



PROCOLO HORMONA DE CRECIMIENTO

Descripción

Hormona de crecimiento o somatotropina es un polipéptido que estimula el crecimiento y reproducción celular tanto en niños como adultos.

Diag CIE 10

Capítulo IV
Subcapítulo
Código E23.0 y E89.3

Capítulo XIV
Subcapítulo
Código N 18

Capítulo XVII
Subcapítulo
Código Q 96

Capítulo XVII
Subcapítulo
Código Q 87.1

Formas clínicas (Todas con cobertura APE)

1. Deficiencia de Hormona del Crecimiento (DGH)

Puede ser congénito o adquirido

Clínica: Baja talla grave o falla en el crecimiento. Talla menor a 3 DS de percentilo.

Laboratorio: GH posestímulo menor a 10ug/L, o la quintuplicación de los niveles de GH se realizan tests con diferentes estímulos: Test de hipoglucemia, de arginina, de glucagon, clonidina y de estrés

Imágenes: Resonancia magnética búsqueda de anomalías estructurales o de desarrollo. Rx. muñeca de la mano izquierda mayores a 1 año de edad. Rx. de rodilla en menores de 1 año.



PROCOLO HORMONA DE CRECIMIENTO

2. Insuficiencia renal crónica

Tratamiento cuando la tasa de filtrado glomerular sea menor a 75 ml/min/1.73m².

Con talla menor al percentilo 3, edad ósea menor a 10 u 11 años (en niñas y niños respectivamente)

Cuando la baja talla persista por más de 6 meses o si se presentase desaceleración de la velocidad de crecimiento.

3. Síndrome de Turner

Realizar diagnóstico genético, iniciar tratamiento con GH cuando la paciente se encuentre debajo del percentilo 5 de la curva de crecimiento de las niñas normales

4. Síndrome de Prader-Willi

Realizar diagnóstico genético

Tratamiento

1. Deficiencia de Hormona del Crecimiento (DGH)

GH: Dosis 0.17–0.3 mg/kg/semana (ó 0.35–0.85 UI/kg/semana), divididas en 6 o 7 dosis subcutáneas semanales (de 25 a 50 ug/Kg/d) *bedtime*.

2. Insuficiencia renal crónica

GH: Dosis 0.35mg/kg/semana ó 50 ug/Kg/día.

3. Síndrome de Turner

GH: Dosis 0.375mg/kg/semana ó 50 µg/Kg/día, inyectadas diariamente en forma subcutánea.

4. Síndrome de Prader-Willi

GH: Dosis 0.24mg/kg/semana ó 35-50 µg/Kg/día,



PROCOLO HORMONA DE CRECIMIENTO

Seguimiento:

1. Deficiencia de Hormona del Crecimiento (DGH)

Control clínico y auxológico cada 3 o 4 meses.

Evaluación de la maduración ósea y de la función tiroidea anualmente.

En caso de disponer de la técnica: mediciones de IGF-1 E IGFBP-3.

La discontinuación del tratamiento debe ser considerada cuando se produce el cierre de las epífisis o la velocidad de crecimiento sea menor a 1cm en 6 meses (o 2cm/año).

Deben reevaluarse todos los pacientes a fin de determinar la necesidad de continuar el tratamiento en la vida adulta (No cubierto por APE).

2. Insuficiencia renal crónica

Monitorear la velocidad de crecimiento en el primer año de tratamiento, preferentemente cada 3 a 4 meses.

Determinar la edad ósea una vez al año y Rx de la rodilla o la cadera si aparece dolor óseo persistente.

Mantener hasta que se lleve a cabo el trasplante renal o la obtención de una talla dentro del percentilo 50 o el cierre de las epífisis.

3. Síndrome de Turner

Monitorear la velocidad de crecimiento en forma anual.

4. Síndrome de Prader-Willi

Monitorear la velocidad de crecimiento en forma anual.

Control eficaz del peso y monitorización de signos de infección respiratoria.

Causas de cambio de Tratamiento

Falta de respuesta e intolerancia

Requerimientos APE

Resumen de Historia Clínica.

Nivel sérico de Hormona de Crecimiento.

Estudio genético en el Síndrome de Turner y en el Síndrome de Prader Willi.

Tabla de crecimiento pondero estatural.

Edad ósea.



PROCOLO HORMONA DE CRECIMIENTO

SIN COBERTURA APE

- 1) Niños con baja estatura idiopática.
- 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
 - a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
 - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
 - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Requerimientos para Diagnóstico

No corresponde en forma general, se especifica en cada Forma Clínica en particular