



Consentimiento Informado para prescripción de terapia hormonal en mujer 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 o tomados con la intención de modificar las características sexuales externas y ayudar a mejorar la estabilidad psicológica. La frecuencia y la dosis de los medicamentos 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, obesidad, presión alta descompensada, cardiopatías (enfermedades del corazón), enfermedad tromboembólica 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 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 hombre a mujer busca suprimir, mediante el uso de medicamentos, las características del sexo asignado al nacimiento, con la intención de generar un mayor bienestar biológico, psicológico y social. Para ello se minimizan las características sexuales secundarias correspondientes al sexo biológico masculino y se inducen las siguientes características: redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa muscular, disminución de las erecciones espontáneas, reducción 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; todos estos cambios pueden tardar de meses a años en aparecer y venir acompañados de diversos efectos secundarios.

No necesariamente se logra la feminización 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 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. Ente estos, destacan los siguientes:

- 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 del 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, recibirá una atención pronta por parte del 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 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.
- Debido a la estimulación hormonal del tejido de las mamas y de la próstata, toda persona en terapia hormonal debe someterse a los estudios de cáncer de mama y de 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, la reducción de la masa muscular, el desarrollo de las mamas, el adelgazamiento de la piel y la disminución de la libido; pero también hay efectos irreversibles, como los cambios en los huesos que hayan sido establecidos por la pubertad (el ancho de los hombros y el tamaño de los pies y 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 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 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