

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA DE HIPOGLUCEMIA PRUEBA DE AYUNO

### ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

#### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La medición de los niveles de azúcar en sangre capilar ("en el dedo") solo es orientativa, y no sirve para hacer un diagnóstico claro y con certeza de las bajadas de azúcar (hipoglucemia). Para ello, es necesario demostrar que tiene valores de azúcar por debajo de lo normal en sangre venosa, especialmente cuando nota los síntomas achacados a una hipoglucemia. Con este test buscamos facilitar que bajen sus niveles de azúcar en sangre mediante un ayuno prolongado, que puede durar hasta 72 horas (3 días). Finalmente, valoraremos la respuesta de sus cifras de azúcar a la administración de Glucagón, que es una sustancia que eleva los valores de glucosa en sangre.

La prueba de Test de ayuno tiene *dos fases*, la *primera* consiste en dejarle sin tomar alimentos (calorías) durante 72 horas, y medir la cantidad de glucosa en la sangre regularmente (cada 6 horas). Cuando note los síntomas de una bajada de azúcar mediremos los valores de glucosa en sangre venosa para confirmarlo; si no son inferiores a 45-55 mg/dl no suspenderemos la prueba hasta pasadas las 72 horas. Junto a las determinaciones de sangre venosa cada 6 horas, le realizamos mediciones del azúcar en sangre capilar, con una frecuencia que puede ser superior a 4 veces al día, incluso cada 5 ó 10 minutos si nota síntomas de una bajada de azúcar. *Posteriormente*, y una vez confirmada la bajada de azúcar con la muestra de sangre venosa, se le administrará de forma intravenosa una pequeña cantidad de Glucagón, y veremos la respuesta de su organismo.

Durante la duración de la prueba, sí podrá tomar líquidos aunque sin calorías, es decir, agua o infusiones (no café ni té) con edulcorantes. Podrá realizar actividad física de intensidad leve (caminar) durante la duración de la prueba. No se permite fumar. Normalmente se ingresa en el hospital la tarde previa al inicio de la prueba, podrá cenar como normalmente haría en su domicilio, y a partir de la mañana siguiente comienza el ayuno de 72 horas. Es posible que la situación de ayuno, modifique su carácter habitual haciéndole más conflictivo o agresivo.

Una vez finalizada la prueba, no precisará ningún cuidado especial.

El facultativo que le atiende le permitirá realizar observaciones, y aclarar las dudas que se le planteen informándole en un lenguaje claro y sencillo.

#### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Sirve para confirmar y/o valorar el origen de las bajadas de azúcar en sangre (hipoglucemias).

#### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La medición de las cifras basales de glucosa (en ayunas a las 8:00 de la mañana) ofrece una información insuficiente para el estudio de las bajadas de azúcar (hipoglucemias).

#### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El Test de ayuno pretende confirmar y valorar el origen de sus bajadas de azúcar (hipoglucemias). Los resultados de esta prueba pueden no ser definitivos y, en ocasiones, podemos recomendarle repetir la misma prueba en otra ocasión.

**C. INFORMADO DE LA PRUEBA DE HIPOGLUCEMIA PRUEBA DE AYUNO**

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la prueba puede hacer que no se diagnostique adecuadamente su proceso.

### RIESGOS FRECUENTES

Con la prueba de ayuno buscamos que tenga una hipoglucemia en el hospital, por lo tanto los riesgos más importantes de la prueba son los propios de una hipoglucemia. Al tener los niveles de azúcar en sangre por debajo de lo normal, puede notar: temblor, palpitaciones, ansiedad, hambre, sudoración, hormigueos, alteraciones del comportamiento, dificultad para pensar, confusión, sensación de acaloramiento, debilidad, cansancio, dolor de cabeza, mareos, visión borrosa o doble, dificultad para hablar, convulsiones, estado de coma, incluso puede producir la muerte de manera excepcional.

Además puede producirse eventos relacionados con la propia extracción sanguínea como dolor o hematoma en la zona de punción venosa.

Por último, puede darse efectos secundarios o adversos a la administración del Glucagón que pueden ser muy raras (frecuencia igual a un caso por cada 10.000 personas): reacción de hipersensibilidad, reacción anafiláctica, shock, bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipertensión; raras (frecuencia entre un caso por 1.000 y 10.000 personas): dolor abdominal, vómitos; o frecuentes (frecuencia entre un caso por 100 y 10 personas): náuseas.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Las personas con edad avanzada, enfermedades de corazón o neurológicas tienen más riesgo de desarrollar complicaciones durante una hipoglucemia, si es su caso, coméntelo con el médico que le ha solicitado esta prueba. Si ha padecido algún efecto adverso, alergia o hipersensibilidad previa a Glucagón hágalo saber a su Endocrinólogo.

### CONTRAINDICACIONES

Alergia o hipersensibilidad a Glucagón. Enfermedad cardíaca o neurológica no controlada.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>