



## Identificació i descripció del procediment:

Consistix a provocar un estat d'hipoglucèmia utilitzant insulina de manera que se estimule l'alliberament tant de GH com d'ACTH. La prova es farà a les 9 h, en dejú i després del repòs nocturn. Es col·loca un catèter, seguint la tècnica habitual. El pacient estarà gítat en decúbit supí. Cal mesurar tant la glucosa com la GH-cortisol. El temps d'extraccions es fixa en: per al GH-Cortisol -30', basal, 30', 45', 60' i 90', i és el mateix per a la glucosa però sense el -30'. La dosi d'insulina ràpida a injectar serà la indicada pel metge responsable (habitual entre 0,05 i 0,15 U/kg de pes). Si se sospita gran dèficit de GH i/o cortisol la dosi serà de 0,05 U/kg. Si se sospita resistència insulínica se n'administraran 0,15 U/kg. En basal, després d'extracció venosa injectarem la insulina en < 15". Cal controlar el pacient cada 3'. Al cap de 30' ha d'estar en hipoglucèmia ( $\leq 40$  mg/dl) en sang capil·lar, si no s'hi arriba cal tornar a injectar insulina i considerar el temps basal una altra vegada.

## Objectiu:

La hipoglucèmia insulínica induïx l'alliberament de l'hormona corticotropa (ACTH) i l'hormona del creixement (GH), la qual cosa en permet el mesurament i funcionalisme.

## Beneficis:

El cortisol plàsmic, en individus normals, ha d'incrementar-se almenys 6 micrograms/dl. La GH haurà d'augmentar almenys 5 ng/ml, i aconseguir en general valors superiors a 10 ng/ml. Respostes normals >10 ng/ml en xiquets i >5 ng/ml en adults. D'esta manera es pot obtindre un mètode que ens permetrà discernir sobre una possible deficiència de GH o cortisol en un adult o xiquet, sobretot en este últim. No convé oblidar que hi ha un 10-20 % de falsos negatius.

## Alternatives raonables al procediment:

No n'hi ha.

## Conseqüències previsibles si es fa:

No produïxen cap conseqüència negativa previsible. Si no es fera, es perdria informació diagnòstica de la possible deficiència, que podria ser important per al seguiment i tractament més oportú de la seua malaltia.

## Conseqüències previsibles si no es fa:

Si no es fa, es perdria informació diagnòstica de la possible deficiència, que podria ser important per al seguiment i tractament més oportú de la malaltia.

## Riscos freqüents:

Sudoració freda generalitzada, palpitations, tremolors, sensació d'instabilitat, somnolència. La part de la punció venosa pot resultar dolorosa o almenys molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punció.

## Riscos poc freqüents:

Controlar el pacient cada 3', si apareixen sudoració abundant, formiguejos, agitació o pèrdua de consciència, s'avisarà el metge responsable. No s'ha d'usar en epilèpsia, accident vascular cerebral, cardiopatia isquèmica, edat >60 a, etc. Reacció al·lèrgica a la insulina.

## Riscos per la situació personal del pacient:

Esta prova ha d'interrompre's als 60' si hi ha la certesa que és un hipopituïtarisme i en qualsevol moment que apareguera hipoglucèmia greu, i s'administrarà sèrum glucosat hipertònic. És necessari que el pacient advertisca de les seues possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, renals, existència de pròtesis, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància que poguera complicar la prova o agreujar-la. Per la situació vital actual del pacient (diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia, edat avançada...) pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions, i per això el risc general és major.

# Prova d'hipoglucèmia amb insulina

## 9. Declaració de consentiment

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

DNI ..... SIP .....

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

En qualitat de (representant legal, familiar o acostatat del/de la pacient) .....

....., amb DNI .....

Declare:

Que el/la doctor/a ..... m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua situació, la realització de .....

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: ..... DNI .....

Firmat: Dr/a ..... DNI .....

Col·legiat .....

## 10. Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data ..... d ..... de 2 ....., i no vull prosseguir el tractament, que considere finalitzat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat .....

