

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

### 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 infantil, en los procesos metabólicos. Una deficiencia pronunciada de dicha hormona en la infancia, puede llevar a una baja estatura, retraso en la pubertad y en su desarrollo normal.

El tratamiento con GH consiste en una inyección diaria, subcutánea (debajo de la piel), de una determinada cantidad de hormona, calculada en razón del peso del paciente y el tipo de patología. Su médico le informará con detalle de la pauta que debe seguir en su caso.

La finalidad del tratamiento es por una parte, reducir o paliar el déficit de la hormona del Crecimiento (GH) en el organismo y mejorar la estatura final del niño con talla baja, aunque la respuesta es muy variable, según la patología que motivó la indicación del tratamiento, la edad de comienzo y la maduración ósea al inicio del mismo, etc. Y por otra parte, evitar las consecuencias psicológicas negativas derivadas de una estatura baja.

### 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 del tratamiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Reacción cutánea en la zona de la punción.
- Estado de hipotiroidismo subclínico transitorio.
- Niveles altos de glucosa en sangre y en orina.
- Hipertensión intracraneal benigna (dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos y edema de papila).
- En pacientes con alteración del gen SHOX, ocasionalmente puede producir deformidades corporales.
- Desplazamiento epifisario de la cabeza del fémur (aparición de cojera).
- 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).
- Si la deficiencia de GH es causada por un tumor, su administración puede provocar una recaída del mismo.
- Excepcionalmente en pacientes con síndrome de Prader-Willi puede producir apnea del sueño o muerte súbita, así como acentuación de la alteración de la alineación de la columna vertebral.
- En pacientes con síndrome de Noonan, de forma muy excepcional podría tener un mayor riesgo de contraer leucemia mielomonocítica juvenil.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

**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**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

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

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, 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.ª \_\_\_\_\_, 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: