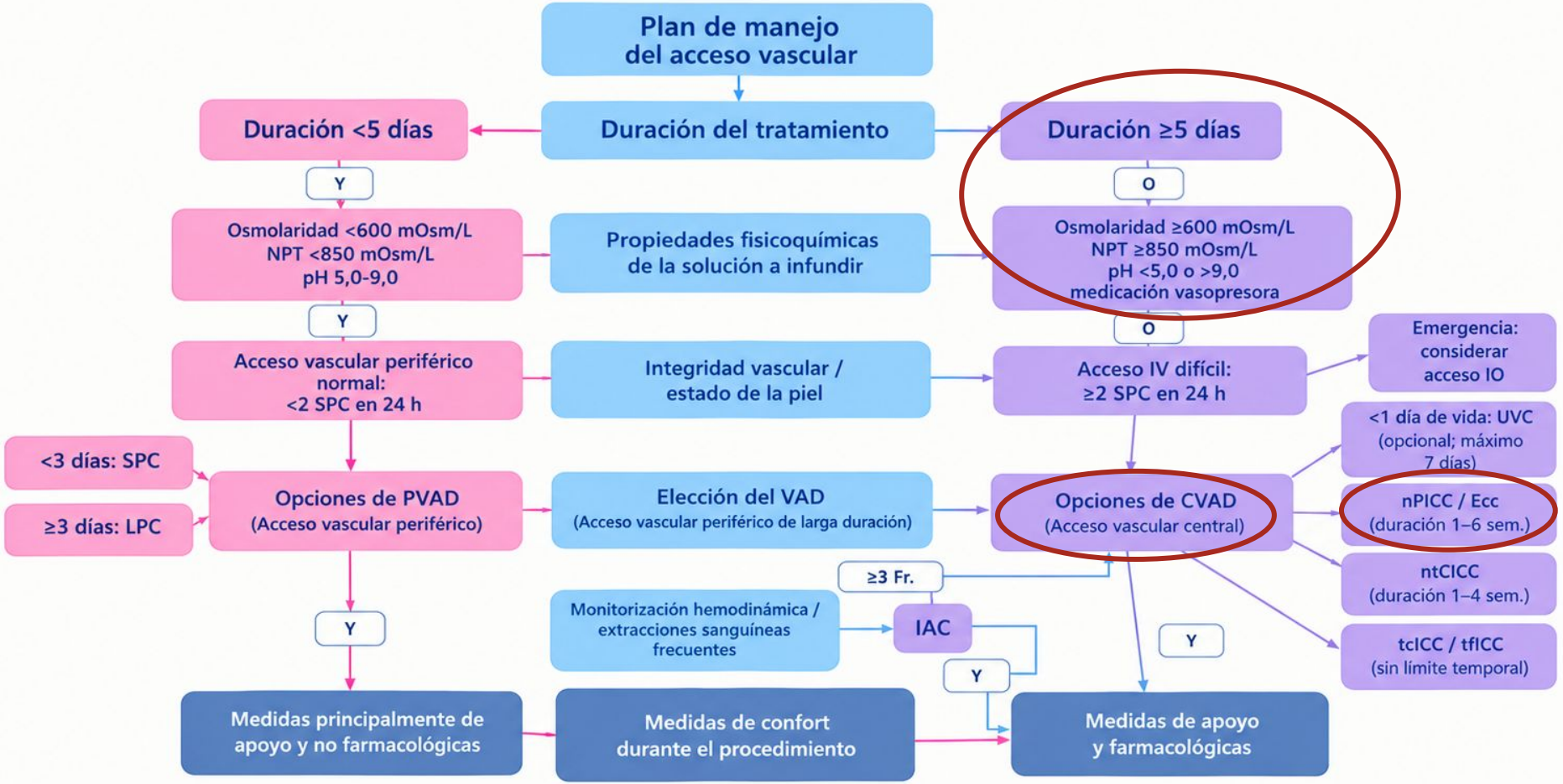


A) Vía periférica

B) Catéter venoso umbilical

C) Catéter epicutáneo

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



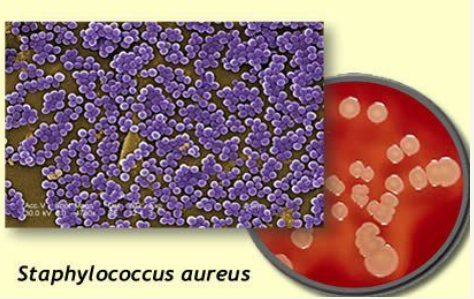
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

4.

RNPT 30+1 / AEG 1.350 g que ingresa procedente de paritorio por prematuridad.

A los 9 días de vida, estando con nutrición enteral completa, inicia desaturaciones breves con polipnea. En la analítica se objetiva aumento de reactantes de fase aguda. Se extrae un hemocultivo y se inicia antibioterapia empírica con Vancomicina y Amikacina. Como el catéter epicutáneo que llevaba se retiró el día previo, enfermería canaliza una vía periférica para los antibióticos.

En el hemocultivo, antes de las 24 horas, crece un Estafilococo coagulasa negativo: se suspende Amikacina y mantenemos vancomicina.
Durante la guardia, enfermería nos avisa de que pierde la vía en dos ocasiones. ¿Qué hacemos?

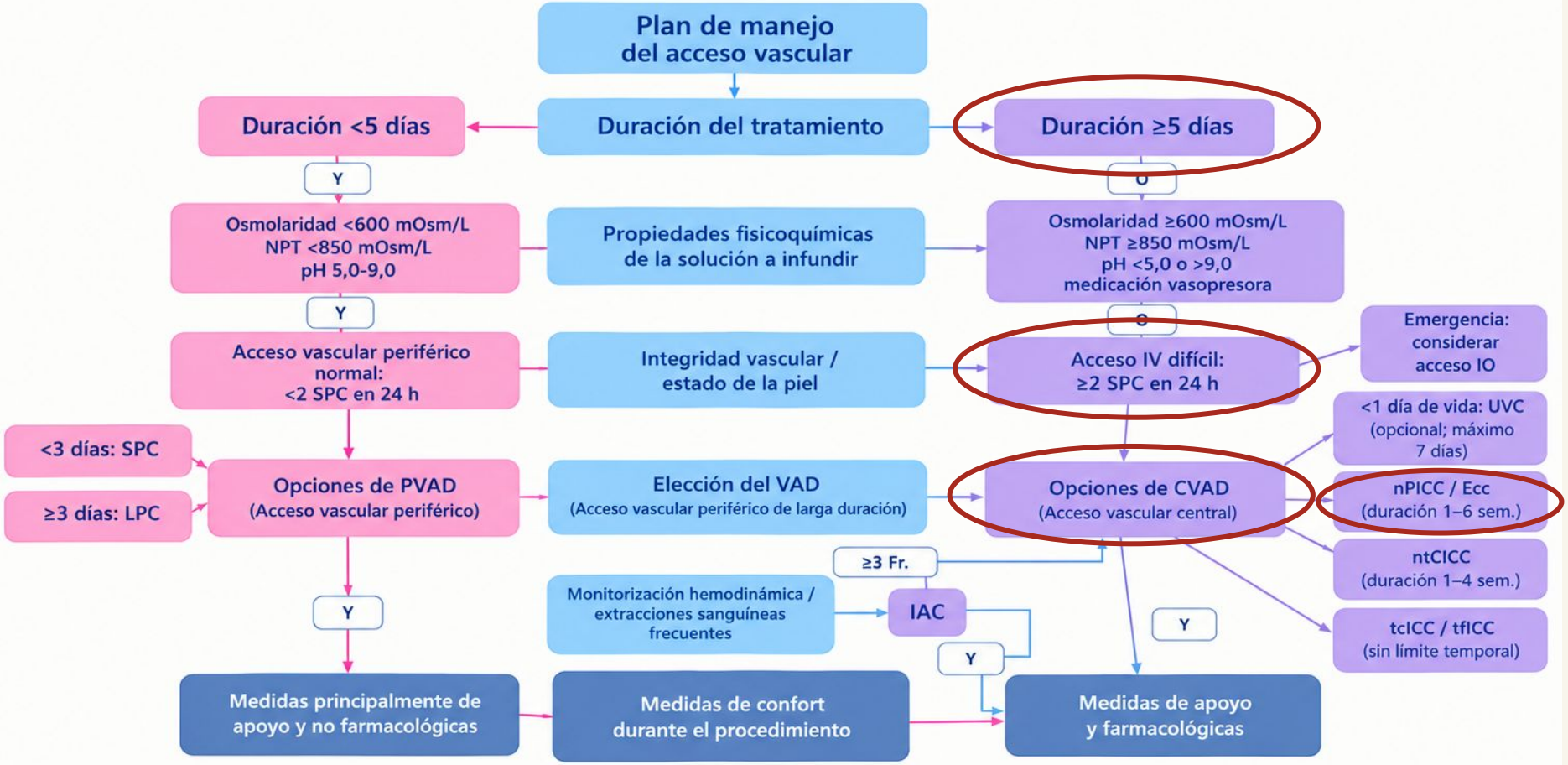

Staphylococcus aureus

A) Vía periférica corta

B) Vía periférica larga (midline)

C) Catéter epicutáneo

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

5. IDEAS PARA LLEVAR A CASA



1. Aplicar recomendaciones comunes, permite avanzar hacia un manejo más seguro y eficiente

2. No existe un acceso vascular universal. La elección debe individualizarse según la situación clínica del neonato, sus necesidades actuales y las previstas.

3. Planificar antes de canalizar. La duración del tratamiento, el tipo de infusión, la necesidad de nutrición parenteral, las extracciones y la dificultad de acceso deben guiar la elección del dispositivo.

4. Cada acceso tiene sus indicaciones y limitaciones. Es fundamental conocer qué podemos administrar por cada vía, su duración recomendada y sus principales complicaciones.

5. La seguridad requiere vigilancia continua. Comprobar la posición y permeabilidad del catéter, vigilar posibles complicaciones y retirar el acceso cuando deje de ser necesario son medidas esenciales.

6. Recordad: “las venas con las que nacemos, son para toda la vida”

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



6. BIBLIOGRAFÍA

1. Pediatric and Neonatal Vascular Access Special Interest Group of the European Society for Paediatric Research (ESPR) and Neonatal European Vascular Access Team (NEVAT). Neonatal European vascular access team–ESPR recommendations. Pediatr Res. 2026

2. Barone G, D'Andrea V, Ancora G, et al. The neonatal DAV-expert algorithm: a GAVeCeLT/GAVePed consensus for the choice of the most appropriate venous access in newborns. Eur J Pediatr. 2023; 182(8):3385-3395

3. Kolaček S, Puntis JWL, Hojsak I; ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN Working Group on Pediatric Parenteral Nutrition. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: Venous access. Clin Nutr.2018;37(6):2379-2391

4. Singh Y, Tissot C, Fraga MV, et al. International evidence-based guidelines on point-of-care ultrasound for critically ill neonates and children issued by the POCUS Working Group of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care. Crit Care. 2020;24(1):65.

5. Barone G, D'Andrea V, Pepe G, Pittiruti M. Peripheral venous access in the neonate: current evidence, persistent uncertainties, and proposal of a structured insertion bundle. Eur J Pediatr. 2026;185(11):829.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Acceso vascular neonatal: ¿qué vía necesita este paciente?

cristinavaldiviavillodre@gmail.com



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL