



1. Identificació i descripció del procediment

Consistix bàsicament a realitzar diverses extraccions de xicotetes quantitats de sang abans i després d'administrar una determinada substància (generalment una hormona) per via endovenosa o oral. Per a això es punxa una vena perifèrica amb una agulla, que es retira mantenint un xicotet catèter, a través del qual s'aniran realitzant les extraccions de sang en quantitat i freqüència variable, segons el tipus de test específic a realitzar. Una vegada finalitzada la prova o test, no es requerix cap atenció especial.

2. Objectius del procediment i beneficis esperats

Servix per a valorar la resposta d'una sèrie d'hormones després de l'aplicació d'una altra hormona o substància que variarà segons les hormones que interesse estudiar, i d'esta manera completar o realitzar el diagnòstic de determinades malalties endocrines.

3. Alternatives raonables al procediment

L'alternativa a les proves funcionals són els mesuraments basals (una sola extracció), la qual cosa dóna una informació insuficient o incompleta sobre la resposta de la glàndula endocrina que es pretén estudiar.

4. Conseqüències de la realització

Les proves funcionals pretenen el diagnòstic d'una alteració endocrinològica.

5. Conseqüències de la no-realització

la no-realització de la prova funcional pot fer que el diagnòstic no es puga realitzar correctament.

6. Riscos del procediment

Els riscos i complicacions possibles depenen de quina siga la prova funcional a realitzar. Es detallen a continuació els riscos, tant els generals com els específics de cada prova. El seu metge o la seua metgessa li indicarà quina és la prova que se li realitzarà.

Generals:

- Dolor lleu en la zona de punció.
- Hematoma en la zona de punció.

Específics, segons la prova a realitzar (tots són freqüents, transitoris i lleus, excepte quan s'indica):

- Test d'exercici-propanolol: bradicàrdia*, hipotensió*.
- Test de clonidina: bradicàrdia*, hipotensió*, son, nàusees.
- Test d'hipoglucèmia insulínica, megatest hipofisari i test de dejuni: fam, suor, mareig, tremolor, taquicàrdia*, son. Molt rarament pot aparéixer desorientació, agitació, convulsions, coma.
- Test de GRF: rubor facial.
- Test de TRH: nàusees, rubor facial, urgència miccional*, cefalea, hipertensió, taquicàrdia, opressió toràcica.
- Test de pentagastrina: nàusees, rubor facial, taquicàrdia*, dolor toràcic, sabor metàl·lic.
- Test de glucagori: nàusees, vòmits.
- Test de captopril: hipotensió*.
- Test de furosemida: hipotensió*.
- Test de sobrecàrrega oral de glucosa: nàusees, vòmits.
- Test de frenació forta llarga amb dexametasona: molt rarament pot aparéixer quadre de psicosi.
- Test de la deshidratació: pèrdua de pes, hipotensió*.
- Test d'arginina-vasopresina: set, hipertensió*.

*Taquicàrdia: augment de la freqüència cardíaca (palpitacions).

*Bradicàrdia: disminució de la freqüència cardíaca.

*Hipertensió: elevació de la tensió arterial.

*Hipotensió: disminució de la tensió arterial.

*Urgència miccional: necessitat urgent d'orinar.

7. Riscos en funció de la situació clínica personal del pacient

És necessari que el pacient comuniqui les seues possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, si porta pròtesis o marcapassos, si s'està medicant, o qualsevol altra circumstància.

Per la situació vital actual del pacient (diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada, insuficiència respiratòria, etc.), pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions.

8. Nota addicional

El facultatiu que l'atén li permetrà realitzar totes les observacions i li aclarirà tots els dubtes que li plantege en un llenguatge clar i senzill.

Declaració de consentiment

Nom i cognoms
Edat
Domicili
DNI SIP

Nom i cognoms
Edat
Domicili
En qualitat de (representant legal, familiar o acostat 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

.....
i que he comprés adequadament la informació que m'ha donat.

En a d de 2

Firmat: DNI

Firmat: Dr/a DNI

Col·legiat

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

