



Consentimiento Informado para prescripción Terapia Hormonal en Mujeres trans.

| | |
|---|-----------------------------------|
| Nombre de la Intervención Terapia hormonal Mujeres trans. | Servicio de Endocrinología |
| Nombre del Centro de Salud | Edad del usuario |
| Nombre de la persona usuaria | Nº de Identificación |
| Nombre del profesional que informa y realiza la Intervención | Código profesional |

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción de la intervención

El abordaje de la persona transgénero que desea recibir terapia hormonal en la CCSS consta de varios momentos; el primero es una evaluación diagnóstica por parte de personal de salud mental (psiquiatría/psicología), seguido por el acompañamiento y soporte técnico por un período mínimo de seis meses para apoyar el proceso de subjetividad y de reafirmación de su identidad de género.

Posteriormente, el médico endocrinólogo realiza el estudio del caso, donde entre otros aspectos valora condiciones que podría generar riesgo para la persona que utilice esta terapia como: tabaquismo, uso de drogas, obesidad, presión alta descompensada, cardiopatías (enfermedades del corazón), enfermedad trombo-embólica previa o enfermedades que aumenten el riesgo de trombosis (formación de coágulos), cáncer o antecedentes familiares de cáncer de mama, diabetes mellitus (azúcar) descompensada, depresión, otras condiciones psiquiátricas descompensadas o cualquier otra condición que considere como contraindicación. De identificar alguna de estas, se podría retrasar el inicio o no recomendar la terapia. El retraso podría ser mientras la persona recibe atención psicológica o psiquiátrica, atención en clínicas de cesación de fumado, centros de rehabilitación por uso drogas, entre otras intervenciones acordes a cada caso, de manera que se minimicen los factores modificables y se contribuya al mejoramiento de la calidad de vida.

Como tercer momento, el médico especialista informa sobre la selección o no para uso de terapia hormonal, la cual consiste en la administración de medicamentos inyectados o tomados, entre los que están los medicamentos bloqueadores de andrógenos utilizados para disminuir la cantidad de testosterona o para bloquear su efecto, logrando reducir así las características masculinas, mientras que la hormona estrógeno ayuda en el proceso de feminización del cuerpo. La frecuencia y la dosis de los medicamentos la determinará el profesional según cada caso particular. Mientras recibe la terapia, también se le brindará atención por parte de personal de salud mental.

Objetivo y beneficios esperables

La terapia de reemplazo hormonal para la transición de hombre a mujer busca minimizar o suprimir, mediante el uso de medicamentos, las características sexuales secundarias correspondientes al sexo biológico masculino, con la intención de generar un mayor bienestar biológico, psicológico y social al inducir las características correspondientes a la autodeterminación del género respectivo, como: la redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa muscular, disminución de las erecciones espontáneas, disminución del volumen de los testículos, crecimiento de las mamas (en grado variable), disminución de producción de esperma, reducción y adelgazamiento del vello, adelgazamiento de la piel, entre otras.

Se pretende alcanzar los niveles hormonales más cercanos al respectivo sexo autopercebido, sin que se logre necesariamente la feminización absoluta, los cambios son limitados y diferentes para cada individuo particular.

Alternativas disponibles

De no desear someterse a la terapia, o bien que por razones médicas no es candidata para realizarle la alternativa puede seguir vinculada a los servicios de salud para recibir apoyo y contención psico-social.

Consecuencias previsibles

Es esperable que una vez iniciada la terapia se presenten efectos como: disminución de la libido (deseo de placer, en especial de placer sexual), disfunción eréctil o pérdida de la capacidad reproductiva.

Riesgos más frecuentes

Cualquier intervención en salud representa un riesgo. Con la terapia hormonal se puede generar riesgo de:

- Desarrollar o descompensar la hipertensión arterial.
- Aparición o recaída de ciertos trastornos psiquiátricos.
- Desarrollar prolactinomas (tumor en una estructura del cerebro, no canceroso (benigno) que produce una hormona llamada prolactina) en pacientes con predisposición.

Riesgos más severos

Por lo general son menos frecuentes, entre los que destacan:

- Desarrollar o empeorar una enfermedad tromboembólica venosa (formación de coágulos).
- Empeorar una enfermedad cardiovascular preexistente o aumentar el riesgo de presentar un padecimiento cardiovascular nuevo (enfermedades de las arterias y el corazón).
- Incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en pacientes con antecedentes o factores de riesgo.
- Pérdida de la capacidad reproductiva en forma irreversible.

Usted es el mejor vigilante, cualquier condición o molestia que experimente durante el tratamiento debe informarlo cuanto antes al profesional tratante. De surgir una situación así, la persona será atendida prontamente por el personal médico de la institución.

Riesgos por su condición de salud

El uso de estos medicamentos podría provocar o acelerar otras enfermedades, por lo que es de vital importancia una valoración integral inicial, el seguimiento en cada caso particular y el compromiso de la usuaria para asistir a los controles médicos y psicológicos indicados. El profesional le explicará, y anotará en observaciones, las condiciones o enfermedades que le generen algún riesgo adicional durante la intervención.

Información de interés

- Las evaluaciones médicas para los riesgos arriba mencionados, quedarán a criterio y valoración del profesional en salud tratante.
- Según el criterio del especialista, usted puede ser referido a otras disciplinas o especialidades médicas en cualquier etapa del tratamiento.
- El incumplimiento de las indicaciones o aportar información falsa sobre su salud, aumentan el riesgo de presentar serios efectos adversos que podrían poner en riesgo su vida.
- Las evaluaciones diagnósticas y los laboratorios realizados no deben superar un período de 6 meses previo al inicio de la terapia.
- Debido a la estimulación hormonal del tejido de las mamas y la próstata, toda persona en terapia hormonal debe someterse a los estudios de cáncer de mama y próstata de acuerdo con lo establecido institucionalmente.
- Algunos de los efectos de la terapia se pueden revertir con la suspensión de los medicamentos como: la redistribución de la grasa corporal, reducción de la masa muscular, desarrollo de las mamas, adelgazamiento de la piel y disminución de la libido, pero también hay efectos irreversibles como: los cambios en huesos que hayan sido establecidos por la pubertad (el ancho de los hombros, tamaño de los pies, las manos) y posiblemente el tono de la voz, entre otros.
- En caso de una emergencia durante el proceso de atención se hará lo necesario para el resguardo de su salud y la de su vida.



- Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a continuar o no con el abordaje.
- Aceptar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

Dudas planteadas por el paciente:

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones: (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)

| |
|--|
| |
|--|

Con base en la información y explicación dada por el profesional:

Declaro que toda la información que he aportado sobre mi condición de salud es cierta. No he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto a la intervención: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas, me han aclarado, a su vez, las dudas y me doy por enterado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización de la terapia.

De manera libre y voluntaria completo la siguiente información:

| | | | |
|--|-------|----------------|-------|
| ¿Acepto someterme a la terapia recomendada? | | (SI) | (NO) |
| ¿Acepto que personal de salud en formación, durante el abordaje esté presente, siempre que se encuentren bajo la supervisión de un profesor o tutor? | | (SI) | (NO) |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma o huella de la persona usuaria | Fecha | Hora | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma del profesional que informa y que realiza la terapia. | Fecha | Hora | |
| En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco) | | | |
| He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme o continuar con la terapia hormonal que había autorizado en la fecha _____. | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nombre del usuario | Firma | Identificación | Fecha |