



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**HAZTEKO HORMONA BIDEZKO TRATAMENDUA (gh)**  
**TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO (gh)**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

Osasun Ministerioaren eta Osakidetzaren arabera, honako kasuetan da egokia hazteko hormonaren bidezko tratamendua erabiltzea (GH edo Growth Hormone / Hormona Gonadotropikoa):

1. Umeek zein helduek hazteko hormona nahikorik ez jariatzea.
2. GHa inaktiboa izatea biologikoki.
3. Turner-en sindromea.
4. Prader Willi-ren sindromea.
5. Haurdunaldi-adina kontuan hartuta, txikitzat hartzeko modukoa izatea.
6. SHOX genearen defizita/mutazioa.
7. Giltzurrun-gutxiegitasun kronikoarekin batera, zenbait irizpide betetzea

Sintekikoki lortzen da hazteko hormona ; horregatik, ez dago infekzio-gaixotasunak transmititzeko arriskurik, erauzitako GHarekin ez bezala. Gaur egun, bide parentala da hormona hartzeko modu bakarra (larruzalpetik); tratamendua etxean egiten da, pazienteak berak hartuta edota familiak emanda, baina aurretik ospitalean EUD hezitzaile batek erakutsiko dio/die nola egin.

GH bidezko tratamenduaren eraginkortasuna egiaztatzen duten hainbat datu-base daude aspalditik eta haren alboondorioak ere erregistratuta daude.

Tratamenduaren eraginkortasunari dagokionez, erantzun kliniko ona agertzen da datu gehienetan. Hala ere, urtero baloratzen da erantzuna; beraz, fakultatiboek emaitza ez dela behar bezalakoa izan uste badute, tratamendua eten dezakete.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

Las indicaciones aceptadas por el Ministerio de la Sanidad y por Osakidetza para el tratamiento con hormona de crecimiento (GH o Growth Hormone / Hormona Gonadotrópica ) son:

1. Insuficiencia de secreción de GH en niños y adultos.
2. GH biológicamente inactiva.
3. Síndrome de Turner.
4. Síndrome de Prader Willi.
5. Subgrupo claramente definido de pequeños para la edad gestacional.
6. Déficit/Mutación del gen SHOX.
7. Insuficiencia Renal Crónica que cumplan una serie de criterios.

La Hormona de Crecimiento se obtiene de forma sintética por lo que no hay riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas como lo había con el uso de GH extractiva. La única forma de administración actualmente es parenteral (subcutánea) y dicho tratamiento será administrado por el paciente y/o familia en su domicilio tras el entrenamiento en el hospital por una DUE educadora del mismo.

Desde hace 20 años existen diferentes bases de datos en las que se registran la eficacia del tratamiento con GH (efectividad...) y los posibles efectos secundarios relacionados con el uso de la misma.

En cuanto a la **efectividad** del tratamiento, en la mayoría de las indicaciones existe una buena respuesta clínica. De cualquier forma, la respuesta se valora anualmente por lo que en el supuesto de que los facultativos consideren que el resultado no es el esperado podrá suspenderse dicho tratamiento.



## C. OHIKO ARRISKUAK::

**GH bidezko tratamenduak baditu alboondorioak, oso nekez agertu arren: Beraz, kontrol zorrotza egingo zaio pazienteari eta urtero egingo zaizkio analisiak eta kontrol-erradiografiak. Hauek dira GH bidezko tratamenduan ager daitezkeen alboondorioak:**

- **Garezur-barneko hipertentsio idiopatikoa onbera. Buruko min handia eta, batzuetan, goragalea izaten dira sintomak. Ager badaiteke ere, ez da ohikoa izaten. Batzuetan, arazoa konpontzeko, nahikoa da dosia gutxitzea, eta beste batzuetan tratamendua eten behar da.**
- **Hipergluzemia edo Diabetes Mellitusa: agertu eta GH erabiltzearen ondorioz balitz, terapia geldiaraziko litzateke.**

**Edozein konplikazio sortuta ere, ospitaleko bitarteko mediko guztiak egongo dira prest konpontzen saiatzeko. Umeen Endokrinologiako ataleko medikuek egingo dute terapiaren jarraipena.**

## D . KONTRAINDIKAZIOAK:

1. **Tumore-prozesu aktiboa izatea.-**
2. **Tumorearen kontrako tratamendua eta sendabidea amaitu zenetik, urtebetetik**
3. **Gaixotasun akutua fase kritikoa egotea.**
4. **Hezur-adin heldukoa izatea.**
5. **Egiteko behar diren irizpideak ez betetzea.**

## E. ARRETA-AUKERAK:

**Kasu honetan tratamendurik eraginkorra eta egokiena dela jakinarazi didate. Edozein unetan utz dezakegu terapia bertan behera.**

## F. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

**Pazienteak aurretik daukan osasun-egoeraren arabera dira arriskuak; hauexek dira nabarmenenak: <~~ ~>**

**Egingo dizuten proba baliagarria izan daiteke, bai ikerketarako bai osasun-langileen irakaskuntzarako; beraz, baimena eskatzen dizugu lortutako informazioa helburu horietarako erabili ahal izateko. Zure datu pertsonalak ez dira inolaz ere agertuko.**

## C. RIESGOS TÍPICOS:

Excepcionalmente existen efectos secundarios como consecuencia del tratamiento con GH. Por ello, el control del paciente será estrecho y de forma anual se hará una analítica y radiografía de control. Los posibles efectos secundarios descritos durante el tratamiento con GH son:

- **Hipertensión intracraneal idiopática benigna. Se manifiesta por intenso dolor de cabeza y ocasionalmente vómitos. Es poco frecuente pero está descrito. En ocasiones es suficiente disminuir la dosis y en otras hay que suspender el tratamiento solucionándose el problema.**
- **Hiperglucemia o diabetes Mellitus: Si apareciera y fuera secundaria al tratamiento con GH se suspendería la terapia.**

Si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas. El seguimiento de la terapia se realizará por los médicos de la Sección de Endocrinología Infantil.

## D. CONTRAINDICACIONES:

1. **Proceso tumoral activo.**
2. **Tiempo transcurrido desde la finalización de tratamiento y curación de la patología tumoral menor de 1 año.**
3. **Enfermedad aguda en fase crítica.**
4. **Edad ósea adulta.**
5. **Incumplimiento de criterios de inclusión.**

## E. OPCIONES ASISTENCIALES DISPONIBLES:

Se me ha informado que se considera el tratamiento más eficaz y adecuado para mi caso. En todo momento somos libres de solicitar suspender esta terapia.

## F. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son: <~~ ~>

La actividad que se le va a realizar puede ser de utilidad con fines de investigación y docentes para otro personal sanitario, por lo que le pedimos su consentimiento para que podamos utilizar esta información con estos fines. En ningún caso aparecerán sus datos personales.



<-->

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha