

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT - 013.1.6 - CFT 05	Página 1 de 12

PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO		
EDITADO	REVISADO	APROBADO
Iván Maray Mateos. UGC de Farmacia Juan Mayordomo Colunga AGC Infancia y Adolescencia. Sección UCI-Pediatría AGC Infancia y Adolescencia. Servicio de Neonatología Ana Rubio Granda Clara González López Fecha: 05/02/2026	Andrés Concha Torre. AGC Infancia y Adolescencia. Jefe Sección UCI-Pediatría Gonzalo Solís Sánchez AGC Infancia y Adolescencia. Jefe Servicio de Neonatología CFT Área IV Luis Caminal Montero Lucía Velasco Rocas Bernabé Fernández González Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 13/04/2026	Ángel Bernardo Gutiérrez Subdirector de Atención Sanitaria y Evaluación Fecha: 13/04/2026
REGISTRO DE CAMBIOS		
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Primera Edición

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – O13.1.6 – CFT 05	Página 2 de 12

Tabla de contenido

1	Introducción	3
2	Manejo del shock séptico en el paciente pediátrico	3
2.1	Vasoactivos de primera línea	4
2.2	Shock vasodilatador catecolamino-refractario	4
3	Objeto	4
4	Selección de pacientes	5
5	Circuito	6
6	Fármaco	6
6.1	Evidencia	6
6.2	Fármaco	7
6.3	Prescripción (powerplanUCP)	7
7	Pauta posológica	9
7.1	Dosis y titulación	9
7.2	Duración y retirada	9
8	Consideraciones específicas en recién nacidos	9
9	Efectos secundarios y contraindicaciones de la utilización de argipresina	10
9.1	Efectos adversos esperables	10
9.2	Monitorización recomendada	10
9.3	Manejo de sospecha de toxicidad	10
10	Seguimiento del paciente	11
11	Información al paciente y consentimiento informado	11
12	Bibliografía	12

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 3 de 12

I Introducción

El shock vasodilatador pediátrico es una forma de shock distributivo caracterizada por hipotensión arterial, índice cardíaco normal o elevado y disminución de las resistencias vasculares sistémicas, pese a una reanimación con fluidos adecuada. En un porcentaje relevante de pacientes, la hipotensión y la hipoperfusión persisten a pesar de dosis crecientes de catecolaminas, lo que define un shock catecolamino-refractario, asociado a mortalidad elevada.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el shock catecolamino-refractario se asocia a resistencia vascular disminuida por exceso de óxido nítrico, apertura de canales de potasio dependientes de ATP y déficit relativo de hormonas vasoconstrictoras endógenas (vasopresina, angiotensina II, cortisol). La argipresina (vasopresina exógena) actúa sobre receptores V1a vasculares, aumentando la resistencia vascular sistémica y mejorando la presión arterial, y sobre receptores V2 renales, con efecto antidiurético; en modelos de shock vasopléjico se ha demostrado un descenso de la vasopresina endógena que justificaría el “reemplazo” con bajas dosis exógenas.

La ficha técnica de las presentaciones comerciales, sin embargo, no recomienda su uso en shock séptico pediátrico, ya que los ensayos clínicos no han demostrado beneficio en supervivencia y existe preocupación por eventos adversos (isquemia periférica y mesentérica, hiponatremia). Las guías internacionales (*Surviving Sepsis Campaign* pediátrica) sugieren únicamente “añadir vasopresina o seguir titulando catecolaminas” en caso de necesidad de catecolaminas a dosis altas, con grado de recomendación débil y calidad de evidencia baja.

La no recomendación en ficha técnica se produce en un contexto de evidencia pediátrica limitada, basada en ensayos con tamaño muestral reducido, heterogeneidad clínica y ausencia de demostración de beneficio en desenlaces relevantes, lo que ha condicionado una postura conservadora en la información oficial del medicamento. A pesar de ello, su uso está contemplado de forma prácticamente generalizada en los algoritmos de manejo del shock séptico pediátrico refractario a catecolaminas a nivel global.

2 Manejo del shock séptico en el paciente pediátrico

El shock séptico pediátrico se define como una infección grave con disfunción cardiovascular (hipotensión, necesidad de vasopresores o signos de mala perfusión) pese a una reanimación adecuada con fluidos. La *Surviving Sepsis Campaign* pediátrica recomienda una identificación y tratamiento precoces mediante un paquete inicial de medidas (antibióticos, fluidos, soporte vasoactivo y control del foco).

En niños con shock séptico se aconseja administrar bolos de cristaloides de 10–20 mL/kg, reevaluando tras cada bolo, hasta un máximo aproximado de 40–60 mL/kg en la primera hora cuando se dispone de UCI pediátrica y monitorización estrecha. Si pese a esta reanimación persisten hipotensión o signos de hipoperfusión, se considera un shock “refractario a fluidos” y está indicado iniciar de forma precoz tratamiento vasoactivo.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – O13.1.6 – CFT 05	Página 4 de 12

2.1 Vasoactivos de primera línea

Las guías internacionales y documentos de sociedades científicas recomiendan utilizar adrenalina o noradrenalina como fármacos de primera línea en el shock séptico pediátrico, en función del fenotipo hemodinámico (shock “frío” con bajo gasto vs shock “caliente” vasodilatador). En general, se utiliza adrenalina cuando predomina la disfunción miocárdica y el bajo gasto, y noradrenalina cuando predomina la vasodilatación con gasto conservado o alto, pudiendo asociarse inodilatadores (dobutamina, milrinona) si es necesario.

El inicio precoz de los vasopresores se asocia a mejor control de la perfusión y menor necesidad de múltiples fármacos, por lo que se recomienda no retrasar su administración mientras se completan los bolos de fluidos, especialmente en pacientes con signos claros de sobrecarga hídrica o riesgo de edema pulmonar.

2.2 Shock vasodilatador catecolamino-refractario

A pesar del manejo adecuado con fluidos, antibióticos, adrenalina o noradrenalina y, en su caso, corticoides, algunos niños mantienen hipotensión y mala perfusión a pesar de dosis altas de catecolaminas, lo que se denomina shock catecolamino-refractario. En este escenario, la evaluación hemodinámica avanzada (ecocardiografía funcional, monitorización invasiva) permite distinguir entre un patrón de bajo gasto (donde debe optimizarse la contractilidad cardíaca) y un patrón vasodilatador puro o predominante (shock “caliente”) con índice cardíaco normal/alto y resistencias vasculares sistémicas bajas.

Las guías *Surviving Sepsis Campaign* sugieren, con recomendación débil y evidencia de baja calidad, añadir vasopresina o seguir titulando catecolaminas en niños con shock séptico que requieren dosis altas de catecolaminas para mantener la presión arterial. Documentos de consenso de sociedades sitúan la vasopresina como terapia de rescate en shock vasopléjico refractario a noradrenalina por su potencial de mejorar la presión arterial, si bien se destaca el riesgo de efectos adversos y la ausencia de ensayos clínicos que hayan demostrado beneficio en supervivencia.

En este contexto de shock vasodilatador catecolamino-refractario, tras descartar o corregir hipovolemia y disfunción miocárdica, la argipresina puede considerarse en la UCI Pediátrica del HUCA como fármaco coadyuvante de última línea, lo que se desarrolla en los apartados posteriores de este protocolo.

3 Objeto

Establecer el procedimiento de utilización de argipresina en pacientes pediátricos con shock vasodilatador catecolamino-refractario ingresados en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias, como uso fuera de ficha técnica y en situaciones excepcionales, una vez optimizado el tratamiento estándar y en ausencia de alternativas terapéuticas autorizadas eficaces.

Este protocolo pretende:

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 5 de 12

- Definir criterios clínicos y hemodinámicos para identificar candidatos a argipresina.
- Establecer la pauta de administración (*powerplan*, concentración estándar, rango de dosis).
- Describir la monitorización, la detección precoz de efectos adversos y los criterios de retirada.
- Enmarcar su uso en el contexto ético-legal y de consentimiento ya existente en la UCI Pediátrica del HUCA.
- La argipresina no debe utilizarse como fármaco vasoactivo de primera ni de segunda línea en el shock pediátrico. Siempre prevalecerán antes fluidoterapia y aminos vasoactivos a dosis optimizadas.

Se trata de una utilización fuera de ficha técnica del fármaco: (RD 1019/2009 “Disponibilidad de medicamentos en situaciones Especiales”)ⁱ. En este RD se establece este uso con carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembreⁱⁱ.

4 Selección de pacientes

Se considerarán candidatos a tratamiento con argipresina los pacientes ingresados en la UCI Pediátrica del HUCA con diagnóstico de shock séptico u otro shock vasodilatador, tras cumplir los criterios de reanimación inicial recomendados por las guías internacionales (*Surviving Sepsis Campaign*, SECIP) y persistir signos de mala perfusión pese a tratamiento vasoactivo óptimo.

Pacientes candidatos:

- Pacientes pediátricos con shock séptico o distributivo que, tras fluidoterapia adecuada y soporte vasoactivo de primera línea (adrenalina y/o noradrenalina), mantienen hipotensión o signos de hipoperfusión (lactato elevado, oliguria, alteración del nivel de conciencia, relleno capilar prolongado).
- Perfil hemodinámico vasodilatador predominante: índice cardíaco normal o alto y resistencias vasculares sistémicas bajas, valorado por ecocardiografía funcional y/o monitorización avanzada según disponibilidad.

ⁱ BOE. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Num 274:

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – O13.1.6 – CFT 05	Página 6 de 12

- Situación de shock catecolamino-refractario, Se considerará shock catecolamino-refractario la persistencia de hipotensión o hipoperfusión tisular pese a reanimación adecuada, corticoides y necesidad de dosis altas de catecolaminas (p. ej., noradrenalina 1 mcg/kg/min o equivalente), según valoración del pediatra responsable.
- Hipertensión pulmonar refractaria a habituales (soporte vasoactivo con noradrenalina, óxido nítrico inhalado, $\pm$ milrinona si disfunción miocárdica).
- Fisiología cardíaca con aumento de presión en ventrículo derecho que precise aumentar la presión sistémica sin suficiente respuesta al soporte vasoactivo con noradrenalina (fisiología tipo Fallot).

Quedarán excluidos o requerirán valoración individualizada los pacientes con shock de bajo gasto predominante, isquemia mesentérica o periférica establecida, hiponatremia grave o hepatopatía avanzada, en los que el balance riesgo–beneficio del uso de argipresina pueda ser desfavorable.

5 Circuito

En los pacientes candidatos a tratamiento, se prescribirá en Millennium® en el episodio de ingreso del paciente.

6 Fármaco

6.1 Evidencia

El ensayo “*Vasopressin in pediatric vasodilatory shock: a multicenter randomized controlled trial*” incluyó 69 niños con shock vasodilatador tratados con catecolaminas, asignados a vasopresina (0,0005–0,002 U/kg/min) o placebo, además del tratamiento estándar.

No se observó diferencia en el tiempo hasta estabilidad hemodinámica ni en la mortalidad entre ambos grupos.

Se describió una tendencia no significativa a mayor mortalidad en el grupo vasopresina, que contribuyó a que la ficha técnica no recomendara su uso en shock séptico pediátrico.

Revisiones sistemáticas y metanálisis:

Una revisión sistemática y metanálisis sobre vasopresina y terlipresina en shock refractario neonatal y pediátrico concluyó que estos fármacos:

- Mejoran variables hemodinámicas (presión arterial, reducción de scores vasoactivos).
- No reducen mortalidad ni estancia en UCI y pueden asociarse a un aumento de eventos isquémicos, con calidad global de la evidencia baja.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 7 de 12

Metanálisis en población adulta con shock séptico muestran resultados similares: ausencia de beneficio claro en mortalidad frente a catecolaminas solas, aunque con mejoría hemodinámica y posible reducción de dosis de noradrenalina.

Series observacionales pediátricas:

Series retrospectivas de niños con shock catecolamino-refractario (incluyendo sepsis, postoperatorio cardíaco y otras etiologías) describen:

Definición de shock refractario como hipotensión y signos de hipoperfusión pese a reanimación, corticosteroides y “*high-dose catecholamines*”, con noradrenalina $\geq 1 \mu\text{g/kg/min}$ en muchos casos, además de otros inotrópicos.

Tras iniciar vasopresina, aumento significativo de la presión arterial media y diastólica y, en algunos casos, disminución de la puntuación vasoactiva total, sin señal uniforme de beneficio en supervivencia.

Se han descrito también casos y series de uso en UCI cardíaca pediátrica con mejorías de presión arterial y diuresis, pero con complicaciones isquémicas a dosis más altas o en pacientes extremadamente graves.

Práctica clínica y guías:

Encuestas internacionales a intensivistas pediátricos muestran que la mayoría de UCIs utilizan arginina-vasopresina como fármaco de última línea en shock catecolamino-refractario, generalmente a dosis bajas y con el objetivo de mejorar la presión y reducir las dosis de catecolaminas. La *Surviving Sepsis Campaign* pediátrica propone “añadir vasopresina o seguir titulando catecolaminas” en niños con shock séptico que requieren altas dosis de catecolaminas, con recomendación débil y evidencia de baja calidad.

Conclusión: la evidencia no respalda el uso sistemático de argipresina para mejorar supervivencia, pero sí su utilización restringida como terapia de rescate coadyuvante en shock catecolamino-refractario, con monitorización estrecha.

6.2 Fármaco

Argipresina (vasopresina) solución inyectable para perfusión intravenosa continua. La indicación en shock séptico pediátrico es fuera de ficha técnica; no se recomienda su uso para esta indicación en la información oficial de producto.

6.3 Prescripción (*powerplanUCP*)

La prescripción se realizará mediante *powerplan* específico en Millennium,

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 8 de 12

El *powerplan* debe incluir:

- Se utilizará una única concentración estándar para UCI Pediátrica y otra para UCI Neonatología, con el objetivo de reducir el riesgo de errores de medicación y facilitar el cálculo de dosis:
- UCIP: Argipresina 10 UI en 50 mL de suero fisiológico (SSF)
Concentración final: 0,2 UI/mL (200 mUI/mL)
- Se creara una indicación de bomba volumétrica y otra de bomba de jeringa, para asegurar exactitud en pacientes de menos de 10 kg.
- UCIN: Argipresina 2 UI en 50 mL de suero fisiológico (SSF)
Concentración final: 0,04 UI/mL (40mUI/mL) en bomba de jeringa.
- No se recomienda el uso de concentraciones alternativas salvo circunstancias excepcionales debidamente justificadas.

La dosificación se expresará exclusivamente en mUI/kg/min, con los siguientes parámetros predefinidos en el sistema:

- Dosis inicial recomendada: 0,3–0,5 mUI/kg/min.
- Rango habitual: 0,3–2 mUI/kg/min.
- Dosis máxima recomendada: 2 mUI/kg/min.
- incrementos escalonados de 0,2–0,3 mUI/kg/min, con intervalos mínimos de ajuste de 20–30 minutos, en función de la respuesta hemodinámica y la tolerancia clínica.

Con la concentración estándar descrita, la velocidad de perfusión (mL/h) se obtiene multiplicando la dosis (mUI/kg/min) por el peso (kg) y por 0,3.

Advertencias sobre necesidad de TA invasiva, evaluación de perfusión y monitorización de sodio/función renal.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 9 de 12

7 Pauta posológica

7.1 Dosis y titulación

Rango de dosis recomendado en shock pediátrico:

- Dosis de inicio: 0,3–0,5 mUI/kg/min.
- Rango habitual: 0,3–2 mUI/kg/min (0,0003–0,002 U/kg/min), ajustando según respuesta hemodinámica y tolerancia.
- No se recomienda sobrepasar 2 mUI/kg/min de forma rutinaria, por incremento del riesgo de isquemia; dosis superiores, solo en circunstancias excepcionales y tras discusión de todo el equipo.
- Titulación:

Aumentar la dosis en escalones de 0,2–0,3 mUI/kg/min cada 20–30 minutos en función de:

- Presión Arterial Media (PAM) vs objetivo,
- Perfusión periférica,
- Lactato, diuresis y estado neurológico.

En cuanto se alcance una presión objetivo razonable con perfusión aceptable, intentar reducir de forma progresiva la dosis de catecolaminas (noradrenalina/adrenalina), manteniendo argipresina en dosis estables.

7.2 Duración y retirada

Duración: individualizada; en general, mantener el mínimo tiempo necesario para estabilizar hemodinámica y reducir catecolaminas, evitando tratamientos prolongados a dosis altas.

Retirada: una vez estabilizado el paciente y con catecolaminas en rango bajo, reducir la argipresina gradualmente (p. ej. descensos de 0,2–0,3 mUI/kg/min cada 30–60 minutos), vigilando estrechamente la PAM y la perfusión tisular.

8 Consideraciones específicas en recién nacidos

La argipresina puede considerarse como tratamiento de rescate en recién nacidos, especialmente en prematuros, con shock refractario a catecolaminas y corticoides. Su uso se ha asociado a un aumento de la presión arterial y, en algunos casos, a una mejoría de la perfusión tisular y de la diuresis.

La evidencia disponible en población neonatal es limitada y de baja calidad, por lo que su indicación debe ser excepcional y restringida a situaciones de shock refractario tras el fracaso de las terapias convencionales.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 10 de 12

La mayor parte de la evidencia procede de su utilización en el shock refractario secundario a hipertensión pulmonar persistente grave, donde la argipresina puede inducir vasodilatación pulmonar mediante la estimulación de la liberación de óxido nítrico. En este contexto, podría considerarse incluso como fármaco de primera elección tras el inicio de la terapia con óxido nítrico inhalado. Con un menor nivel de evidencia, también se ha descrito su uso en shock refractario asociado a sepsis/SIRS, cirugía cardíaca o daño renal agudo.

Los estudios observacionales en neonatos, especialmente en prematuros, describen una alta incidencia de hiponatremia asociada al tratamiento, lo que obliga a una monitorización estricta de los electrolitos, el balance hídrico, la perfusión periférica y la función renal. Asimismo, debe vigilarse de forma activa la aparición de signos de isquemia intestinal.

Como orientación, las guías y series neonatales recomiendan iniciar la argipresina a dosis más bajas que en niños mayores (0,02–0,07 mU/kg/min), con una dosis habitual de 0,1–1,2 mU/kg/min y un límite máximo aproximado de 2 mU/kg/min, realizando una titulación lenta en función de la respuesta hemodinámica.

9 Efectos secundarios y contraindicaciones de la utilización de argipresina

9.1 Efectos adversos esperables

- Isquemia cutánea o digital (palidez, cianosis, frialdad extrema, dolor).
- Isquemia mesentérica (dolor abdominal, distensión, empeoramiento del lactato, sangrado digestivo).
- Disminución de gasto cardíaco, arritmias, hipotermia periférica marcada.
- Hiponatremia por efecto antidiurético, descrita especialmente en lactantes <3 meses.

9.2 Monitorización recomendada

- TA invasiva, FC, SatO₂, diuresis horaria, temperatura central y periférica.
- Lactato, gasometría, sodio y creatinina, al menos cada 12–24 h, más frecuente en fases iniciales o si hay cambios clínicos.
- Exploración seriada de extremidades (color, temperatura, relleno capilar, dolor), piel y abdomen, con registro en la historia.

9.3 Manejo de sospecha de toxicidad

Ante signos de isquemia periférica o mesentérica significativa, o hiponatremia grave, valorar inmediatamente:

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – 013.1.6 – CFT 05	Página 11 de 12

- Reducir la dosis de argipresina o suspenderla.
- Valorar alternativas (ajuste de catecolaminas, otras terapias de rescate, ECMO según caso).

10 Seguimiento del paciente

- Reevaluación formal al menos una vez al día en sesión, revisando:
 - Criterios que motivaron el inicio de argipresina.
 - Evolución hemodinámica, lactato, función renal/hepática, sodio.
 - Posibilidad de descenso de dosis o retirada, y necesidad de soporte avanzado (ECMO).
- Reevaluación adicional ante cualquier cambio brusco (empeoramiento hemodinámico, signos de isquemia, deterioro neurológico).

11 Información al paciente y consentimiento informado

La utilización de argipresina en shock vasodilatador catecolamino-refractario se enmarca en el consentimiento informado general para procedimientos y tratamientos en la UCI Pediátrica del HUCA, firmado por los padres o representantes legales a su ingreso. El pediatra responsable explicará verbalmente que se trata de un fármaco utilizado como rescate en shock refractario, con uso fuera de ficha técnica en pediatría y basado en evidencia limitada que muestra mejoría hemodinámica pero no de supervivencia.

La conversación incluirá de forma sencilla:

- Por qué se plantea su uso (shock muy grave pese a máximo tratamiento estándar).
- Qué se espera (subir la tensión, intentar reducir otras aminos).
- Riesgos relevantes (isquemia, alteraciones electrolíticas, ausencia de garantía de éxito).

Se documentará en la historia clínica que esta información específica ha sido proporcionada,

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE ARGIPRESINA (ARGININA-VASOPRESINA) EN PEDIATRÍA	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 13/04/2026	Código: IT – O13.1.6 – CFT 05	Página 12 de 12

12 Bibliografía

- Masarwa, R., Bar-Oz, B., Vaturi, M., Perlman, A., Reif, S., &Matok, I. (2017). Role of vasopressin and terlipressin in refractory shock in children: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 176(10), 1267-1275.
- Choong, K., Bohn, D., Fraser, D. D., Gaboury, I., Hutchison, J. S., Joffe, A. R., ... & Canadian Critical Care Trials Group. (2009). Vasopressin in pediatric vasodilatory shock: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(7), 632-639.
- Ramaswamy, K. N., &Sagy, M. (2016). Vasopressin in pediatric critical care. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 5(4), 213-222.
- Weiss, S. L., Peters, M. J., Alhazzani, W., Agus, M. S. D., Flori, H. R., Inwald, D. P., ... &Kissoon, N. (2020). Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. *Intensive Care Medicine*, 46(Suppl 1), 10-67.
- Giustozzi, M., Mauro, A., &Volpe, D. A. (2025). Insights into the pathophysiology of catecholamine-refractory shock: A narrative review. *Cureus*, 17(6), eXXXXXX.
- Meyer, S., Gortner, L., Brown, K., &Hammer, J. (2007). Vasopressin in catecholamine-refractory shock in children. *Anaesthesia*, 62(9), 949-952.
- Vasopressin (arginine vasopressin). (2021). In *Pediatric Care Online Drug Lookup*. American Academy of Pediatrics.
- Argipressin 20 IU/ml solution for injection: Summary of Product Characteristics. (2024). *Electronic Medicines Compendium*.
- Vasopressin 10 units in 50 ml IV infusion for paediatric patients: Drug guide. (2021). *Birmingham Women's and Children's NHS Foundation Trust*.