



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

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

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

- Craneofaringioma       Adenoma funcional       Tumor indiferenciado  
 Germinoma (pinealoma)       Adenoma no funcional       Otros (especificar) \_\_\_\_\_

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

- Astrocitoma       Ependimoma       Tumor indiferenciado  
 Glioma       Meduloblastoma       Otros (especificar) \_\_\_\_\_

2.2.3. Otras etiologías

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

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

Fecha (MM/AA)  /  /

Cirugía  
     Transcraneal                    
     Transesfenoidal                 

Radioterapia                   Dosis \_\_\_\_\_

**2.5. Otras patologías de interés**

	Sí	No		Sí	No
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artropatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronariopatía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas óseas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cerebrovascular .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de túnel carpiano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificaciones		
Neoplasias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Dislipemias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Otras endocrinopatías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Otras (especificarlas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Estrógenos/progesterona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tiroxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Glucocorticoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
DDAVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gonadotrofinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

2.7.2. Otros tratamientos (especificarlos)

Nombre genérico o comercial	Ha recibido	Recibe	Dosis	Fecha/inicio
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**3. EXPLORACIÓN FÍSICA**

Peso .....     Kg

Talla .....     cm

Perímetro cintura .....     cm

Perímetro cadera .....     cm

Frecuencia cardiaca .....    /min.

Fecha.....

Indice masa corporal .....

Indice cintura/cadera .....

Tensión arterial sistólica .....     mmHg

Tensión arterial diastólica .....     mmHg

**4. DETERMINACIONES ANALÍTICAS BAJO TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO**

4.1. Hormonales

	Valor	Unidades	Método	Fecha determinación
T4 libre.....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cortisol sérico basal.....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Testosterona total/libre .....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
IGF-1.....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
IGFBP-3.....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Estradiol (en mujeres).....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pruebas de estimulación de <b>Hormona de Crecimiento</b> .....	_____	_____	_____	_____
<u>Hipoglucemia insulínica</u>				
	Basal	Nadir/Pico		
Glucemia.....	_____	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HC (ng/ml.) .....	_____	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<u>Otros (especificar):</u>				
HC (ng/ml.) .....	_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4.2. Bioquímica general

Resultados (unidades)	Fecha determinación .....	
	Normal	No
Creatinina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AST (GOT).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT (GPT) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol total.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol HDL.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol LDL .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglicéridos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HbA1c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

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

Resultados: Fecha.....  ,  ,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.2. **Fondo de ojo** Fecha.....  ,  ,

Resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3. **ECG** Fecha.....  ,  ,

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

5.4. **Composición corporal** Fecha.....  ,  ,

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

Densitometría (opcional) ↗Cadera \_\_\_\_\_  
 Método \_\_\_\_\_ Resultados (T-score) →Columna lumbar \_\_\_\_\_

**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.....  ,  ,

	Tipo	Puntuación	Interpretación
Test (1)	_____	_____	_____
Test (2)	_____	_____	_____

**8. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. INDICACIÓN TERAPÉUTICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_