

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE TEST DE SUPRESIÓN CON INFUSIÓN DE SUERO SALINO PARA ALDOSTERONA, ACTIVIDAD DE RENINA PLASMÁTICA (ARP) Y CORTISOL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este test es una prueba para el estudio de la actividad de la renina plasmática (ARP), enzima que segregan las células renales y que controla la secreción de: aldosterona, hormona que interviene en la tensión arterial y en la producción de potasio; Cortisol, hormona que ayuda a regular el metabolismo y mantener la presión arterial, entre otros.

La técnica consiste en administrar en vena suero salino durante 4 horas, para estimular la producción de estas hormonas. A veces, puede necesitar el uso de fármacos para provocar una estimulación o una frenación de la secreción de estas. Durante el proceso, se le hará una o dos extracciones de sangre para medir los niveles alcanzados de las hormonas a estudiar. Este procedimiento se hace de forma ambulatoria en el hospital.

La finalidad de la técnica es confirmar el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (las glándulas suprarrenales segregan demasiada aldosterona en sangre), entre otros.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematoma en el lugar de punción.
- Hemólisis (destrucción de globulos rojos y hematies).
- Estasis sanguínea (estancamiento) prolongada.
- Aumento severo de la tensión arterial
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia cardíaca congestiva no controlada.
- Antecedentes de infarto agudo de miocardio.
- Hipertensión arterial severa.
- Antecedentes accidente cerebrovascular agudo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Sobrecarga oral de sodio.
- Supresión con Captopril (antihipertensivo).
- Supresión con Fludrocortisona (corticoide esteroideo).

AUTORIZACIÓN PARA “TEST DE SUPRESIÓN CON INFUSIÓN DE SUERO SALINO PARA ALDOSTERONA, ACTIVIDAD DE RENINA PLASMÁTICA (ARP) Y CORTISOL”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Firma del representante legal: