

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH) EN ADULTOS

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

La GH (hormona del crecimiento), es una proteína producida en la glándula pituitaria ubicada en la base del cerebro. Es una sustancia que interviene en el crecimiento del cuerpo y en los procesos metabólicos. Una deficiencia pronunciada de dicha hormona en el adulto puede provocar obesidad, disminución de la fuerza muscular, baja capacidad para hacer ejercicio, alteraciones de los niveles del colesterol, glucosa, etc.

El tratamiento consiste en la administración de GH por vía subcutánea. La dosis y duración será personalizada en función de sus características. Su médico le informará con detalle de la pauta que debe seguir en su caso.

La finalidad del tratamiento es reducir o paliar el déficit de la Hormona del Crecimiento (GH), en el organismo y contribuir a la normalización de la composición corporal, reducción de la masa grasa y aumento de la masa magra corporal. También producir mejorías del colesterol, triglicéridos, glucosa, rendimiento cardíaco y de la calidad de vida.

### 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:

- Retención de líquidos.
- Edemas (hinchazón) locales o generalizadas.
- Reacción cutánea.
- Debilidad.
- Parestesias (falta de sensibilidad).
- Hipertensión.
- Dolor en las articulaciones.
- Alteración en el metabolismo de la glucosa.
- Hipertensión intracraneal benigna (dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos e inflamación del nervio óptico) en forma excepcional.
- Si la deficiencia de GH es causada por un tumor, su administración puede provocar una recaída del mismo.
- Discreto incremento en tamaño prostático.
- Una sobredosis de GH podría producir inicialmente hipoglucemia (bajada de "áucar" en sangre) y después hiperglucemia (subida de "áucar" en sangre) y a largo plazo daría como resultado la aparición de rasgos acromegaloides (cambios físicos de gigantismo).

La mayoría de estos problemas suelen desaparecer o mejorar con ajuste de dosis y/o con la suspensión del tratamiento.

**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**

- Embarazo.
- Lactancia.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

**AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH) EN ADULTOS”**

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.

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: