

Información al cliente para el consentimiento informado**INHIBIDORES DE LA PUBERTAD PARA MENORES EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA****Consentimiento o asentimiento informado para la supresión de la pubertad**

Antes de considerar un medicamento para que su niño ponga la pubertad “en suspenso”, hay varias cosas que usted necesita comprender. Los inhibidores de la pubertad tienen ventajas, desventajas y riesgos posibles. En este documento se los explicamos. Es importante que usted comprenda toda esta información antes de que su niño empiece a recibir el medicamento.

Lea la siguiente información cuidadosamente y háganos cualquier pregunta que tenga. Queremos que se sienta muy cómodo y seguro de lo que los inhibidores de la pubertad le ofrecen a su niño.

Después de se haya respondido a sus preguntas e inquietudes y usted haya decidido que su niño reciba el medicamento inhibidor de la pubertad, deberá firmar esta información y este documento de consentimiento.

¿Cuáles son los diferentes medicamentos que pueden ayudar a detener los cambios físicos de la pubertad?

La principal manera en que los cambios físicos de la pubertad se pueden suspender es bloquear la señal del cerebro a los órganos que producen las hormonas de la pubertad. Estas hormonas son los estrógenos y la testosterona. Los estrógenos son producidos por los ovarios. La testosterona es producida por los testículos.

Los medicamentos conocidos como inhibidores de la pubertad se administran diariamente, mensualmente o cada tres meses. Este medicamento es eficaz tanto para los hombres como para las mujeres. Puede comenzarse justo después de los primeros cambios físicos de la pubertad.

Para las niñas transgénero, hay otros medicamentos que pueden bloquear el efecto de la testosterona. El medicamento más común de este tipo se llama espironolactona. La espironolactona no es una opción para todas las niñas transgénero y su médico le explicará todas las alternativas de tratamiento adecuadas.

Cada medicamento tiene riesgos, beneficios y efectos secundarios que es importante comprender antes de empezar a recibirlo. También es importante saber cómo actúa cada medicamento.

Por favor escriba sus iniciales y la fecha en cada uno de los párrafos siguientes para confirmar que comprende los beneficios, riesgos y cambios que pueden ocurrirle a su niño o niña si toma estos medicamentos.

Medicamentos para inhibir la pubertad

Tutor o paciente

_____/_____. Sé que los inhibidores de la pubertad se usan para ayudar a suspender o bloquear temporalmente los cambios físicos de la pubertad en mi niño.

_____/_____. Sé que el medicamento puede tardar varios meses en ser eficaz. Sé que nadie puede predecir con qué rapidez o lentitud responderá el cuerpo de mi niño.

_____/_____. Estos medicamentos no se producen específicamente con el fin inhibir la pubertad en jóvenes transgénero (no están aprobados por la FDA para este propósito). Sin embargo, los endocrinólogos pediátricos (los médicos de niños que trabajan con las hormonas y la pubertad) recomiendan estos medicamentos si es necesario retrasar los cambios físicos de la pubertad. Se han usado con este fin durante muchos años.

_____/_____. Sé que el medicamento no es permanente. Si mi niño deja de tomar el medicamento, en unos seis meses su cuerpo reiniciará los cambios de la pubertad de la etapa del desarrollo en que estaba cuando empezó a tomar la hormona inhibidora.

_____/_____. Sé que si mi niño toma estos medicamentos, su cuerpo no producirá las hormonas de la pubertad, testosterona o estrógenos. En este momento, apoyo a mi niño para que “suspenda” las hormonas y los cambios que provocan en la pubertad.

_____/_____. Sé que al permitir que se le administren estos medicamentos a mi niño, yo podría ayudar a evitarle la necesidad de cirugías y de otros tratamientos (como mastectomía para los hombres transgénero o rasurado traqueal o electrólisis para las mujeres transgénero) que podrían ser necesarios para tratar de revertir los efectos de la pubertad.

_____/_____. Sé que si mi niño es una niña transgénero (nacida con sexo masculino), puede tomar espironolactona en lugar de inhibidores de la pubertad para bloquear los efectos de la testosterona. Si nos interesa este medicamento, podemos hablar de esta opción con el médico.

_____/_____. Sé que mi niño y nuestra familia podríamos participar en terapia con un terapeuta con experiencia en cuestiones de género mientras mi niño toma la hormona inhibidora. Esto podría ser muy útil, pero no es un requisito para todos los pacientes.

Riesgos de los inhibidores de la pubertad

Tutor o paciente

_____/_____. Sé que en la actualidad los efectos secundarios y la seguridad de estos medicamentos no se entienden totalmente. Podría haber riesgos a largo plazo que actualmente se desconocen. Sin embargo, estos medicamentos se han administrado de forma segura a niños con otros diagnósticos por muchos años.

_____/_____. Sé que mi niño podría o no aumentar de estatura mientras recibe estos medicamentos.

_____/_____. Sé que estos medicamentos detendrán el desarrollo de la pubertad en mi niño y que otras personas lo podrían notar. A medida que mi niño crezca, esto podría ser más evidente.

_____/_____. Sé que mientras mi niño tome inhibidores de la pubertad no podrá producir espermatozoides ni óvulos fértiles. Si más adelante mi niño desea tener hijos genéticos, tendrá que parar los inhibidores de la pubertad y completar la pubertad biológica para lograr una fertilidad efectiva. Esto significa que mi niño desarrollará las características secundarias correspondientes a su sexo asignado al nacer; este proceso podría tardar varios años.

Prevención de complicaciones médicas

Tutor o paciente

_____/_____. Apoyo que mi niño tome medicación inhibidora de la pubertad tal como se le ha recetado. Acepto informar a mi médico o profesional de la salud si mi niño tiene problemas o efectos secundarios o no está satisfecho con la medicación.

_____/_____. Sé que mi niño necesitará chequeos periódicos para verificar que está respondiendo de forma adecuada.

_____/_____. Sé que el uso de estos medicamentos para inhibir la pubertad es un uso "extraoficial". Esto significa que la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) no los ha aprobado para este uso específico. Sé que la medicación recomendada para mi niño se basa en la opinión y experiencia de nuestros profesionales de la salud y que cuenta con el apoyo de la Sociedad de Endocrinología Pediátrica (*Society of Pediatric Endocrinology*).

_____/_____. Sé que mi niño puede optar por dejar de tomar estos medicamentos en cualquier momento. Sé que si mi niño decide hacer esto, debería dejar de tomar los medicamentos con la ayuda de su médico o profesional de la salud.

Las firmas a continuación confirman que

- El médico o profesional de la salud de mi niño ha hablado conmigo acerca de:
 - o los beneficios y riesgos de los inhibidores de la pubertad para mi niño;
 - o las consecuencias posibles o probables de usar inhibidores de la pubertad; y
 - o los posibles tratamientos alternativos.
- Entiendo los riesgos que esto podría implicar.
- Sé que la información de este documento incluye los efectos y riesgos conocidos. También sé que podría haber efectos o riesgos a largo plazo que actualmente se desconocen.
- He tenido suficiente oportunidad para hablar de las opciones de tratamiento con el médico o profesional de la salud de mi niño.
- Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria para mí.
- Creo que sé lo suficiente como para dar mi consentimiento informado para que mi niño tome, rechace o posponga el uso de medicamentos inhibidores de la pubertad.
- Mi niño está de acuerdo con este tratamiento, y su firma en el documento de consentimiento específico para mi niño para el uso de inhibidores de la pubertad confirma este acuerdo.
- Mi firma confirma que doy mi consentimiento para que mi niño empiece a recibir la medicación inhibidora de la pubertad.

Basándome en toda esta información:

_____ (Iniciales) Quiero que mi niño empiece a recibir la medicación inhibidora de la pubertad.

Firma del paciente

Fecha

Firma del tutor

Fecha

Firma del tutor

Fecha

Firma del médico prescriptor

Fecha