



## Consentimiento Informado para prescripción de terapia hormonal en hombres trans

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

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

**Descripción de la intervención:** la terapia hormonal consiste en la administración de medicamentos inyectados con la intención de modificar las características sexuales externas y ayudar a mejorar la estabilidad psicológica. La frecuencia y la dosis del medicamento lo determinará el médico, según cada caso particular.

El abordaje de la persona transgénero que desea recibir terapia hormonal en la CCSS consta de varios momentos:

1. Evaluación clínica: el especialista en endocrinología estudia el caso y, entre otros aspectos, valora las condiciones que podrían generarle riesgo por utilizar esta terapia, como: tabaquismo, uso de drogas, presión alta descompensada, diabetes mellitus (azúcar) descompensada, policitemia (aumentado número de glóbulos rojos en sangre), enfermedad hepática (del hígado), depresión y otras condiciones psiquiátricas descompensadas o cualquier condición considerada como contraindicación. De identificar alguna de estas, se podría retrasar el inicio o no recomendar la terapia. El retraso podría ser mientras recibe atención psicológica o psiquiátrica o atención en clínicas de cesación de fumado, centros de rehabilitación por uso drogas, entre otras intervenciones acordes a cada caso.
2. Durante el uso de la terapia se le realizarán los exámenes respectivos para conocer cómo está su salud y poder dar seguimiento de la respuesta de su organismo a la hormonoterapia.
3. Mientras recibe la terapia, también se le brindará atención por parte de personal de salud mental.

**Objetivo y beneficios esperables:** la terapia hormonal para la transición de mujer a hombre busca suprimir, mediante el uso de medicamentos, las características físicas del sexo asignado al nacimiento, con la intención de generar un mayor bienestar biológico, psicológico y social. Para ello se minimizan los caracteres sexuales secundarios correspondientes al sexo biológico femenino y se inducen las características como: crecimiento del vello facial y corporal, aumento del músculo y de fuerza muscular, líneas faciales prominentes, piel más gruesa, atrofia vaginal (las paredes vaginales más delgadas, pálidas y secas), aumento del tamaño del clítoris, cese de la menstruación, redistribución de la grasa corporal, disminución del tamaño de las mamas y masculinización de la voz; todos estos cambios pueden tardar de meses a años en aparecer y venir acompañados de diversos efectos secundarios.

No necesariamente se logra la masculinización absoluta; los cambios pueden ser limitados y diferentes en cada persona particular.

**Alternativas disponibles:** si no desea someterse a la terapia o si por razones médicas no es candidato para realizarla, la alternativa es seguir vinculado 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: aumento de peso, cambios en la libido (deseo de placer, en especial de placer sexual), acné (espinillas), alopecia (caída del cabello) y pérdida de la capacidad reproductiva.

**Riesgos más frecuentes:** cualquier intervención en salud tiene riesgos. Con la terapia hormonal puede haber riesgo de:

- Aparición o recaída de trastornos psiquiátricos preexistentes.
- Desarrollar o descompensar enfermedades cardiovasculares (arterias, venas y corazón).
- Desarrollar o descompensar una hipertensión arterial.
- Desarrollar o descompensar una diabetes mellitus tipo 2 (azúcar en la sangre).
- Desarrollar o descompensar una dislipemia (aumento de grasas en sangre, colesterol o triglicéridos).
- Presentar una elevación transitoria de las enzimas hepáticas, que podría traducirse o no en una enfermedad hepática (del hígado), por lo que se requieren controles.

**Riesgos más graves:** por lo general, son menos frecuentes. Ente estos, destacan los siguientes:

- Generar o empeorar una enfermedad coronaria inestable (de las arterias del corazón).
- Empeorar una policitemia no tratada.
- Generar una enfermedad hepática severa.
- Aumentar el riesgo de cáncer dependiente de hormonas (como cáncer de mama o de útero).
- 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 personal tratante. De presentarse una situación así, será atendido prontamente por el personal médico de la institución.

**Riesgos personalizados:** 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 del usuario para asistir a los controles médicos y psicológicos indicados.

El profesional le explicará y anotará en observaciones las condiciones o enfermedades que le genere algún riesgo adicional durante la intervención.

#### **Información de interés:**

- Las evaluaciones médicas para los riesgos 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 seis meses previo al inicio de la terapia.
- La terapia no puede ser suministrada a hombres trans en estado de gestación, debido al alto riesgo al que se somete el producto del embarazo durante la hormonización (masculinización del producto y otros que podrían ser riesgosos para el feto). Si desea tener relaciones vaginales, resulta obligatorio utilizar algún método anticonceptivo de barrera (como condón) o bien, anticoncepción indicada por el especialista en endocrinología.



- Los hombres trans que se sometan al proceso de hormonización pueden presentar riesgo de desarrollar cáncer relacionado con el sexo femenino.
- Algunos de los efectos de la terapia se pueden revertir con la suspensión del medicamento, como el aumento de peso, los cambios en la libido (deseo de placer, en especial de placer sexual), el acné (espinillas), entre otros; pero también hay efectos irreversibles, como la masculinización de la voz, el crecimiento del vello en la cara, el crecimiento del clítoris, la alopecia y la disminución del tamaño de las mamas.
- En caso de una emergencia durante el proceso de atención, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.
- Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a continuar con el abordaje o no.
- Aceptar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de las 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:**

**Con base en la información y explicación dada por el profesional:** declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta someterse la intervención propuesta?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	



**Firmas de los testigos:** nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

**Revocatoria:** 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 el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario o del representante (si procede)	Firma o huella	Identificación	Fecha