

\*Nº \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO  
CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS**

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ \*\*

**HOJA DE FILIACION**

**1. DATOS DEL PACIENTE\*\*\* :** NUMERO DE LA S.S.: \_\_\_\_\_

NUMERO D.N.I.: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cod.Postal \_\_\_\_\_

**2. HOSPITAL :** \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Email:	

FIRMA DEL MEDICO

QUE HACE LA PROPUESTA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**3. CONCLUSIONES:** (Este apartado deberá cumplimentarlo la Administración )

1= Petición Aceptada <input type="checkbox"/> 2 = Petición denegada	Fecha: _____
Dosificación recomendada mg/día:	
Motivos denegación:	
Observaciones:	

**Comisión Técnica Asesora Regional**

\*El Nº será asignado en la Secretaría de Comisión Técnica Asesora Regional de la Hormona del Crecimiento y sustancias relacionadas en Castilla-La Mancha.

\*\*Indicar nombre comercial de la especialidad farmacéutica.

\*\*\*Fichero regulado por el Decreto 104/2008, de protección de datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

PROCOLO N° \_\_\_\_\_

**PROCOLO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN ADULTOS.**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo Masculino:  Sexo Femenino:

**2. HISTORIA DE LA DEFICIENCIA DE HC**

2.1. Fecha del diagnóstico (año) \_\_\_\_\_ Edad al diagnóstico \_\_\_\_\_

**2.2. Etiología de la deficiencia**

2.2.1 Tumor hipotálamo-hipofisario o su tratamiento

<input type="checkbox"/>	Craneofaringioma	<input type="checkbox"/>	Adenoma funcional	<input type="checkbox"/>	Tumor indiferenciado
<input type="checkbox"/>	Germinoma(pinealoma)	<input type="checkbox"/>	Adenoma no funcional	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar) _____

2.2.1. Tumores distantes del área hipotálamo-hipofisaria o su tratamiento

<input type="checkbox"/>	Astrocitoma	<input type="checkbox"/>	Ependimoma	<input type="checkbox"/>	Tumor indeferenciado
<input type="checkbox"/>	Glioma	<input type="checkbox"/>	Meduloblastoma	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar) _____

2.2.2. Otras etiologías

<input type="checkbox"/>	Cirugía (otra que no sea la hipofisaria)	<input type="checkbox"/>	Silla turca vacía
<input type="checkbox"/>	Irradiación (otra que no sea la del tratamiento tumoral)	<input type="checkbox"/>	Quiste aracnoideo
<input type="checkbox"/>	Traumatismo	<input type="checkbox"/>	Idiopática
<input type="checkbox"/>	Displasia septo-óptica	<input type="checkbox"/>	Déficit aislado HC en la infancia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Sheehan	<input type="checkbox"/>	Otras (especificar) _____

**2.3. Otras deficiencias hormonales**

	Sí	No	Fecha del diagnóstico (año)	Edad al diagnóstico (años)
Déficit FSH/LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Déficit TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Déficit ACTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Déficit ADH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**2.4. Tratamiento del tumor craneal** (indicar los tres últimos tratamientos)

Fecha (MM/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Cirugía			
	Transcraneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transesfenoidal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Radioterapia		Dosis _____	



PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_

**2.5. Otras patologías de interés**

	Sí	No
Hipertensión.....		
Coronariopatía.....		
Enfermedad cerebrovascular.....		
Neoplasias.....		
Síndrome de túnel carpiano.....		
Dislipemias.....		
Otras endocrinopatías.....		
Otras (especificarlas).....		

	Sí	No
Artropatía.....		
Fracturas óseas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificaciones	_____	
	_____	
	_____	

**2.6 Menopausia fisiológica.....**

**2.7. Antecedentes farmacológicos**

2.7.1. Tratamiento sustitutivo hormonal en el momento del diagnóstico del déficit de HC

	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
Testosterona				
Estrógenos/progesterona				
Tiroxina				
Glucocorticoides	<input type="checkbox"/>			
DDAVP	<input type="checkbox"/>			
Gonadotrofinas	<input type="checkbox"/>			

2.7.2. Otros tratamientos (especificarlos)

Nombre genérico o comercial	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
-----------------------------	-------------	--------	-------	--------------

**3. EXPLORACION FISICA**

Peso.....	_____ Kg	Fecha	
Talla.....	_____ cm	Indice de masa corporal	
Perímetro cintura.....	_____ cm	Tensión arterial sistólica	mmHg
Frecuencia cardiaca...	_____ / min.	Tensión arterial diastólica	mmHg

**4. DETERMINACIONES ANALITICAS BAJO TRATAMIENTO HORMONAL SUTITUTIVO**

**4.1. Hormonales**

	Valor	unidades	Método	Fecha determinación
T4 libre.....	_____			
Cortisol sérico basal.....	_____			
Testosterona total/libre(ng/ml).....	_____			

PROTOCOLO N° \_\_\_\_\_

IGF-1 (ng/ml)..... \_\_\_\_\_  
 Estradiol (en mujeres)..... \_\_\_\_\_  
 \*Interv.Normalidad. IGF1..... \_\_\_\_\_

Pruebas de estimulación de **Hormona de Crecimiento**..... \_\_\_\_\_

Hipoglucemia insulínica

	Basal	Nadir/Pico
Glucemia.....	_____	_____
HC (ng/ml.).....	_____	_____

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

HC (ng/ml.)... \_\_\_\_\_

**4.2. Bioquímica general**

Fecha determinación..... \_\_\_\_\_

	Resultados (unidades)	Sí	No
TFGe.....	_____		
AST (GOT).....	_____		
ALT (GPT).....	_____		
Glucemia.....	_____		
Colesterol total.....	_____		
Colesterol HDL.....	_____		
Colesterol LDL.....	_____		
Triglicéridos.....	_____		

\* Intervalo de Normalidad de IGF1 (si esta disponible)

**5. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

**5.1. RMN** (En caso de tumor hipofisario tratado, se precisará una RMN previa a la solicitud, después de un periodo mínimo de un año desde la finalización del tratamiento del tumor)

**5.2. Fondo de ojo** Fecha..... \_\_\_\_\_

**5.3. ECG** Fecha..... \_\_\_\_\_

Normal.....

Anormal..... Especificar \_\_\_\_\_

PROTOCOLO N° \_\_\_\_\_

**5.4. Composición corporal**

Fecha..... \_\_\_\_\_

	Valor	Unidades
Masa grasa.....	_____	_____
Masa magra.....	_____	_____
Agua total corporal.....	_____	_____

Método \_\_\_\_\_

**6. TRATAMIENTO PREVIO CON HC**

Inicio..... \_\_\_\_\_ Edad..... \_\_\_\_\_

Terminación..... \_\_\_\_\_ Edad..... \_\_\_\_\_

En tratamiento Sí  No  En caso afirmativo, especificar mg/día: \_\_\_\_\_

**7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA** Fecha..... \_\_\_\_\_

Obligatorio "Cuestionario QoL-AGHDA" y como opcional "Perfil de salud de Nottigham". Especificar sólo el valor de puntuación.

	Tipo	Puntuación	Interpretación
QoL- AGHDA	_____	_____	_____
Perfil Salud Nottingham	_____	_____	_____

**8. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA**

**9. INDICACIÓN TERAPEUTICA**

**10. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**

**11. CONTRAINDICACIONES**

No se aceptará el tratamiento con HC para pacientes adultos deficitarios en aquellos casos en los que dicho tratamiento esté contraindicado:

- Pacientes con lesión hipotálamo-hipofisaria con indicación quirúrgica, pendiente de intervención.
- Pacientes con lesión hipotálamo-hipofisaria intervenida y/o radiada en los que hay sospecha de actividad de la lesión, y no está controlada con tratamiento médico.
- Enfermedad cardiocirculatoria, descompensada o en fase aguda.
- Hepatopatía severa.

PROCOLO N° \_\_\_\_\_

- Insuficiencia renal grave (tasa de filtración glomerular estimada  $<30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de superficie corporal).
- Enfermedad maligna activa.
- Hipertensión arterial severa no controlada.
- Retinopatía (diabética o de otro tipo) preproliferativa o proliferativa, activa y no tratada.
- Hipertensión intracraneal.
- Pacientes críticamente enfermos.
- Durante el embarazo o la lactancia. Hipersensibilidad a la HC o a alguno de los excipientes del preparado.