

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TEST DE ESTÍMULO DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH) MEDIANTE HIPOGLUCEMIA INSULÍNICA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La hormona de crecimiento (GH) es una sustancia química que controla el crecimiento del cuerpo y ayuda a controlar el metabolismo, proceso por el cual el cuerpo utiliza los alimentos y la energía. se segrega en la glándula pituitaria, situada en la base del cerebro.

En los niños estimula el crecimiento de los huesos, el desarrollo de la masa muscular y la estatura. Una deficiencia de GH puede hacer que un niño crezca más lentamente y que tenga una estatura más baja que la de otros niños de la misma edad.

En los adultos, la GH influye en la salud de los huesos y músculos. Una deficiencia de GH puede causar una densidad ósea baja y una reducción de la masa muscular.

La prueba de estimulación de la GH mediante hipoglucemia insulínica, consiste en la administración de Insulina para provocar una hipoglucemia (bajada de los niveles de glucosa en sangre), con el fin de estimular la producción y liberación de la GH por el organismo.

Este test requiere estar de 10 a 12 horas en ayunas. Inicialmente se coloca una vía intravenosa (para evitar varios pinchazos en vena) por la que se le extraerá una primera muestra de sangre para medir el nivel basal de GH y de glucosa. A continuación se administra insulina intravenosa y se realizarán seis extracciones más de sangre a los 15, 30, 45, 60, 90 y 120 minutos para comprobar el descenso de la glucosa y ver si el organismo responde con un aumento adecuado de los niveles de GH.

La finalidad de esta técnica es diagnosticar la existencia o no de un déficit en la hormona del crecimiento y si está o no indicado un tratamiento sustitutivo.

### **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:

- Síntomas de hipoglucemia: mareo, palidez, sudoración, palpitaciones, sensación de hambre y somnolencia. Son transitorios y cesan con la toma de glucosa oral o intravenosa.
- Bajada de la tensión arterial.
- De forma muy excepcional puede producir agitación, convulsiones y pérdida de conciencia.
- 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

..... puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones

### CONTRAINDICACIONES

- Episodios previos de hipoglucemia.
- Epilepsia.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Test de clonidina.
- Test de glucagón.
- Test de propanolol más ejercicio.
- Test ejercicio físico.

### AUTORIZACIÓN PARA "TEST DE ESTÍMULO DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH)" MEDIANTE HIPOGLUCEMIA INSULÍNICA

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

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:

**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: