

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es un tratamiento con bloqueadores hormonales de la pubertad, con el objetivo de detener el proceso fisiológico de desarrollo de los cambios puberales que llevan a la adquisición de caracteres sexuales secundarios. Se busca mejorar el malestar o sufrimiento que su desarrollo pueda estar produciendo, en espera de iniciar los tratamientos hormonales con testosterona o con estrógenos en el caso de que así se decida. El bloqueo hormonal es la opción terapéutica adecuada para las situaciones de incongruencia de género, en la que existe una discrepancia entre sexo asignado al nacer y la identidad de género, psíquica/social, con la que la persona se identifica

2. ¿Cómo se realiza?: se realiza mediante la administración intramuscular de fármacos que actúan a nivel hipofisario inhibiendo su desarrollo. El más empelado es la triptorelina, aunque hay otros parecidos. Antes del inicio, es conveniente realizar una evaluación y seguimiento conjunto psicológico-sexológico y endocrinológico para establecer el momento adecuado para iniciar el bloqueo hormonal, evaluar el grado de disforia y sufrimiento. 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.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: 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 puede aparecer con la primera dosis dolor abdominal, sangrados vaginales, erecciones y dolor testicular. Se pueden producir alteraciones en el lugar de la inyección: dolor generalizado, rojeces y abscesos. Efectos secundarios : inestabilidad emocional, cambios de humor, depresión (en tratamientos prolongados); cefalea; vasodilatación; trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: acné/seborrea, lesiones cutaneas del tipo enrojecimiento o ampollas, trastornos del aparato reproductor y de la mama: hemorragia vaginal, secreción vaginal, vaginitis. También pueden producir, aunque con poca frecuencia, alteraciones en la conducción cardiaca. Un uso no prolongado en el tiempo no daña la capacidad reproductiva y sería recuperable al dejar de administrarlos, pero si se mantienen en el tiempo la fertilidad puede deteriorarse. Disminución de la densidad mineral ósea durante el tratamiento prolongado, con tendencia a la recuperación al suspender el tratamiento; los bloqueos muy precoces disminuyen el crecimiento del pene por lo que si en edad adulta fuera necesaria una cirugía de feminización genital, esta sería más dificultosa y la sensibilidad estar disminuida o ausente. El incumplir la pauta terapéutica que se indica, aumentando por su cuenta la dosis o empleando fármacos distintos, incrementa el riesgo de efectos secundarios. Una prolongación en el tiempo, sin control, puede provocar alteraciones en la densidad ósea y en la fertilidad. Es necesario seguir las indicaciones del/de la médico/a.

4. Consecuencias previsibles de su realización: se detendrá la activación del eje hormonal puberal, evitando que continúe el desarrollo de caracteres sexuales secundarios. El bloqueo es reversible, por lo que si se decide interrumpirlo volverá a activarse el eje puberal, siempre que no se haya mantenido excesivamente en el tiempo. 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.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: los adolescentes con incongruencia de género que están sufriendo disforia importante con el desarrollo de los caracteres sexuales y a los que se les reprime, prohíbe o limita la expresión de su identidad pueden ver deteriorada su calidad de vida y ser más vulnerables. Experiencias negativas o traumáticas pueden repercutir también durante toda su vida adulta. También se ha descrito mayor tasas de comportamientos autolesivos y autosectivos (suicidios)

6. Alternativas: hay pocas alternativas a estos fármacos. alguna de ellas sería la administración de progesterona para evitar la aparición de las reglas, pero no son tan recomendables. En adolescentes que no tienen sufrimiento o este es mínimo pueden intentarse otras alternativas como puede ser el reforzar su autoestima y los acompañamientos psicológicos antes de recurrir a los tratamientos con fármacos. Dependerá del tipo y de la intensidad de su disforia

7. Riesgos en función de su situación: algunas personas pueden tener alergia a los componentes del preparado. Se deberá informar al médico de que se están usando para que se tenga en cuenta a la hora de administrar otros fármacos que puedan interactuar.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado

de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada:

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por _____ razones _____ personales, _____ renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda darme mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en la parte anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____