

TABLA DE ELECCIÓN DEL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	INDICACIONES	INSERCIÓN	MANTENIMIENTO	RETIRADA
<p>Los dispositivos de acceso venoso periférico se definen como catéteres cuyo extremo está ubicado en el sistema venoso pero fuera de la vena cava superior, la aurícula derecha y la vena cava inferior.</p> <p>Se clasifican en catéteres periféricos cortos (< 6 cm), catéteres periféricos largos (6–15 cm), catéteres de línea media o "midclavicular" (>15 cm).</p> <p>Los catéteres periféricos cortos pueden clasificarse además como "simples" o "integrados", según su diseño y material.</p>	<p>Infusión a corto y medio plazo de soluciones compatibles (pH 5–9; osmolaridad <600 mOsm/L; nutrición parenteral <800–850 mOsm/L; cualquier fármaco sin daño endotelial).</p> <p>Aféresis/ultrafiltración, solo en situaciones específicas y utilizando DAV específicos.</p> <p><i>Contraindicaciones: infusión de fármacos vesicantes o prolongada (>30 min) de soluciones incompatibles; muestreo sanguíneo diario; hemodiálisis; monitorización hemodinámica; acceso intravenoso a largo plazo (>3–4 meses).</i></p> <p>Las indicaciones para DAV periférico específico se basan principalmente en la duración esperada del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Catéter corto: 24–48 h ● Corto "integrados": acceso no urgente, duración de 2–7 días ● Catéter periférico largo: pacientes DIVA, o duración de 1–4 semanas ● Línea media: duración > 4 semanas. 	<p>Deben ser insertados en el antebrazo o el brazo superior, evitando áreas de flexión.</p> <p>Si la inserción en la mano, en la vena yugular externa o en la extremidad inferior es inevitable (como en emergencias), retirar dentro de 24–48 h.</p> <p>PROTOCOLO DE INSERCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preparar la piel con clorhexidina al 2% usando fricción de 30s y permitiendo 30s para secar. ● En pacientes DIVA, usar guía NIR para acceso a las venas superficiales del brazo y/o guía US para acceso a las venas profundas del brazo. ● Cubrir el sitio de salida con un apósito transparente semipermeable estéril. ● Aplicar pegamento de cianoacrilato en pacientes con riesgo de sangrado. ● Asegurar con dispositivos sin suturas si se espera que el acceso periférico dure >48 h. 	<p>Minimizar riesgo de infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usar clorhexidina al 2% para desinfectar conectores sin aguja y limpiar sitio de salida ● Usar apósitos transparentes semipermeables ● Usar conectores sin aguja y tapones de desinfección ● Inspección visual diaria <p>Minimizar riesgo de oclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Solución salina para enjuagar el dispositivo ● Considerar incompatibilidades de fármacos <p>Minimizar riesgo de desalojo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Insertar en el antebrazo o el brazo superior, evitando áreas de flexión ● Inserción en la mano, vena yugular externa o extremidad inferior, retirar en 24–48h ● Usar un dispositivo sin suturas ● Usar un apósito transparente semipermeable ● Uso de cianoacrilato <p>Minimizar riesgo de flebitis/trombosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar micromovimientos del dispositivo ● Solo infusiones compatibles periféricamente ● Inspección visual diaria 	<p>La retirada del dispositivo está indicado en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ya no es necesario el uso del dispositivo ● Dispositivo ya no apropiado ● Dispositivo insertado en condiciones de emergencia (para ser retirado dentro de 24–48h) ● Retirada por la solicitud del paciente <p>Complicaciones potenciales al retirar incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sangrado local (prevenir con compresión y pegamento tisular) ● Lesión cutánea ● Movilización de trombo (raro – solo para LM).