

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO HORMONAL EN ADOLESCENTES TRANSGÉNERO O CON INCONGRUENCIA DE GÉNERO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El bloqueo hormonal es una terapia para las situaciones en la que existe una discrepancia entre sexo genético/anatómico de nacimiento y la identidad sexual psicológica y social a la que se siente pertenecer. Esta situación si no se trata, puede producir deterioro en su calidad de vida, vulnerabilidad psicológica, sufrir experiencias traumáticas con el riesgo de autolesiones, etc.

Consiste en un tratamiento que bloquea las hormonas de la pubertad, con el fin de detener el proceso natural del desarrollo que lleva a la aparición de caracteres sexuales secundarios como: aumento de las mamas, aumento del pene y testículos, primera menstruación, vello facial y corporal, etc.

Se busca mejorar el malestar o sufrimiento que su desarrollo pueda producir, a la espera de iniciar los tratamientos hormonales con testosterona o con estrógenos, en el caso de que así se decida.

Tras una valoración inicial, se realiza un seguimiento conjunto por Endocrinología y Psicología-Sexología antes de iniciar el tratamiento para confirmar el diagnóstico, el momento adecuado del inicio y descartar contraindicaciones. La aparición de la pubertad no siempre produce sufrimiento, malestar o disforia en los adolescentes por lo que quizá el bloqueo de la pubertad, no sea necesario.

El fármaco se administra con inyecciones de forma intramuscular. Las dosis y las pautas se adecuan a cada persona de forma individualizada.

Las modificaciones que van a aparecer en el organismo, una vez iniciado el bloqueo, dependen del momento puberal en el que se inicie el tratamiento.

La finalidad es detener la liberación de hormonas sexuales durante la pubertad, entre ellas la testosterona (hormona sexual masculina) y el estrógeno (hormona sexual femenina), para evitar y/o retrasar la aparición de caracteres físicos sexuales no deseados.

El bloqueo es reversible, por lo que la pubertad se reanuda si el/la adolescente decide dejar de tomar el tratamiento, siempre y cuando no se haya administrado durante mucho tiempo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Detención de la activación del eje hormonal puberal, impidiendo el desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

- Durante la primera fase del tratamiento puede producirse una elevación de los niveles de hormonas sexuales debido al efecto estimulador natural del fármaco, por lo que pueden aparecer: dolor abdominal, sangrados vaginales, erecciones y dolor testicular.
- Sofocos, fatiga, alteración del estado de ánimo y depresión (en tratamientos prolongados).
- Molestias en la zona de punción.
- Reacción alérgica generalizada y/o local.
- Dolor de cabeza.
- Vasodilatación (aumento del diámetro de los vasos sanguíneos).

- Aumento de peso.
- Posible desarrollo de síndrome de ovario poliquístico.
- Acné seborreico.
- Lesiones cutáneas como enrojecimiento o ampollas.
- Trastornos del aparato reproductor y de la mama: hemorragia vaginal, secreción vaginal, vaginitis, etc.
- Alteraciones en la conducción cardiaca (poco frecuente).
- Una prolongación en el tiempo, sin control, puede provocar alteraciones en la densidad ósea y en la fertilidad.
- Los bloqueos en edad muy temprana disminuyen el crecimiento del pene, por lo que si en edad adulta fuera necesaria una cirugía de feminización genital, esta sería más difícil y la sensibilidad puede verse disminuida o ausente.

No cumplir las pautas del tratamiento indicado, aumentar por su cuenta la dosis y/o emplear fármacos distintos a los que se han prescrito, eleva el riesgo de sufrir efectos secundarios.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Antecedente personal de cáncer tratado con hormonas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado, otras alternativas son:

- Administración de progesterona para evitar las menstruaciones.
- Tratamiento psicológico y refuerzo de la autoestima en aquellos casos que el sufrimiento por su disforia es nulo o mínimo.

AUTORIZACIÓN PARA "BLOQUEO HORMONAL EN ADOLESCENTES TRANSGÉNERO O CON INCONGRUENCIA DE GÉNERO"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: