



## ASOCIACION ESPAÑOLA Primera en Salud

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO.

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

El propósito principal del tratamiento con la hormona del crecimiento consiste en sustituir el déficit de la misma ocasionado por diversas enfermedades o en situaciones especiales en las cuales no existe dicho déficit, pero está indicado para favorecer el crecimiento. Esta hormona posee en el organismo acciones múltiples, además de estimular el crecimiento longitudinal del esqueleto y el postnatal de los tejidos.

#### **EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO**

Ante la indicación de hormona del crecimiento se deberá solicitar una serie de estudios comprendidos en el "Procedimiento de Indicación de Hormona de Crecimiento Humano". Confirmada la enfermedad se inicia el tratamiento mediante una inyección diaria subcutánea de la hormona. Se controla periódicamente la respuesta al tratamiento con la consulta médica y exámenes de laboratorio con lo cual se determina la necesidad de continuar o no con el mismo.

#### **CONSECUENCIAS DE NO ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO**

No desarrollo de la estatura del niño a niveles normales.

#### **RIESGOS DEL TRATAMIENTO**

Con frecuencia se produce reacciones a nivel de piel en el sitio de inyección, como ser hinchazón, enrojecimiento, calor local y eventualmente dolor. Durante el tratamiento con la hormona del crecimiento puede desarrollarse un estado de hipotiroidismo sin evidencia notoria. En algunas oportunidades puede aparecer hipertensión endocraneal benigna (dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos y edema de papila). Igualmente existe riesgo de hiperglicemia y glucosuria. En estos casos pueden ser necesario realizar exámenes complementarios, medicación adicional y, si procede, suspensión del tratamiento o modificación de las dosis de este. Se han dado casos de desplazamiento de la cabeza del fémur, el cual es detectado por la aparición de dificultad en la marcha. Del mismo modo se pueden darse casos de apnea del sueño y muerte súbita en pacientes con síndrome de Prader – Willi, así como aparición o súbita acentuación de la alineación de la columna vertebral. En pacientes con bajos niveles de cortisol en sangre, si no son tratados adecuadamente previo a la administración de hormona del crecimiento, puede ocurrir la muerte.

En el caso de insuficiencia de hormona del crecimiento secundaria a un proceso tumoral o a su tratamiento, existe riesgo de reactivación y recaída del tumor, dependiendo de las características de éste. Estos pacientes deben ser estrechamente vigilados para detectar esta eventualidad. Se han comunicado casos de leucemia en niños con deficiencia de hormona del crecimiento, tratados con sustitución de la misma, pero la incidencia parece ser similar a la de los niños sin deficiencia de hormona del crecimiento.

Se ha comunicado leve aumento de la mortalidad en los adultos tratados en la infancia con la hormona del crecimiento asociada a tumores óseos y/o eventos cerebrovasculares.

#### **INFORMACION Y RIESGOS PERSONALIZADOS**

---

---

---

---

---

**QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

Ninguna por el momento

**SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.**

## CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicado el tratamiento con hormona del crecimiento, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte de médico tratante en todo lo relacionado con el tratamiento a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración del tratamiento y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir el tratamiento y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido tratamiento y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

MEDICO TRATANTE.

NOMBRE \_\_\_\_\_

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al tratamiento propuesto.

FIRMA \_\_\_\_\_

SOCIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

## NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

**Niños:** El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

**Imposibilitados:** El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

## DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del tratamiento con Hormona de Crecimiento planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

### NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del tratamiento con Hormona de Crecimiento, no consiento su realización.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

### REVOCACION DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, para realizar el tratamiento con Hormona de Crecimiento.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_