

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO -AUT-
DEFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHD) Y OTRAS INDICACIONES PARA LA TERAPIA DE HORMONA
DE CRECIMIENTO – ADULTO Y TRANSICIÓN DE LA INFANCIA

Sustancia prohibida: hormona de crecimiento

Esta lista de verificación es para guiar al atleta y su médico sobre los requisitos para una solicitud de TUE que permitirá al Comité de TUE evaluar si se cumplen los criterios ISTUE relevantes.

Tenga en cuenta que el formulario de solicitud de AUT completado por sí solo no es suficiente; **DEBEN** proporcionarse documentos de respaldo. Una *solicitud y una lista de verificación completas NO garantizan la concesión de una AUT*. Por el contrario, en algunas situaciones una aplicación legítima puede no incluir todos los elementos de la lista de verificación.

El formulario de solicitud de TUE debe incluir:	
Nota Importante: Se debe utilizar el Formulario de solicitud de AUT disponible en la página web de la CNCD. No se aceptarán otros formularios. También puede solicitarlo a aut@cncd-chile.cl	
	Todas las secciones completadas con letra legible
	Toda la información presentada en español
	Una firma del médico solicitante
	La firma del atleta
El informe médico debe incluir detalles de:	
	Historia clínica: Causas genéticas o adquiridas de la enfermedad hipotalámico-pituitaria (por ejemplo, tumor pituitario; irradiación, cirugía, lesión cerebral traumática), presencia de otras deficiencias de la hormona pituitaria e información que respalda un diagnóstico de deficiencia de GH: a) Adulto ⁱ : Fatiga, poca capacidad de ejercicio, obesidad abdominal, deterioro de la función psicosocial b) Transición ⁱⁱ : Baja estatura infantil y desaceleración del crecimiento; terapia con hormona de crecimiento infantil
	Examen físico: Evidencia clínica de deficiencia de GH en adultos, como adiposidad central, tez pálida, piel fina y seca, vellos corporales escasos y para el paciente en transición, evidencia de inmadurez somática o del desarrollo.
Los resultados de las pruebas de diagnóstico deben incluir copias de:	
	Pruebas de laboratorio (con rangos de referencia): Factor de crecimiento similar a la insulina-1 medido después de 2-4 semanas sin hormona de crecimiento humano en aquellos en terapia; no antes de 12 meses después de la lesión cerebral en aquellos con etiología postraumática. Función hipofisaria basal: hormona estimulante de la tiroides (TSH), hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), prolactina. Cortisol matutino como un indicador confiable del estado de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Resonancia magnética de la hipófisis/hipotálamo para evaluar las anomalías estructurales de toda GHD de nueva aparición (cualquier edad) a menos que sea de causa genética (ver más abajo).
	Si se diagnostica durante la infancia, se sabe que las mutaciones del gen (GH-1 o GHRH-R) o del factor de transcripción (por ejemplo, PROP-1, POU1F1 (Pit-1)) producen hipopituitarismo.
	Pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento que emplean en: a) Adultos: Prueba de tolerancia a la insulina, prueba de estimulación con glucagón, prueba de estimulación de la hormona liberadora de hormona del crecimiento (GHRH)-arginina, prueba de macimorelina. b) Transición: Prueba de tolerancia a la insulina, prueba de estimulación con glucagón, prueba de macimorelina. Nota: No se requieren pruebas de estimulación cuando se diagnostica hipopituitarismo (≥3 otros déficits hormonales hipofisarios o mutaciones genéticas o del factor de transcripción presentes (ver arriba). Tampoco se requieren pruebas adicionales si los niveles de IGF-1 2-4 semanas después de suspender el tratamiento permanecen por debajo de -2 DE.

ⁱ Deficiencia de inicio en la edad adulta

ⁱⁱ Transición desde la infancia, es decir, cuando el crecimiento lineal ha cesado