PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO COMUNIDAD DE MADRID

Comunidad de Madrid
Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid
Gerencia Asistencial de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

CONTENIDOS		Página
	INTRODUCCIÓN	4
	JUSTIFICACIÓN	4
	PAUTA DE ACTUACIÓN	5
1	PROCESO DE DERIVACIÓN	5
2	HOSPITALES CON UNIDAD MULTIDISCIPLINAR	5
3	PAUTAS DE TRATAMIENTO	6
3.1	PRIMERA CONSULTA O DE ACOGIDA	6
3.2	CONSULTAS SUCESIVAS	7
4	TRATAMIENTOS	7
4.1	FASE INICIAL	7
4.2	TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO	10
5	TRANSICIÓN A ADULTOS	20
6	DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES	20
7	PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL	20
7.1.	ACOGIDA	20
7.2.	CONSULTAS SUCESIVAS	21
7.3.	GRUPOS DE APOYO PSICOLÓGICO	21
7.4.	INFORMES REQUERIDOS	22
	REUNIONES DE COORDINACIÓN EN RED DE ATENCIÓN A POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL	22
	REGISTRO DE CASOS	22
	REGISTRO DE DETRANSIÓN	23
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	24
	BIBLIOGRAFÍA	24
	ANEXOS	25
1	ANEXO 1: MAPA DE REFERENCIAS	26
2	ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO FEMINIZANTE EN PERSONAS TRANS	27
3	ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO MASCULINIZANTE EN PERSONAS TRANS	35
	ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAI ANALOGOS DE GnRH EN PERSONAS TRANS	42

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TRABAJO

Apellidos, Nombre (orden alfabético)	Puesto	Hospital
Asenjo Araque, Nuria	Facultativo Especialista en Psicol Clínica y responsable docencia UI	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Identidad de Género
Guerrero Fernandez, Julio	Médico Adjunto de Pediatría y Endocrinología Pediátrica	Hospital Infantil La Paz
Gonzalez Casado, Isabel	Jefe de Servicio de Endocrinologí Pediátrica	Hospital Universitario "La Paz"
Ramos Amador, José Tomás	Jefe del Servicio de Pediatría Catedrático de Pediatría UCM	Hospital Universitario Clínico San Carlo Madrid
Lopez de Lara, Diego	Médico Adjunto de Pediatría y Endocrinología Infantil	Hospital Clínico San Carlos
Garcia Cuartero, Beatriz	Coordinadora del documento Jefa de Servicio de Pediatría	Hospital Universitario "Ramón y Cajal"
Lucio Perez, María Jesús	Gestora de Pacientes U.I.G.	Hospital Universitario "Ramón y Cajal"
Por el Servicio Madrileño de Salud		
Alcañiz Mazcuñán, Rosa	Técnico de la Gerencia Adjunta d Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales
García Alvarado, Marta	Técnico de la Gerencia Adjunta d Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales
Guerra Aguirre, Javier	Gerente Adjunto de Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales

INTRODUCCIÓN

La atención a la población infanto-juvenil trans o con incongruencia de género debe ser realizada por profesionales formados en la identidad de género, dado que esta etapa de la vida se caracteriza por cambios importantes tanto psicológicos, somáticos y sociales, que precisan de una valoración y análisis exhaustivos, así como un acompañamiento estrecho, garantizando una evolución adecuada del sujeto.

La intervención más idónea para ayudar a estas personas, es observar y explorar su identidad de género, para que se evidencie aquel rol de género en el que se sientan cómodos (APA, 2015).

El tratamiento debe ser individualizado: lo que ayuda a una persona puede no ayudar a otra. Este proceso puede, o no, implicar un cambio inmediato de la expresión de género o modificaciones en el cuerpo. Es decir, que puede o no implicar el uso de bloqueadores hormonales de la pubertad, y/o de tratamiento hormonal cruzado, dado que todas las personas no lo demandan de igual manera, atendiendo a nuevos modelos de expresión de la identidad de género (personas no binarias, género fluido…)

JUSTIFICACIÓN

Es un objetivo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), ordenar y mejorar la asistencia sanitaria a personas con diversidad sexual y de género en la Comunidad de Madrid.

Con este protocolo, se pretende:

- Unificar las pautas de actuación y tratamiento en la atención de la citada población con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica asistencial en los diferentes ámbitos de atención.

- Ordenar la asistencia conforme al principio de atención en proximidad (según la ley 2/2016) en la medida de lo posible, y siempre y cuando, quede garantizada la atención por profesionales especializados en la asistencia de estas personas.

La Unidad de Identidad de Género (UIG) es una unidad multicéntrica y multidisciplinar del Hospital Ramón y Cajal y del Hospital la Paz. En ella participan profesionales de distintas especialidades necesarias en la atención de personas trans: endocrinólogos, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, urólogos, cirujanos plásticos, otorrinos, gestor de pacientes. Así mismo, la Unidad prestará servicios de asesoramiento y seguimiento a los profesionales que participen en la atención de proximidad.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

1.- PROCESO DE DERIVACIÓN

Está dirigido a menores de 16 años con demanda relacionada con su identidad sexual.
Las derivaciones serán:

A) Desde Atención Primaria

Los pediatras/médicos de Atención Primaria, detectarán, valorarán, informarán, orientarán y derivarán, si lo solicitan, a los niños y niñas y adolescentes transexuales y sus familias a otros recursos especializados, manteniendo el seguimiento y el acompañamiento a lo largo de todo el proceso. Se remitirá si procede a:

- Endocrinólogo pediátrico, especializado en la atención de niños y niñas y adolescentes trans (atención en proximidad) del hospital de referencia asignado. (Anexo 1 Mapa de referencias).

- Psicólogo clínico. Aquellas personas que lo soliciten o que el pediatra considere necesario tras valoración, solicitando las pruebas complementarias que precise para asegurar la calidad y eficacia de atención a niños y niñas o adolescentes.

- La Unidad de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, aquellas áreas que lo tengan como hospital de referencia asignado. Además podrá ejercerse la libre elección en los términos establecidos en la Ley vigente (Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid).

B) Desde hospitales donde no existe consulta monográfica

Si casualmente su primer contacto es hospitalario, y en él no existe consulta monográfica, se derivará al hospital de referencia asignado.

2.- HOSPITALES CON UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

Los hospitales en los que existe unidad multidisciplinar especializada para iniciar la atención a niños y niñas y adolescentes trans, son:

- **Hospital U. Ramón y Cajal**
- **Hospital U. La Paz**
- **Hospital U. Clínico San Carlos**

3. PAUTAS DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO

3.1 PRIMERA CONSULTA DE ACOGIDA

- Edad de recepción: menores de 16 años.

- Identificar el pronombre y nombre que la persona desea y anotarlo en la historia clínica.

- Confirmar deseo persistente de cambio de género e idoneidad del tratamiento.

- Historia clínica:
  - Antecedentes personales y familiares.
  - Tratamientos previos.
  - Exploración física: Antropometría. Tensión Arterial. Valoración estadio puberal (Tanner).

- Información al adolescente y a sus padres de las opciones terapéuticas y su duración, así como sus beneficios, riesgos y efectos secundarios.

- Explicar de forma clara la reversibilidad relativa del bloqueo hormonal y la irreversibilidad del tratamiento hormonal cruzado.

- Informar de los posibles efectos sobre el crecimiento, desarrollo cognitivo, masa ósea, fertilidad y posibilidad de criopreservación previo al tratamiento.

- Explicar los posibles cambios esperados.

- Recomendación de vida saludable (alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, evitar alcohol, tabaco…).

- Firma consentimiento informado: Tanto los padres como el menor maduro deben firmar el consentimiento informado en caso de aceptar el tratamiento.

- Petición de exámenes de laboratorio: hemograma, bioquímica básica, perfil lipídico, función hepática, estudio de coagulación, estudio hormonal (FSH, LH, Estradiol, Prolactina, Testosterona, DHEAS, Vitamina D. (basal y Cada 6-12 meses).

- Densitometría mineral ósea basal (DMO): cada 1-2 años.

- Edad ósea: cada 1-2 años según evolución clínica.

- Otras pruebas, según historia clínica y antecedentes.

3.2. CONSULTAS SUCESIVAS

Periodicidad: cada 3-6 meses.

Se realizarán para ver los resultados de las pruebas complementarias y descartar contraindicaciones de tratamiento, evaluación de los cambios clínicos a través de la exploración clínica, así como despistaje de posibles efectos adversos del tratamiento. Ajuste de dosis si se precisa. Grado de satisfacción.

4. TRATAMIENTOS

Los tratamientos en la edad pediátrica (menores de 16 años) son:

- El tratamiento hormonal con análogos de GnRH a partir del inicio del desarrollo sexual Tanner 2
- El tratamiento hormonal cruzado a partir de los 16 años**, o antes, en casos concretos, tras valoración por el equipo multidisciplinar**

Antes de iniciar el tratamiento se realizarán las pruebas complementarias ya descritas.

Con el tratamiento en fases iniciales se conseguirá una regresión parcial o total de las mamas, los testículos y el vello. En fases más avanzadas dicha regresión será parcial o nula. La voz, una vez grave, así como el desarrollo del cartílago cricoides y desarrollo de huesos como la mandíbula, pies y manos no regresarán.

4.1. FASE INICIAL

Su objetivo es evitar la progresión de la pubertad en fases iniciales. **El tratamiento de elección, por la amplia experiencia, menos efectos secundarios y mejor adherencia, son los análogos de GnRH, aunque existen otras alternativas terapéuticas.**

4.1.1 Alternativas terapéuticas para el bloqueo puberal

a) **Tratamiento de elección: Análogos de la GnRH**

- **De elección en fases iniciales de pubertad:**

Acetato de Triptorelina o de Leuprolide en depot mensual de 3,75 mg (si peso < 20 kg: 80-100 µg/kg) IM cada 28 días. En caso de falta de respuesta (avance de caracteres sexuales, no cese de la menstruación ± LH detectable) se puede acortar la dosis mensual cada 21-25 días o incrementar dosis hasta 160 µg/kg/28 días (algunos autores usan dosis de hasta 300 µg/kg/28 días).

- **Alternativas:**

- De elección para suprimir menstruaciones o fases finales de pubertad: Acetato de Triptorelina o de Leuprolide (Leuprorelina) IM trimestralmente: depot de 11,25 mg cada 90 días. En caso de falta de respuesta se puede reducir el intervalo.

- Preparados semestrales de Triptorelina (22,5 mg IM cada 6 meses) o Leuprolide (30 y 45 mg IM cada 6 meses). Menos experiencia.

- Histrelina (50 mg), implante subcutáneo con secreción de 65 µg de histrelina diaria. Se coloca mediante incisión quirúrgica sin sedación subcutáneamente en la cara interna del brazo (entre los músculos tríceps y bíceps). Actualmente ha dejado de ser comercializado en España. Requiere renovarse aproximadamente cada 2 años cuando en controles clínicos o analíticos aparezcan hallazgos de evolución puberal.

b) **Alternativas** con menos experiencia para suprimir la pubertad en fases tardías:

- Acetato de Medroxiprogesterona (tanto varones como mujeres trans): 10-40 mg/día VO. Progestágeno que se podría utilizar como alternativa si hay fobia a las agujas o para suprimir las menstruaciones en varones trans antes de la terapia hormonal cruzada. Frecuentes efectos secundarios y menos eficaces.

- Progestágenos antiandrogénicos (solo mujeres trans postpuberes):

i. Espironolactona 25-50 mg/día con ascenso gradual hasta 100-300 mg/día VO

ii. Acetato de ciproterona: incremento gradual hasta 100 mg/día VO

iii. Finasteride: 2.5-5 mg/día VO

4.1.2 Seguimiento propuesto para el bloqueo con análogos de GnRH

- **Cada 3-6 meses:**

Anamnesis. Preguntar por datos sugerentes de bloqueo puberal insuficiente (progresión de los signos) que obliguen a acortar el intervalo de las inyecciones o subir las dosis.

Antropometría: talla, peso, talla sentada, tensión arterial y estadio Tanner.

- **Cada 6-12 meses** (tras iniciar el bloqueo la primera vez puede ser conveniente realizar, si clínicamente hay dudas, analítica a los 3-6 meses [más tarde en bloqueadores trimestrales/semestrales] y justo antes de la siguiente inyección):

  Laboratorio: FSH, LH, E2/T, 25OH vitamina D.

- **Cada 1-2 años:**

  Densidad mineral ósea L2-L4 con DEXA

  Edad ósea

  Ecografía pélvica en varones trans

Evaluación de la eficacia del bloqueo puberal a partir del seguimiento:

- **Clínica:** Es lo esencial. Requiere evaluar la regresión o ausencia de progresión de los caracteres sexuales secundarios, así como de las menstruaciones en varones trans.

- **Analítica.** Ante duda clínica, medición de LH basal ultrasensible cuyos niveles objetivo varían según método: bloqueo eficaz si niveles < 0.2-0,5 UI/L. En caso de discrepancia con la clínica podrá requerirse test de LHRH donde el punto de corte de LH post-estímulo se sitúa, según método, entre 2 y 4 UI/L (habitualmente se utiliza 3 UI/L).

4.1.3 Posibles efectos secundarios del bloqueo puberal con análogos de la GnRH

- **Crecimiento**: el bloqueo puberal retrasa el momento del estirón de crecimiento y reduce la talla en términos relativos con respecto a los adolescentes de su misma edad, aunque el efecto sobre talla final, que suele alterarse poco, parece más dependiente del momento de la terapia hormonal cruzada.

- **Síntomas "premenopáusicos"** (sofocos, fatiga y alteración del estado de ánimo): excepcionales cuando el bloqueo es al inicio de la pubertad, pero frecuente en pacientes que la comienzan en fases tardías, fundamentalmente varones trans.

- **Densidad mineral ósea**: su reducción es un riesgo potencial, aunque parece recuperarse cuando se inicia la terapia hormonal cruzada o se suspende el bloqueo puberal. No obstante, los estudios existentes, aunque poco numerosos, son discrepantes e instan a mantener una salud ósea óptima con una ingesta adecuada de calcio, suplementos de vitamina D (si está indicado) y ejercicio con pesas.

- **Fertilidad**: estará inhibida durante el bloqueo y puede estar comprometida, sobre todo si la pubertad se suprime en una etapa y se completa la transición con el uso de hormonas sexuales. No existen estudios a largo plazo por lo que se exige ofrecer a los padres y al adolescente la posibilidad de criopreservar gametos o tejido (según estadio puberal) antes del bloqueo. Esta posibilidad, sin embargo, solo puede realizarse en determinados centros.

- **Imposibilidad de emplear prepucio como tejido de vaginoplastia futura** en el bloqueo de adolescentes mujeres trans que comienzan precozmente.

- **Otros efectos secundarios**: absceso estéril de la zona de pinchazo por leuprolide, cefalea aislada, aunque rara vez asociada a hipertensión intracraneal (papiledema), ganancia de masa grasa corporal (con o sin incremento del índice de masa corporal de forma transitoria) e hipertensión arterial (pubertades precoces o adelantadas en varones trans). No están demostrados los efectos sobre el desarrollo cerebral a nivel cognitivo en humanos.

4.2 TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO

El tratamiento con bloqueadores se mantendrá durante el tratamiento hormonal cruzado hasta la gonadectomía en mujeres trans; y en varones trans hasta alcanzar niveles de testosterona de adulto, si bien, en ellos puede no ser necesario bloquear si se acude por primera vez en fases finales de pubertad (Tanner IV-V), a menos que se desee un cese precoz de menstruaciones.

El tratamiento hormonal cruzado se puede iniciar a partir de los 16 años, siempre con una dosificación lenta y progresiva en aquellos sujetos que no completaron la pubertad, con el objetivo de conseguir los mejores resultados en el estirón puberal y maduración psicológica.

En los sujetos con pubertad completa se puede iniciar con la dosis de adulto. Las tablas 1 y 2 detallan las terapias usadas en mujeres y varones trans respectivamente, así como los efectos esperados y el seguimiento clínico-analítico que deben llevar a cabo. En la tabla 3 se especifican los posibles efectos secundarios en la terapia de mantenimiento.

Tabla 1. TERAPIA HORMONAL CRUZADA EN MUJERES TRANS: terapia feminizante + bloqueo puberal	
Información previa	Antes de iniciar la terapia se les debe informar (chic@ y padres/tutores) sobre los efectos de la THC y debe firmarse un consentimiento informado por parte de ambas partes.
Fármacos	• Terapia feminizante: 17β-estradiol por vía oral cada 24 horas (valerato) o vía transcutánea (hemihidrato) en forma de parches a cambiar 2 veces por semana. No es recomendable el uso de etinilestradiol por riesgo de enfermedad tromboembólica. El empleo de la vía transdérmica resulta obligatorio ante la presencia de hepatopatía y se recomienda para reducir el riesgo de enfermedad vascular tromboembólica (fundamentalmente venosa). • + Bloqueo puberal. Es obligatorio hasta la gonadectomía. Alternativas de bloqueo descritas en la tabla 1.
Pauta	• Terapia feminizante con 17β estradiol, a dosis crecientes cada 6 meses. En caso de deterioro de la densidad mineral ósea o si se desea reducir la talla final puede incrementarse más rápidamente la cantidad de estrógenos, emplearse dosis más elevadas o comenzar su uso antes de la edad prevista. Alternativas (de elección la vía transcutánea) **Vía oral** (valerato) cada 24 horas. Se administran en dosis crecientes cada 6 meses (es factible en comienzos tardíos – Tanner IV o V – incremento rápido de dosis hasta mantenimiento en 6-12 meses, comenzando con 1 mg/día y pasando a 2 mg/día a los 6 meses): ▪ 5 µg/kg/día (habitualmente 0.5 mg), 6 meses. ▪ 10 µg/kg/día (habitualmente 1 mg), otros 6 meses. ▪ 15 µg/kg/día (habitualmente 1.5 mg), otros 6 meses. ▪ 20 µg/kg/día (Máx. 2 mg/día), otros 6 meses. ▪ Dosis de mantenimiento (adultos)*: 2-6 mg/día. Mayores dosis de 2 mg/día hacen aconsejable el empleo de la vía transdérmica. **Vía transdérmica** (hemihidrato, en forma de parches): se administran 2 veces por semana, en dosis crecientes (mismo ritmo VO). Equivalencias: 0,5 mg de la vía oral equivalen, de forma aproximada, a "12,5µ/24h" del parche, así que la pauta a seguir es idéntica a la anterior aplicándose esta equivalencia. Suele comenzarse con 12.5µg y llegar a mantenimiento con 50-100 µg. Alternativa en el mantenimiento: spray 1.53 mg/dosis (1,2 o 3 puffs en antebrazo) o gel 0.06%, aplicables una vez al día. • + Bloqueo puberal: obligatorio hasta gonadectomía (véase tabla 1)

<table>
<tr>
<td>Cronología de los

efectos obtenidos</td>
<td>
Comienzo de los efectos deseados entre 3 y 12 meses.
<table>
<tr><th>Caracteres sexuales secundarios obtenidos</th><th>Comienzo esperado</th><th>Efecto máximo esperado</th></tr>
<tr><td>Mamas [1]</td><td>3-6 meses</td><td>2-3 años</td></tr>
<tr><td>Redistribución grasa</td><td>3-6 meses</td><td>2-3 años</td></tr>
<tr><td>Reducción de masa muscular y fuerza</td><td>3-6 meses</td><td>1-2 años</td></tr>
<tr><td>Suavización de la piel</td><td>3-6 meses</td><td>Desconocido</td></tr>
<tr><td>Disminución del deseo sexual</td><td>1-3 meses</td><td>3-6 meses</td></tr>
<tr><td>Disminución de erecciones espontáneas</td><td>1-3 meses</td><td>3-6 meses</td></tr>
<tr><td>Disminución del volumen testicular</td><td>3-6 meses</td><td>2-3 años</td></tr>
<tr><td>Adelgazamiento y enlentecimiento vello facial y corporal [2]</td><td>6-12 meses</td><td>> 3 años</td></tr>
<tr><td>Voz y nuez [2]</td><td>No disminuyen</td><td>No desaparecen</td></tr>
</table>
[1] los datos actuales sugieren que las mujeres transgénero no alcanzan la madurez completa de los senos, siendo más pequeños en promedio en comparación con las mujeres cis; según algún estudio suelen estabilizarse en el Tanner III y es frecuente la forma “cónica” o deformidad tuberosa de los senos. Esto explica porque la satisfacción del tamaño final obtenido sea baja y se constate deseo de cirugía en el 60-70% de casos adultos. Por otro lado, no hay evidencia de que el uso de progestágenos o una titulación más lenta de las dosis con estrógenos mejoren el desarrollo mamario.

[2] referido a los casos donde el bloqueo fue tardío y ya hubo desarrollo del carácter sexual en cuestión.
</td>
</tr>
<tr>
<td>Efectos secundarios y sobre la fertilidad</td>
<td>En la adolescencia apenas han sido descritos efectos secundarios, si bien, son referidos la reducción de talla final, las cefaleas o empeoramiento de migrañas y los cambios de humor. Anecdóticos son los casos hiperprolactinemia, disfunción hepática o riesgo de tromboembolismo, efectos asociados a dosis más altas y propia de adultos (véase tabla 3).

La fertilidad será posible (en grado variable) solo en caso de estímulo propio (o inducido) con gonadotropinas sobre la gónada por lo que la opción de la criopreservación de espermatozoides debe ser valorada tras derivación y consenso con una unidad de fertilidad antes del tratamiento con estrógenos (y con bloqueador). Debe saberse que los datos son contradictorios en cuanto al impacto sobre la producción de esperma y la fertilidad futura en caso de THC. Se conoce que el tratamiento prolongado con estrógenos produce una reducción del volumen testicular, tienen un efecto supresor</td>
</tr>
</table>

	sobre la motilidad y la densidad de los espermatozoides de una manera dependiente de la dosis (acumulativa) y que algunas mujeres trans presentan una mala calidad del semen después de la terapia de feminización. No se ha cuantificado de manera objetiva la magnitud de estos efectos en relación a dosis y tiempo empleados con estrógenos.
Seguimiento **MtF**	**A. Durante la inducción puberal con estrógenos** (2 años aprox.): ● **Cada 3-6 meses**: - *Antropometría*: talla, peso, talla sentada, tensión arterial y estadio Tanner. ● **Cada 6-12 meses***:* - *Laboratorio:* FSH, LH, prolactina, testosterona total, estradiol y 25OH vitamina D. ● **Cada 1-2 años**: - DMO con DEXA*. - Edad ósea hasta cierre. **B. Tras la inducción puberal con estrógenos (mantenimiento)**: ● **Cada 6 (-12) meses**: - Antropometría: talla, peso, tensión arterial, signos de estrogenización (hasta efecto máximo esperado) y posibles efectos adversos. - Laboratorio: FSH, LH, prolactina, estradiol y testosterona total. Ionograma (sobre todo potasio) si empleo de espironolactona (inicialmente cada 3 meses y después anualmente). ● **Otros**: - Realizar screening de cáncer (mama, próstata) según lo recomendado pese a que el riesgo de padecerlos parece menor. * La DMO debe monitorizarse hasta la edad de 25 a 30 años o hasta que se haya alcanzado la masa ósea máxima. Se desconoce si deben utilizarse tablas adaptadas a sexo biológico o a sexo sentido, aunque se propone se adecue esta decisión según el momento de la feminización (a sexo sentido si el comienzo fue precoz o antes de finalizar la pubertad).

	Evaluación de la eficacia de la terapia feminizante a partir del seguimiento: • Clínica. Véase Cronología de los efectos obtenidos. Varía entre pacientes por lo que el seguimiento clínico tiene un valor relativo. • Analítica. Requiere niveles de estradiol "detectables" durante la inducción (varían entre adolescentes por lo que no hay niveles objetivo), mientras que en la fase de mantenimiento deben situarse entre 50 y 100 pg/mL (máx. 200). La testosterona total debe encontrarse < 0,55 ng/mL.

Tabla 2. TERAPIA HORMONAL CRUZADA EN VARONES TRANS: terapia masculinizante, con o sin bloqueo puberal	
Información previa	Antes de iniciar la terapia se les debe informar (chic@ y padres/tutores) sobre los efectos de la THC y debe firmarse un consentimiento informado por parte de ambas partes.
Fármacos	● *Terapia masculinizante: Enantato (no disponible en España) o cipionato de testosterona* por via IM o SC. ● *± Bloqueo puberal*: El bloqueo puberal debe utilizarse si ya se viene de él o si hay deseo de suprimir las menstruaciones, hasta unas dosis de testosterona que permitan una inhibición del eje hipófiso-gonadal (tras 6-12 meses de iniciarla). *Véase tabla 3.*
Pauta	● *Terapia masculinizante.* Alternativas en la vía de administración: ○ **Por vía IM** (cipionato o enantato, 100 mg/2mL y 250 mg/2mL), cada 2-3 semanas. Se administran en dosis crecientes cada 6 meses, aunque en estadio Tanner IV-V la inducción hasta el mantenimiento puede hacerse en tan solo 6-12 meses (empezando con 75 mg/2-3 semanas y pasando a 125 mg/2-3 semanas a los 6 meses): ▪ 25 mg/m^2 (habitualmente 50 mg) IM cada 2-3 semanas, 6 meses. ▪ 50 mg/m^2 (habitualmente 100 mg) IM cada 2-3 semanas, otros 6 meses. ▪ 75 mg/m^2 (habitualmente 150 mg) IM cada 2-3 semanas, otros 6 meses. ▪ 100 mg/m^2 (habitualmente 150-200 mg; máximo 250 mg) IM cada 2-3 semanas otros 6 meses

- Dosis de mantenimiento (adultos)*: *150-250 mg IM cada 2-3 semanas* (en función de niveles de testosterona). Alternativas para el mantenimiento:
  - IM cada 3 meses: Undecanoato de testosterona (1000mg/ 4mL): 1gr IM cada 10-14 semanas.
  - Gel o parches: *véase vía transdérmica.*

- **Por vía SC** (cipionato) cada semana. Mismo preparado que el IM donde el uso SC está fuera de ficha técnica. Cada vez más empleado ya que permite mayor estabilidad en los niveles de testosterona en sangre y, posiblemente, menos efectos secundarios, aunque puede resultar incómoda la administración semanal y el hecho de tener que ser extraída mediante jeringas de insulina o de 1 mL. Se pauta a dosis crecientes cada 6 meses, aunque en estadio Tanner IV-V la inducción hasta el mantenimiento puede hacerse en tan solo 6-12 meses:
  - 25 mg SC cada semana, 6 meses.
  - 50 mg SC cada semana, 6 meses.
  - 50-75 mg SC cada semana, 6 meses.
  - Dosis de mantenimiento (adultos): 50-100 mg SC, según valores de testosterona total. Alternativas para el mantenimiento: *véase apartado previo.*

- **Por vía transdérmica** (geles o parches):
  - Geles: 2% (20 mg/gr), 1.6% (16 mg/gr) y 1% (50 mg/5gr). Dosis de mantenimiento: 25-80 mg/día (habitualmente 50 mg/día) aplicado tópicamente por la mañana en ambos muslos o abdomen.
  - *Parches*: no se comercializan en España. Dosis de mantenimiento: 2.5-7.5 "mg/24h" que se cambian cada 48 horas.

- *± Bloqueo puberal*: no es preciso en pacientes que acuden en estadios puberales avanzados salvo deseo de supresión rápida de menstruaciones. En caso de que ya exista bloqueo previo o decida instaurarse éste, la suspensión posterior del mismo debe planificarse con niveles de testosterona total elevados (> 3,5-4 ng/mL; generalmente esto sucede a partir del año de

<table>
<tr><td></td><td>iniciada la THC). Este proceder suele ser exitoso, aunque algunos pacientes pueden requerir bloqueo permanente hasta la gonadectomía.</td></tr>
<tr><td>Cronología de los efectos obtenidos</td><td>Comienzo de los efectos deseados entre 1 y 6 meses.
<table>
<tr><th>Caracteres sexuales secundarios obtenidos</th><th>Comienzo espera</th><th>Efecto máximo esperado</th></tr>
<tr><td>Alargamiento clítoris</td><td>1-6 meses</td><td>1-2 años</td></tr>
<tr><td>Vello facial y corporal</td><td>6-12 meses</td><td>4-5 años</td></tr>
<tr><td>Acné, piel grasa</td><td>1-6 meses</td><td>1-2 años</td></tr>
<tr><td>Incremento musculatura y fuerza</td><td>6-12 meses</td><td>2-5 años</td></tr>
<tr><td>Redistribución grasa</td><td>1-6 meses</td><td>2-5 años</td></tr>
<tr><td>Voz grave</td><td>6-12 meses</td><td>1-2 años</td></tr>
<tr><td>Cese de las menstruaciones[2]</td><td>1-6 meses</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Atrofia vaginal[3]</td><td>1-6 meses</td><td>1-2 años</td></tr>
</table>
[1] el desarrollo muscular y de la fuerza dependen, en parte, del ejercicio físico realizado. Se debe instar al ejercicio físico aeróbico y anaeróbico combinados.
[2] si no se utiliza el bloqueo puberal
[3] referido a los casos donde el bloqueo fue tardío y ya hubo desarrollo vaginal.</td></tr>
<tr><td>Efectos secundarios y sobre la fertilidad</td><td>En la adolescencia han sido descritos hasta en un 30% de efectos secundarios, fundamentalmente acné y, mucho menos frecuentemente, dislipemia, alopecia androgénica, trastornos del humor, y los anecdóticos casos de policitemia, disfunción hepática y síndrome de ovarios poliquísticos, efectos asociados a dosis más altas y propia de adultos (véase tabla 6).

La fertilidad será posible (en grado variable) solo en caso de estímulo propio (o inducido) con gonadotropinas sobre la gónada (en este periodo o, preferiblemente, a partir de los 18 años de edad) por lo que la opción de la criopreservación de ovocitos debe ser valorada tras derivación y consenso con una unidad de fertilidad antes del bloqueo y, sobre todo, del tratamiento con testosterona. El impacto del tratamiento prolongado con andrógenos exógenos sobre la fertilidad en los FtM es incierto, aunque podría estar reducida. Con dicha terapia tendrá lugar una amenorrea, presumiblemente reversible, pues se</td></tr>
</table>

	conoce que los folículos ováricos no se agotan con el tratamiento con testosterona y su potencial para reanudar el crecimiento y la maduración no tendría por qué estar afectada.
Seguimiento	**A. Durante la inducción puberal con testosterona** (2 años aprox.): ● **Cada 3-6 meses**: - *Antropometría*: talla, peso, talla sentado, tensión arterial y estadio Tanner. ● **Cada 6-12 meses***:* - *Laboratorio:* Hemoglobina, hematocrito, FSH, LH, testosterona total* y estradiol (por cada cambio de dosis). Perfil bioquímico básico y lipídico anual. ● **Cada 1-2 años**: - DMO con DEXA** - Edad ósea hasta cierre **B. Tras la inducción puberal con testosterona (mantenimiento)**: ● **Cada 6 (-12) meses**: - *Antropometría*: talla, peso, tensión arterial, signos de androgenización (hasta efecto máximo esperado) y posibles efectos adversos. - *Laboratorio:* Hemoglobina, hematocrito, perfil lipídico, testosterona total* y estradiol a mitad del intervalo de las inyecciones de testosterona (en caso de undecanoato cada 3 meses, medir justo antes de la siguiente inyección). ● **Otros**: o Densitometría ósea lumbar cada 1-2 años o Realizar exámenes de mama anuales sub y periareolares si se realiza la mastectomía. Si no se realiza, mamografía según lo recomendado para mujeres cis. o Seguimiento de cáncer de cérvix similar a mujeres cis (> 21 años). o Riesgo muy bajo de cáncer de ovario y útero, por lo que no hay recomendaciones claras de seguimiento.

	** Determinar niveles sanguíneos de testosterona total a mitad del intervalo entre inyecciones en caso de usar cipionato/enantato (a los 10-14 días si se administra IM cada 3 semanas, a los 7-9 días si se administra IM cada 2 semanas o al 3-4º día si es SC semanal); si se emplea undecanoato, determinar sus niveles antes de la siguiente dosis. En el mantenimiento, si no se alcanzan niveles de 3,5-4 ng/mL valorar medir testosterona total en pico y en valle para decidir subir dosis o acortar intervalo (IM).* *** La DMO debe monitorizarse hasta la edad de 25 a 30 años o hasta que se haya alcanzado la masa ósea máxima.*
	Evaluación de la eficacia de la terapia masculinizante a partir del seguimiento: ● *Clínica. Véase Cronología de los efectos obtenidos*. Varía entre pacientes por lo que el seguimiento clínico tiene un valor relativo. ● *Analítica*. Requiere niveles de testosterona total detectables y ascendentes durante la inducción, mientras que los niveles objetivo durante el mantenimiento deben estar entre 4 y 7 ng/mL (máximo 10-11), y siempre con hematocritos < 50%. El estradiol debería encontrase < 50 pg/mL (la aromatización de la testosterona o la ausencia de bloqueo pueden dificultar este objetivo).

Tabla 3. Riesgos asociados a la THC a dosis de mantenimiento

Nivel de riesgo	Hormonas Mujeres trans	Hormonas Varones trans
Riesgo aumentado probal	● Migrañas ● Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. ● Enfermedad venosa tromboembólica[1] ● Litiasis biliar. Hepatotoxicidad ● Ganancia de peso	● Ganancia de peso y masa grasa visceral. ● Policitemia ● Acné ● Cambios de humor ● Alopecia androgénica
Riesgo aumentado posibl	● Hipertensión arterial[2] ● Hiperinsulinismo[2] ● Hiperprolactinemia[3] o prolactinoma	● Hiperlipidemia (↓ HDL y ↑ LDL y triglicéridos) ● Trastornos del comportamiento ● Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño ● Hipertransaminemia leve (alto riesgo en la vía oral)

Riesgo aumentado posibl presencia de factores de riesgo	● Enfermedad cerebro y cardiovascular[2] ● Diabetes tipo 2[2]	● Desestabilización de ciertos problemas psiquiátricos[4]. ● Hipertensión arterial[2] ● Diabetes tipo 2[2]
Riesgo no incrementado (demostrado)	● Cáncer de mama[5] ● Enfermedad prostática y cáncer próstata: ídem resto de varones (requiere seguimiento)	● ¿Enfermedad cardiovascular? ● Perdida de densidad mineral ósea[6] ● Cáncer de mama: no[5] ● Cáncer de cérvix: no ● Cáncer de ovario: dudoso ● Cáncer de útero: dudoso (secundario a la aromatización de la testosterona en estradiol y el hallazgo frecuente y crónico de línea endometrial).

[1] Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (riesgo x20 en mujeres trans). El riesgo parece mayor si la administración es oral *versus* transcutánea, y aún mayor si E2 sintético (etinilestradiol) o conjugados. Se debe evitar el hábito tabáquico y vigilar este posible efecto adverso en la mujer trans a dosis de mantenimiento.

[2] Los factores de riesgo incluyen la edad y la obesidad, aunque no existe clara evidencia. El hiperinsulinismo y la hipertensión arterial, en ausencia de otros factores de riesgo, parecen estar compensados por la elevación de HDL y la disminución de LDL que inducen los E2.

[3] Dosis dependiente de E2 en mujeres trans. Más frecuente a dosis de mantenimiento (hasta 20%) que se reduce tras disminución de la misma (realizar RM hipofisaria si no se reduce); pensar en terapia antidopaminérgica concomitante como causa. El riesgo de prolactinoma es bajo o muy bajo.

[4] Incluye los trastornos bipolares, esquizoafectivos y otros trastornos como síntomas maniacos o psicóticos. Parecen estar asociados a niveles suprafisiológicos de testosterona.

[5] Cáncer de mama: este riesgo es similar a la del resto de mujeres.

[6] Aunque la testosterona no es causa de reducción de la DMO unos niveles bajos de T (o de LH elevada, insuficientemente suprimida) pueden estar asociados a mayor riesgo de osteoporosis.

5. TRANSICIÓN A ADULTOS

La transición de endocrinología pediátrica a la consulta de adultos se realizará a partir de los 16 -18 años dependiendo de la estructura de cada unidad, previa reunión conjunta multidisciplinar.

6. DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES

- Ginecología: Es recomendable la valoración ginecológica previo a tratamiento cruzado y en cualquier momento que el facultativo considere.
- Se aconseja valoración por psiquiatría cuando exista sospecha psicopatología o descompensación de patología psiquiátrica previa (depresión, trastorno del comportamiento alimentario, trastorno de personalidad, etc.)
- Otras derivaciones como dermatología, infecciosas, etc, se deben realizar según criterio médico.
- El resto de derivaciones que sean necesarias si hay deseo de continuar con el proceso (Ginecología, Cirugía Plástica, Urología, ORL, etc.) se realizará según consenso de adultos.

7. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL TRANS

El proceso de afirmación de género se trata de un proceso individualizado en cada niño y niña o adolescente, obedeciendo actualmente a los modelos de identitarios que se ofrecen socialmente (identidades no binarias, genero fluido, demigénero...), por tanto, dicho proceso, puede, o no, implicar un cambio inmediato de la expresión de género o modificaciones en el cuerpo.

7.1. ACOGIDA

- Se recibe al niño y niña o adolescente, junto con un tutor legal (padre, madre, ambos o tutor), adaptándonos al pronombre, y nombre con el que quiere que se le llame en consulta.
- Se le explica tanto al niño y niña, adolescente como a su familia, que se encuentran en un espacio seguro donde NO SE VA A CUESTIONAR SU IDENTIDAD DE GENERO, NI SE VA A ESTABLECER NINGUN DIAGNOSTICO A ESTE RESPECTO (Ley 2/2016 de Identidad de Género, de la Comunidad de Madrid). Únicamente el profesional debe hacer escucha activa en esta primera consulta y recoger demandas.

7.2. CONSULTAS SUCESIVAS

En las siguientes consultas, si procede y es posible se citarán a todos los miembros de la familia convivientes que puedan acudir, a fin de que se haga un abordaje integral del proceso de aceptación del proceso. Se proporcionará, así mismo, un espacio confidencial al menor con el profesional, si así se decide por ambos, en el encuadre del acompañamiento psicológico.

Adaptándonos a la edad y madurez del menor se emplean las técnicas apropiadas para recabar información sobre:

- Su identidad de género, la expresión de género con la que se encuentra cómodo/a/e.
- El entorno familiar (aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno académico y/o laboral).
- Valoración de la existencia de acoso o bullying.
- El entorno social cercano: nivel de aceptación y/o apertura del barrio, vecinos, centros de uso público… y también de su estructura de personalidad (fortalezas, puntos a reforzar, resiliencia, limitaciones…).
- Demandas concretas/dudas/ aclaraciones que expresa el menor y/o su familia.
- En el caso de demandar tratamiento con bloqueadores hormonales: Ajuste de expectativas antes de recibirlo. Resolución de dudas y contrastar información sobre ello. (En coordinación con Médico Endocrinólogo pediátrico especializado).

Apoyo y acompañamiento durante el proceso. Intervención en estado de ánimo y dotar de estrategias para el afrontamiento de la gestión emocional del menor en tratamiento. Derivación a Salud Mental especializada, si aparece o coexiste comorbilidad psiquiátrica moderada o grave.

7.3. GRUPOS DE APOYO PSICOLÓGICO

Se ofrece a la familia y al menor, la opción de asistir a grupos de apoyo, informativos y/o terapéuticos que se desarrollan en la UIG, cuando la persona carezca de un entorno social adecuado a fin de que su proceso de afirmación de identidad social se vea beneficiado por ello.

En estos grupos se abordarán los siguientes temas:

Información y psicoeducación sobre la diversidad sexual y de género (DSG). Desmitificar los roles del género con el que se identifican. Modular sus expectativas y aceptar sus propias limitaciones para tener un buen ajuste psicológico con respecto a su realidad física. Comunicarse de manera **eficaz. Crear y mantener relaciones sociales sanas. Cuidar su salud. Prevenir conductas sexuales** de riesgo. Usar adecuadamente recursos comunitarios. Crear o mantener redes de sociales de apoyo. Mejora de la calidad de la relación con su familiar. Habilidades de comunicación eficaz con su familia. Manejo adecuado de situaciones potenciales de conflicto con el entorno.

7.4. INFORMES REQUERIDOS

A fin de facilitar el cambio de nombre en registro civil del menor (según Orden Ministerial, instrucción 23, del 23 de octubre de 2018, sobre cambio de nombre en el Registro Civil para **personas transexuales), se emitirá a demanda de la familia que tutorice al menor un informe** opcional (que no obligatorio), del profesional que ha acompañado a la persona en el proceso de afirmación de género.

Esto no es un informe de diagnóstico ni de diagnóstico diferencial.

REUNIONES DE COORDINACIÓN EN RED DE ATENCION A POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL TRANS

Se programarán reuniones Clínicas periódicas que reúna a los profesionales de las distintas especialidades participantes en el proceso, con la finalidad de coordinar acciones consensuadas en la atención a la salud trans, en particular en la etapa de transición del adolescente a consultas pacientes, psicólogo/as, atención primaria …).

REGISTRO DE CASOS *

En cada uno de los centros de asistencia se recogerán los siguientes datos.

DATOS MÍNIMOS A RECOGER:

- Apellidos
- Nombre del DNI
- Nombre elegido
- Identidad de género
  - TF ó MT (Mujer Trans)
  - TM ó VT (Varón Trans)
  - NS/NC
- Edad
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de nacimiento
- Nacionalidad
- Año de entrada en la Comunidad de Madrid
- Fecha entrada en la consulta/Unidad
- Nivel de estudios
- Profesión
- Recogida de necesidades expresadas (en caso necesario)
  - Endocrinología
  - Psicología
  - ORL

Cirugías:

Mastectomia
HX+DA
Faloplastia /metoidoplastia
Mamoplastia bilateral de aumento
Vaginoplastia
Orquiectomía
Condroplastia/Glotoplastia

- Fecha de inicio tratamiento hormonal cruzado con supervisión médica
- Prácticas de riesgo: Inyecciones de silicona líquida/de aceite Johnson/ Aquamid
- Serología:
  - VHB
  - VIH
  - VIH/VHB
  - Sífilis
- Preservación de Gametos

- De detransición de género:
  - Motivo
  - Fecha

***En todos los casos se adoptarán las normas de confidencialidad exigidos por la Ley de Protección de Datos vigente en cada momento.**

REGISTRO DE DETRANSICIÓN

Se considera la **De-Transición** como un abandono del proceso de afirmación de género para transitar de nuevo al género asignado al nacer. A fin de investigar dentro de los procesos individualizados de la afirmación de identidad de género, se propone un registro de los casos que informen del abandono del proceso, y las razones por las cuales la persona lo abandona.

No se consideran casos de de-transición los casos que dejan de acudir a las consultas sin haber corroborado, a través de contacto con ellos/as, que han abandonado el proceso.

Inicialmente, se recogerán como un apartado dentro del Registro de Casos recogido en el punto anterior.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se recogen como ANEXOS 2 ,3 Y 4

BIBLIOGRAFIA

- World Professional Association for Transgender Health [Internet]. East Dundee, Illinois, USA: The Association; 2012 [citado 17 de marzo de 2022].*Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* [7th Version]. Disponible en: https://www.wpath.org/publications/soc

- Asenjo Araque N. Atención Psicológica en Menores Transgénero. En: Izquierdo Elizo A, Cuéllar Flores I, Padilla Torres D. Manual de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Madrid: McGrawHill; 2021 p. 371-6.

- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L, HannemaSE, Meyer WJ, Hassan Murad M, et al. Endocrine treatment of gender dysphotic gender-incongruent
- persons: An Edocrine Society Clinical Practice Gudeline. J Clin Endocrinol Metab. 2017; 102(11)3869-903.
-
- Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria [Internet]. Arch Dis Child. 2018 Jul; [citado 18 de marzo de 2022]; 103(7):631-6. Disponible en: doi 10.1136/archdischild-2018-314992
-
- Riaño Galan I, del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, Montalvo Jáaskeläinem F. Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y adolescencia: ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. An Pediatr (Barc). 2018; 89(2): 123.e1-6.

- Ley 2/2016, de 29 marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado, número 169, (14 de julio de 2016).

-Guerrero-Fernández J, Mora Palma C. Protocolo de tratamiento hormonal en niños y niñas y adolescentes trans [Internet]. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2020 [citado 23 de marzo de 2022]; 11(1): 106-18. Disponible en: https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=595&idlangart=ES

ANEXOS

ANEXO 1: MAPA DE REFERENCIAS

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO FEMINIZANTE EN PERSONAS TRANS

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO MASCULINIZANTE EN PERSONAS TRANS

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CON ANÁLOGOS DE GnRH EN PERSONAS TRANS

ANEXO 1: MAPA DE REFERENCIAS

	HOSPITAL DE REFERENCIA
H.U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA H. GOMEZ ULLA- CARABANCHEL H. DE EL ESCORIAL H.U. DE LA PRINCESA H. GENERAL DE VILLALBA H. U. GREGORIO MARAÑÓN H.U INFANTA LEONOR H. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ	H. CLÍNICO SAN CARLOS
H.U. 12 DE OCTUBRE H. DEL TAJO H.U. DEL HENARES H.U. DEL SURESTE H.U. INFANTA CRISTINA H.U FUENLABRADA H. INFANTA ELENA H.U. DE GETAFE	H.U. LA PAZ
H. INFANTA SOFÍA H.U. TORREJÓN H.U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS H.U. MÓSTOLES H.U FUNDACIÓN ALCORCON H.U. SEVERO OCHOA H.U. REY JUAN CARLOS	H.U. RAMÓN Y CAJAL

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO FEMINIZANTE EN PERSONAS TRANS

<table>
<tr><td rowspan="3">SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIATRICA</td><td>Fecha de nacimiento:
<$Paciente.fechaNacimiento$></td><td>Sexo:
<$Paciente.sexo$>
></td></tr>
<tr><td colspan="2">Dirección:

<$Paciente.Domicilio.Direccion$>

<$Paciente.Domicilio.Poblacion$>
<$Paciente.Domicilio.Provincia$>
<$Paciente.Domicilio.CodigoPostal$></td></tr>
<tr><td colspan="2">CIP: <$Paciente.NumeroTarjetaSanitaria$></td></tr>
<tr><td colspan="3">DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL FEMINIZANTE</td></tr>
</table>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INFORMACIÓN

El uso de tratamiento hormonal para la transición/afirmación de género femenino está basado en muchos años de experiencia en el tratamiento de personas transgénero. Trabajos de investigación en tratamiento hormonal nos han proporcionado abundante información acerca de la seguridad y eficacia de este tratamiento, pero aún no se conocen de forma completa las consecuencias y efectos a largo plazo de dicho tratamiento.

Mediante este Consentimiento informado (CI) le pedimos que tome en consideración los beneficios esperados del tratamiento hormonal y también los posibles efectos secundarios, para que pueda decidir junto con su médico si la terapia hormonal es la adecuada para usted. Antes de firmar este consentimiento, debe estar seguro de haber entendido bien los beneficios y riesgos que el tratamiento hormonal podría tener sobre usted.

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

El tratamiento hormonal feminizante tiene dos objetivos:

-Reemplazar los niveles de hormonas masculinas por niveles de hormonas del sexo femenino deseado (Estrógenos). Dosis habituales de Estrógenos para alcanzar niveles fisiológicos en mujeres, son insuficientes para suprimir completamente la Testosterona propia, por lo que se hace necesario reducir los niveles de ésta a niveles femeninos, mediante la medicación descrita en el punto 2. Se usa generalmente Estrógeno natural (estradiol), generalmente vía oral ó transdérmica (parches). Su Endocrino determinará la dosis óptima para usted, en función de sus necesidades y deseos personales, y teniendo en cuenta también, cualquier enfermedad médica ó de salud mental que usted pueda tener

-Reducir los niveles de la hormona masculina (Testosterona) a niveles femeninos para disminuir las características sexuales masculinas. Los tratamientos van dirigidos bien a disminuir la producción de Testosterona ó a bloquear su acción. Los Análogos de GnRH son efectivos en reducir los niveles de Testosterona, su acción es reversible y tienen pocos efectos adversos. Se aplican generalmente de forma intramuscular y mensualmente. El Acetato de Ciproterona (Androcur) bloquea la acción de la Testosterona, sin disminuir su producción, y tiene más efectos adversos.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

- **Efectos que se esperan del tratamiento hormonal feminizante**

Los cambios femeninos en el cuerpo, tras comenzar el tratamiento, pueden demorar varios meses en notarlos y hasta ser completos pueden tardar de 3 a 5 años.

Cambios **IRREVERSIBLES**, no desaparecerán, aunque decida interrumpir el tratamiento hormonal:

- Crecimiento y desarrollo mamario. El tamaño alcanzado puede ser muy variable, e incluso las mamas pueden parecer más pequeñas, si usted tiene un tórax grande.
- Testículos más pequeños y blandos.
- Los testículos producen nada o menos esperma, usted se volvería infértil. El tiempo necesario para que la infertilidad se vuelva permanente varía mucho de persona a persona.

Cambios probablemente **REVERSIBLES** si se interrumpe el tratamiento hormonal:

- Disminución de la masa muscular, sobre todo en la parte superior del cuerpo.
- Ganancia de peso. Si usted gana peso, la grasa tenderá a ir a las nalgas, caderas y muslos, en lugar de al abdomen y cintura, haciendo que el cuerpo se vea más femenino.
- Piel más suave y el acné puede disminuir.
- Vello facial y corporal puede disminuir y crecer más lentamente. Generalmente el tratamiento hormonal no es suficiente y para que desaparezca son necesarios otros tratamientos como Laser o electrolisis.
- La calvicie de patrón masculino puede disminuir o detenerse, pero el cabello generalmente no volverá a crecer.
- Disminución del deseo sexual.
- Disminución de la fuerza de las erecciones o incapacidad para obtener una erección. La eyaculación disminuirá en cantidad y viscosidad.
- Observará cambios en el estado de ánimo, puede suceder un aumento de las reacciones emocionales a las cosas. Algunas personas descubren que su salud mental mejora después de comenzar el tratamiento hormonal. Los efectos de las hormonas en el cerebro aún no se conocen completamente.

-El tratamiento hormonal **no cambiará la estructura ósea** de la cara o del cuerpo. La nuez de Adán no disminuirá. El tono de voz no cambiará. Si desea estos cambios serán necesarios otros tratamientos que pueden ayudarle: Cirugía, educación de la voz.

3. RIESGOS TIPICOS

- **Riesgos y posibles efectos secundarios del tratamiento con estrógenos**

  -Perdida de la fertilidad: aún después de interrumpir el tratamiento hormonal, la capacidad de producir esperma saludable puede que no sea posible. En todo caso el tiempo de recuperar un esperma fértil puede variar de 6m a 3 años. Cuánto tiempo de tratamiento con Estrógenos se necesita para que la perdida de fertilidad sea permanente es difícil de predecir. Algunas personas eligen criopreservación de su esperma antes de comenzar la terapia hormonal. Debido a que el efecto en la producción de esperma es difícil de predecir, si usted tiene relaciones sexuales con penetración con una pareja femenina de nacimiento, usted ó su pareja aún deben usar métodos anticonceptivos (p. ej. condón).

  -Alto riesgo de enfermedad tromboembólica: con riesgo de formar trombos a nivel de piernas, pulmón, corazón o cerebro. El riesgo es mayor a mayor dosis de estrógenos y también con el uso de Estrógenos conjugados (Etinilestradiol). El uso de Estrógenos naturales (Estradiol) y la vía transdérmica, así como el uso de dosis adecuadas, disminuye considerablemente este riesgo. Si en su familia conoce algún caso de Tromboembolismo debe informar a su Endocrino para hacer un estudio previo al inicio del tratamiento con Estrógenos.

- **Riesgo moderado de:**

  -Aumento del riesgo cardiovasvular: este riesgo será más alto si: es fumador, mayor de 45 años, tiene Hipertensión, Colesterol elevado, Diabetes o historia familiar de enfermedad cardiovascular. Todo lo anterior debe ser descartado y controlado por su médico.

  -Hipertensión arterial que puede requerir tratamiento.

  -Aunque más raro también existe el riesgo de desarrollar diabetes.

  -Niveles elevados de Prolactina. Algunas personas (pocas) pueden desarrollar Prolactinomas (tumor benigno de la Hipófisis).

  -Puede aumentar el riesgo de Cáncer de mama. El riesgo es más alto que en los varones cis, pero más bajo que en las mujeres cis. El riesgo probablemente esté en relación con la duración del tratamiento con estrógenos.

  -Náuseas y vómitos**:** similar a las de las mujeres embarazadas, sobre todo al inicio del tratamiento.

  -Aumento del riesgo de cálculos biliares.

  -Pueden empeorar jaquecas o migrañas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Puede empeorar una depresión o producir cambios de humor. En caso necesario su Endocrino puede recomendarle seguimiento y apoyo por un profesional de Salud Mental.

- **Riesgos y posibles efectos secundarios de los análogos de gonadotropinas y/o antiandrógenos (Androcur)**

  - Los Análogos de GnRH: tienen pocos efectos adversos. Al comienzo del tratamiento (primera administración) puede existir una elevación transitoria de la Testosterona que puede contrarrestarse con la administración de Androcur durante unos días. Producen disminución del deseo sexual. Pueden producir depresión, cambios de humor, dolor e irritación en el sitio de inyección. Muy raros: Neumonitis y Fibrosis pulmonar.

  - Antiandrógenos: ganancia de peso, cansancio, depresión, alteraciones hepáticas. Su uso durante años se asocia a aumento del riesgo de Meningiomas (un tumor cerebral). Su uso puede hacer más difícil de valorar los resultados del PSA (antígeno prostático específico), lo cual puede complicar la detección de problemas de próstata. Por tanto, a partir de los 50 años le informamos que debería hacerse exploraciones anuales de próstata.

USTED DEBE SABER QUE:

- Cada persona responde al tratamiento hormonal de forma diferente y es difícil predecir de antemano como va a responder usted.

- Fumar aumenta los riesgos del tratamiento hormonal, especialmente de tromboembolismo y enfermedad cardiovascular. Si fuma debería tratar de reducir o dejar de fumar.

- Tomar estrógenos a dosis más altas de las recomendadas por su endocrino, puede aumentar el riesgo de efectos secundarios y en cambio no producir mayores efectos feminizantes.

- Es probable que tenga que dejar de tomar hormonas durante algunas semanas antes y después de cualquier cirugía.

- El tratamiento con estrógenos es de por vida: interrumpir repentinamente el tratamiento con estrógenos después de haber estado con ellos por un tiempo prolongado, puede tener efectos negativos para la salud. Si decide interrumpir el tratamiento hormonal por alguna razón, debería informar a su Endocrino para valorar alternativas de tratamiento para minimizar los riesgos para su salud.

- Su endocrino puede decidir disminuir la dosis de estrógenos o antiandrógenos o interrumpir el tratamiento, por alguna razón médica concerniente a su salud. Debe esperar que el médico le informe y discuta con usted las razones de esta decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- El tratamiento hormonal no es la única forma para que una persona puede parecer más femenina y vivir como mujer, su médico y/o un profesional de salud mental pueden ayudarlo a pensar sobre estas otras opciones.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente citados por la enfermedad que padece puede presentar otras complicaciones tales como:

……

……

……

5. CONTRAINDICACIONES

- **Absolutas:**

  -Cáncer activo y sensible a estrógenos
  -Cardiopatía isquémica inestable
  -Enfermedad cerebrovascular grave (ICTUS)
  -Psicosis no controlada
  -Enfermedad renal o hepática grave
  -Condiciones psiquiátricas que limitan la capacidad de proporcionar consentimiento informado
  -Hipersensibilidad (Alergia) a uno de los componentes de la formulación de estrógenos u otros preparados hormonales.

- **Relativas:**

  -Prolactinoma (manejable con tratamiento)

  -Diabetes mal controlada

  -Hipertrigliceridemia Grave

6. MOLESTIAS PROBABLES

También puede padecer con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables: trastornos del estado de ánimo (depresión), retención de líquidos, alteraciones digestivas o mareos.

En algunos casos la aparición de efectos secundarios obliga a suspender el tratamiento (casi siempre temporalmente) o reducir la dosis. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

7. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

El tratamiento hormonal no es la única vía para que una persona pueda parecer más femenina o vivir como mujer, su médico o un profesional de la salud mental puede informarle de otras opciones.

8. USTED ESTÁ DE ACUERDO CON:

-Tomar estrógenos y/o antagonistas de andrógenos, solo en la dosis y forma en la que su Endocrino se la prescriba.

-Informar a su endocrino: si está tomando o va a tomar algún otro fármaco, suplementos dietéticos, hierbas o medicamentos homeopáticos, tomar drogas o alcohol, para poder discutir posibles interacciones o efectos en su tratamiento hormonal.

-Informar a su endocrino: de cualquier síntoma nuevo que note o de cualquier enfermedad médica que ocurra antes o durante el tratamiento hormonal. También si cree que está teniendo efectos secundarios adversos a causa de los medicamentos.

-Mantener un seguimiento médico de forma regular, que puede incluir citas para mamografías y exámenes de próstata.

-Realizar un control regular de análisis para monitorizar posibles efectos adversos y garantizar que su tratamiento hormonal es seguro y efectivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente D./Dña. con DNI

o su representante legal, declara que:

- **HA RECIBIDO INFORMACIÓN** sobre el procedimiento propuesto y sus posibles alternativas.
- **ESTÁ SATISFECHO** con la información recibida y ha tenido posibilidad de aclarar todas sus dudas sobre el tema.
- **AUTORIZO EXPRESAMENTE** a que si durante el procedimiento de manera imprevista, se necesitase para bien del paciente, realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada anteriormente se lleve a cabo.
- **CONCEDE SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento previsto y conoce su derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del mismo, sin necesidad de tener que explicar sus causas.
- **Acepto el tratamiento combinado con análogos de GnRH y estrógenos:**

  SI ☐ **NO** ☐
- **Prefiero comenzar solo con estrógenos:**

  SI ☐ **NO** ☐
- **Prefiero comenzar solo con estrógenos y antiandrógenos:**

  SI ☐ **NO** ☐

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……

RENUNCIA A LA INFORMACION:

Manifiesto que, por razones personales y en el momento actual, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente sobre el proceso de mi transición, sin que ello implique dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención/procedimiento

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL……

Fdo.: EL MÉDICO NFORMANTE……

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NO CONSIENTO y rechazo el procedimiento propuesto y al hacerlo libero al Servicio de toda responsabilidad relativa a mi caso.

REVOCO el consentimiento previamente concedido

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Dr. Esquerdo, 46, 28007 - Madrid - España, Telf.915 86 80 00, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO MASCULINIZANTE EN PERSONAS TRANS

<table>
<tr><td rowspan="3">SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIATRICA</td><td>Fecha de nacimiento:
<$Paciente.fechaNacimiento$></td><td>Sexo:
<$Paciente.sexo$></td></tr>
<tr><td colspan="2">Dirección:

<$Paciente.Domicilio.Direccion$>
<$Paciente.Domicilio.Poblacion$>
<$Paciente.Domicilio.Provincia$>
<$Paciente.Domicilio.CodigoPostal$></td></tr>
<tr><td colspan="2">CIP: <$Paciente.NumeroTarjetaSanitaria$></td></tr>
<tr><td colspan="3">DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL MASCULINIZANTE</td></tr>
</table>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INFORMACIÓN

El uso de tratamiento hormonal para la transición/afirmación de género masculino está basado en muchos años de experiencia en el tratamiento de personas transgénero. Trabajos de investigación en tratamiento hormonal nos ha proporcionado abundante información acerca de la seguridad y eficacia de este tratamiento, pero aún no se conocen de forma completa las consecuencias y efectos a largo plazo de dicho tratamiento.

Mediante este Consentimiento Informado le pedimos que tome en consideración los beneficios esperados del tratamiento hormonal y también los posibles efectos secundarios, para que pueda decidir junto con su médico si la terapia hormonal es la adecuada para usted. Antes de firmar este consentimiento, debe estar seguro de haber entendido bien los beneficios y riesgos que el tratamiento hormonal podría tener sobre usted.

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

El tratamiento hormonal masculinizante tiene dos objetivos:

Reemplazar los niveles de hormonas femeninas endógenas, por niveles de hormonas del sexo masculino deseado (testosterona). La testosterona se usa para masculinizar el cuerpo, disminuyendo las características femeninas y aumentando las masculinas. Su endocrino determinará la forma de administración de testosterona (espray, gel o crema, parches, intramuscular) y la dosis óptima para usted, en función de sus necesidades y deseos personales, y teniendo en cuenta también, cualquier enfermedad médica ó de salud mental que usted pueda tener. En el caso de usar gel o espray: evite la trasmisión cutánea a otras personas.

También debe saber que cada persona responde al tratamiento con testosterona de forma diferente y es difícil predecir de antemano como va a responder usted. Usted acepta tratarse con testosterona, solo a las dosis indicadas por su médico y antes de realizar cualquier cambio por su cuenta, hablar sobre ello con su endocrino.

-Reducir los niveles de la hormona femenina (estrógenos) para disminuir las características sexuales femeninas. Los análogos de GnRH son efectivos en reducir los niveles de estrógenos, su acción es reversible y tienen pocos efectos adversos. La menstruación puede desaparecer a los pocos meses, solo con el tratamiento de testosterona (en cuyo caso no serían necesarios análogos), aunque para ello se puede necesitar altas dosis de testosterona, con el consiguiente aumento de efectos adversos.

-Si la menstruación continúa, su endocrino puede considerar añadir análogos de GnRH. Se aplican generalmente de forma intramuscular y cada 3-4 semanas.

-El uso combinado de testosterona y análogos puede permitir la masculinización con dosis menores de testosterona, que si se usa ésta sola.

2. CONSECUENCIA SEGURAS

- **Efectos que se esperan del tratamiento hormonal masculinizante**

Los cambios masculinos en el cuerpo, tras comenzar el tratamiento, pueden demorar varios meses en notarse (1-6 meses) y hasta ser completos pueden tardar entre 1 a 5 años.

Cambios **IRREVERSIBLES**, no desaparecerán, aunque decida interrumpir el tratamiento con testosterona:

- Cambios en el tono de su voz, se hace más profunda.
- Aumento del vello facial y corporal, sobre todo en cara, tórax y abdomen.
- Posible pérdida de cabello en las sienes y la coronilla (pérdida de cabello de patrón masculino) con posible calvicie completa en algunos casos.
- Aumento del tamaño del clítoris.

Cambios probablemente **REVERSIBLES** si se interrumpe el tratamiento hormonal:

- Cesación de la menstruación, generalmente a los pocos meses de iniciar el tratamiento hormonal.
- Posible ganancia de peso. Si usted gana peso, la grasa tenderá a ir al abdomen y cintura en lugar de las nalgas, caderas y muslos, haciendo que el cuerpo tenga apariencia más masculina.
- Aumento de la masa y fuerza muscular, sobre todo en la parte superior del cuerpo.
- Es posible que note sensación de tener más energía física.
- Piel más grasa e incluso acné (en cara y espalda) que puede llegar a ser severo.
- Aumento del deseo sexual.
- Atrofia vaginal.

- Observará cambios en el estado de ánimo o en el pensamiento; es posible que experimente una disminución de la reacción emocional ante las cosas y un posible aumento de los sentimientos de ira o agresividad. Algunas personas encuentran que su salud mental mejora después de comenzar el tratamiento con testosterona. Los efectos de las hormonas en el cerebro aún no se conocen completamente.

3. RIESGOS TIPICOS

- **Riesgos y posibles efectos secundarios del tratamiento con testosterona**

A) **Posible pérdida de la fertilidad**, aún después de interrumpir el tratamiento hormonal.

El efecto del tratamiento prolongado con testosterona en la función ovárica es incierto. Se ha descrito mayor frecuencia de ovarios poliquísticos en varones transgénero, tanto antes, como después del tratamiento con testosterona. En todo caso, el tiempo de recuperar la función ovárica y por tanto la fertilidad, tras retirar la testosterona, no se conoce. Se han descrito algunos embarazos en varones transgénero. Algunas personas eligen criopreservación de óvulos antes de comenzar el tratamiento con testosterona. Sin embargo, la testosterona no es un método anticonceptivo fiable, incluso si sus menstruaciones se detienen, podría quedar embarazada, si tiene relaciones sexuales con penetración con una pareja masculina. Si es éste el caso comente con tu médico cual sería el mejor medio de control anticonceptivo.

Otros efectos de la testosterona en los ovarios y en el desarrollo de óvulos no son bien conocidos.

Si ocurre embarazo mientras está en tratamiento con testosterona, el nivel alto de ésta hormona puede dañar e incluso producir la muerte fetal.

B) Muy alto riesgo de:

Aumento de la cifra de hemoglobina y hematocrito (el número de glóbulos rojos). Si el aumento es mayor de lo habitual en varones, puede dar lugar a trombosis y causar problemas como por ej. ACVA (accidente cerebrovascular).

C) Riesgo moderado de:

- Aumento del riesgo cardiovascular (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o enfermedad de las arterias a otros niveles): la testosterona puede dar lugar a cambios en las cifras de colesterol (disminución de HDL y aumento de LDL) y aumento de triglicéridos. También puede producir hipertensión arterial y aumento del riesgo de padecer diabetes. El riesgo cardiovascular será más alto si: es fumador, mayor de 45 años, si antes de comenzar el tratamiento hormonal tiene hipertensión, colesterol elevado, diabetes o historia familiar de enfermedad cardiovascular. Todo lo anterior debe ser descartado y controlado por su médico.
- Apnea del sueño: problemas para respirar mientras duerme.
- Aumento del apetito y del peso con aumento de masa muscular y grasa. Puede observar también aumento de la sudoración corporal.
- Alteración hepática grave: este riesgo con las actuales formas de administración de la testosterona (intramuscular o cutánea) es muy bajo.

- Los efectos en el aumento de riesgo de cáncer de mama, útero y ovarios no son bien conocidos. Probablemente tenga que ver con la conversión parcial de la testosterona administrada en estrógenos.
- Durante los primeros meses de tratamiento puede tener dolor pélvico, lo habitual es que desaparezca después de un tiempo, pero puede persistir. La causa no se conoce.
- Como consecuencia de la atrofia de vagina, la pared vaginal puede volverse más seca y frágil, lo cual puede producir irritación y molestias y también ser más propenso a adquirir enfermedades de trasmisión sexual y VIH, si tiene relaciones sexuales con penetración sin protección.
- Mayor riesgo de debilidad de tendones y por tanto mayor riesgo de lesión de éstos.
- Puede empeorar jaquecas o migrañas.
- Puede existir un aumento de la agresividad e irritabilidad y empeorar el control de los impulsos.
- Puede empeorar un trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno psicótico u otros estados de ánimo inestables.

- **Riesgos y posibles efectos secundarios de los análogos de GnRH**

-Los análogos de GnRH: tienen pocos efectos adversos. Al comienzo del tratamiento (primera administración) puede existir una elevación transitoria de la estimulación ovárica y como consecuencia podría tener una menstruación. Esto no ocurre tras la segunda administración. Pueden producir, cambios de humor, dolor e irritación en el sitio de inyección. Muy raros: neumonitis y fibrosis pulmonar.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente citados puede presentar por la enfermedad que padece otras complicaciones tales como:

……
……
……

5. CONTRAINDICACIONES

A) Absolutas

- Embarazo o lactancia
- Cáncer activo y sensibilidad a andrógenos
- Enfermedad cardiovascular isquémica inestable
- Enfermedad cerebrovascular grave (ICTUS)

- Cáncer de endometrio activo
- Psicosis no controlada
- Enfermedad renal o hepática grave
- Condiciones psiquiátricas que limitan la capacidad de proporcionar consentimiento informado
- Hipersensibilidad (Alergia) a uno de los componentes de la formulación de testosterona u otros preparados hormonales

B) Relativas

- Diabetes mal controlada
- Hipertrigliceridemia grave
-

6. MOLESTIAS PROBABLES

Puede aparecer, con poca frecuencia efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables: aumento del peso corporal, retención de líquidos, dolor de cabeza, sofocos, alteraciones de la función hepática, dolor abdominal tipo cólico asociado a la dosis de testosterona, aumento de las cifras de la tensión arterial, elevación de la glucosa y del colesterol en la sangre. Los tres últimos aumentan el riesgo de tener enfermedad cardiovascular (infarto de corazón o cerebral, trombosis cerebral, etc.)

7. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

El tratamiento hormonal no es la única vía para que una persona pueda parecer más masculina o vivir como varón, su médico o un profesional de la salud mental puede informarle de otras opciones.

8. USTED DEBE SABER QUE:

-Fumar aumenta los riesgos del tratamiento con hormonal con testosterona, especialmente enfermedad cardiovascular y aumento de glóbulos rojos. Si fuma debería tratar de reducir o dejar de fumar.

-Ponerse testosterona a dosis más altas de las recomendadas por su endocrino, puede aumentar el riesgo de efectos secundarios indeseables y en cambio dosis más altas de testosterona no funcionarán necesariamente mejor para masculinizar el cuerpo, de hecho, cantidades anormalmente altas de testosterona pueden convertirse en estrógeno que puede interferir con la masculinización.

-El tratamiento hormonal con testosterona es de por vida: interrumpir de forma repentina el tratamiento con testosterona, después de haber estado con ella por un tiempo prolongado, puede tener efectos negativos para la salud. Si decide interrumpir el tratamiento hormonal por alguna razón, debería informar a su Endocrino para valorar alternativas de tratamiento con el fin de minimizar los riesgos para su salud.

-Cáncer de mama: este riesgo es similar a la del resto de mujeres. En varones trans mastectomizados se ha descrito casos de cáncer del tejido mamario residual subareolar por lo que requieren seguimiento igualmente.

-Usted puede elegir parar el tratamiento hormonal en cualquier momento y por cualquier razón. No obstante, le animamos a que discuta dicha decisión con su endocrino.

-Su endocrino puede decidir disminuir la dosis de testosterona o interrumpir el tratamiento, por alguna razón médica concerniente a su salud. Debe esperar que el médico le informe y discuta con usted las razones de esta decisión.

-El tratamiento hormonal no es la única forma para que una persona puede parecer más masculina y vivir como varón, su médico y/o un profesional de salud mental pueden ayudarlo a pensar sobre estas otras opciones.

USTED ESTÁ DE ACUERDO CON:

-Administrarse testosterona y/o análogos de GnRH, solo en la dosis y forma en la que su endocrino se la prescriba.

-Informar a su endocrino: si está tomando o va a tomar algún otro fármaco, suplementos dietéticos, hierbas o medicamentos homeopáticos, tomar drogas o alcohol, para poder discutir posibles interacciones o efectos en su tratamiento hormonal.

-Informar a su endocrino: de cualquier síntoma nuevo que note o de cualquier enfermedad médica que ocurra antes o durante el tratamiento hormonal. También si cree que está teniendo efectos secundarios adversos a causa del tratamiento hormonal.

-Mantener un seguimiento médico de forma regular, que puede incluir citas para citologías vaginales, mamografías y exámenes ginecológicos.

-Realizar un control regular de análisis para monitorizar posibles efectos adversos y garantizar que su tratamiento hormonal es seguro y efectivo.

El paciente D./Dña. con DNI

o su representante legal, declara que:

- **HA RECIBIDO INFORMACIÓN** sobre el procedimiento propuesto y sus posibles alternativas.
- **ESTÁ SATISFECHO** con la información recibida y ha tenido posibilidad de aclarar todas sus dudas sobre el tema.
- **AUTORIZO EXPRESAMENTE** a que si durante el procedimiento de manera imprevista, se necesitase para bien del paciente, realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada anteriormente se lleve a cabo.
- **CONCEDE SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento previsto y conoce su derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del mismo, sin necesidad de tener que explicar sus causas.
- **Acepto el tratamiento combinado con análogos de GnRH y testosterona**

  SI ☐ **NO** ☐
- **Prefiero comenzar solo con testosterona**

  SI ☐ **NO** ☐

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……...

RENUNCIA A LA INFORMACION:

Manifiesto que, por razones personales y en el momento actual, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente sobre el proceso de mi transición, sin que ello implique dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención/procedimiento

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……..

NO CONSIENTO y rechazo el procedimiento propuesto y al hacerlo libero al Servicio de toda responsabilidad relativa a mi caso.

REVOCO el consentimiento previamente concedido

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL……

Fdo.: EL MÉDICO NFORMANTE……

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Dr. Esquerdo, 46, 28007 - Madrid - España, Telf.915 86 80 00, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CON ANÁLOGOS DE GnRH EN PERSONAS TRANS

<table>
<tr><td rowspan="3">SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIATRICA</td><td>Fecha de nacimiento:
<$Paciente.fechaNacimiento$></td><td>Sexo:
<$Paciente.sexo$
></td></tr>
<tr><td colspan="2">Dirección:

<$Paciente.Domicilio.Direccion$>

<$Paciente.Domicilio.Poblacion$>
<$Paciente.Domicilio.Provincia$>
<$Paciente.Domicilio.CodigoPostal$></td></tr>
<tr><td colspan="2">CIP: <$Paciente.NumeroTarjetaSanitaria$></td></tr>
<tr><td colspan="3">DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO BLOQUEADOR DE LA PUBERTAD</td></tr>
</table>

1. INFORMACIÓN

El uso de tratamiento hormonal para bloquear la pubertad en niños y adolescentes transgénero está basado en muchos años de experiencia en el tratamiento de niños con pubertad precoz central. Trabajos de investigación en tratamiento hormonal nos han proporcionado abundante información acerca de la seguridad y eficacia de este tratamiento, pero aún no se conocen de forma completa las consecuencias y efectos a largo plazo de dicho tratamiento.

Mediante este CI le pedimos que tome en consideración los beneficios esperados del tratamiento hormonal y también los posibles efectos secundarios, para que pueda decidir junto con su médico si la terapia hormonal es la adecuada para su hijo/a. Antes de firmar este consentimiento, debe estar seguro de haber entendido bien los beneficios y riesgos que el tratamiento hormonal podría tener.

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA EL BLOQUEO PUBERAL?

El tratamiento para bloquear la pubertad de su hijo/a tiene dos objetivos:

-Si el desarrollo puberal no ha finalizado (está empezando o se encuentra incompleto), el bloqueo puberal evitará la progresión de los caracteres sexuales secundarios no deseados de la pubertad (vello facial, agravamiento de la voz, constitución ósea, etc. en el caso de la chica trans, o el agrandamiento mamario, así como de útero y vagina en el caso de chico trans). Esto se conseguirá inhibiendo la producción de hormonas sexuales por parte de las gónadas de su hijo/a (testículos u ovario). Se usarán los Análogos de GnRH, cuya acción es reversible y tienen pocos efectos adversos. Se aplican generalmente de forma intramuscular y mensualmente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Si el desarrollo puberal ha finalizado (o casi finalizado), resulta obligatorio para el uso ulterior de terapia feminizante, ya que los estrógenos no pueden bloquear la producción de testosterona en la chica trans. Por el contrario, resultaría opcional para los chicos trans que desearan anular sus menstruaciones de manera rápida. En tales casos existen dos opciones terapéuticas, el empleo de Análogos de GnRH (ya explicado en el punto anterior aunque la administración del preparado trimestral es lo más habitual) o de Acetato de Ciproterona (Androcur, de administración oral diaria), que bloquea la acción de la Testosterona (solo chicas trans), sin disminuir su producción, pero tiene más efectos adversos.

Duración:

-En la chica trans, la duración será indefinida, no se podrá retirar hasta que se decida la gonadectomía.
-En el chico trans, el bloqueo puberal se suspenderá entre 6 meses a 1 año después de iniciar la terapia masculinizante.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

- **Efectos que se esperan del tratamiento bloqueador de la pubertad**

Sus efectos a corto y medio plazo son **REVERSIBLES**, pero no se conoce con seguridad si algunos de ellos podrán ser irreversibles en el futuro.

- En la chica trans:

-Reducción del vello facial y/o corporal parcial según el grado de desarrollo que tuviera en el momento de iniciar esta terapia.

-Se podrá notar una disminución del deseo sexual, de las erecciones de la cantidad y viscosidad del semen.

-El bloqueo puberal **no cambiará la estructura ósea** de la cara o del cuerpo. La nuez de Adán no disminuirá. El tono de voz no cambiará. Si desea estos cambios serán necesarios otros tratamientos que pueden ayudarle: Cirugía, educación de la voz.

- En el chico trans:

-Cese total de las menstruaciones, si las había.

-Reducción de las mamas, total o parcialmente según el grado de desarrollo que tuviera en el momento de iniciar esta terapia (regresión total o casi total de botón mamario al inicio de la pubertad, parcial o casi nula en estadios finales de la misma).

3. RIESGOS TÍPICOS

- Los Análogos de GnRH tienen pocos efectos adversos:

  3.1. Al comienzo del tratamiento (primera administración) puede existir una elevación transitoria de las hormonas sexuales y provocar, en el chico trans, una menstruación si ya había algo de desarrollo puberal.

  3.2. Puede haber algo de ganancia de peso al principio

  3.3. Riesgo de que el hueso se desmineralice y sea menos fuerte en el futuro (osteoporosis). Aunque es cierto que durante el tiempo del bloqueo el hueso se fortalecerá más lentamente y podrá ser más débil, en cuanto se empiece con las hormonas cruzadas habrá un fortalecimiento rápido y recuperador del mismo que permitirá que éste sea parecido al del resto de los adolescentes de su edad. Por otro lado, si el bloqueo tiene lugar en fases tardías de la pubertad (ya finalizó o a punto de ello) es muy posible que apenas se afecte la mineralización del hueso.

  3.4. Efectos sobre la talla final. Depende de lo que quede por crecer: si queda bastante por crecer (pubertad recién iniciada), el bloqueo puberal enlentecerá este crecimiento que queda y, en cuanto se empiece con las hormonas cruzadas, hará cierto estirón que permitirá alcance una talla algo más parecida al resto de las personas cis del género; si se empieza el bloqueador tarde, estando en fases avanzadas de pubertad, es posible que la estatura sea más acorde con las personas cis del género no deseado.

  3.5. Por último, se sabe muy poco sobre si el bloqueo puberal puede afectar a la fertilidad futura, esto es, a la capacidad de poder tener hijos de su propia genética. Si se ha acudido en fase final de pubertad (IV-V) y aún no se ha iniciado el bloqueo puberal, se pueden aplicar técnicas de criopreservación de semen u ovocitos; en caso contrario, las técnicas de preservación futura son experimentables y no factibles hoy por hoy.

- Antiandrógenos: ganancia de peso, cansancio, depresión, alteraciones hepáticas. Su uso durante años se asocia a aumento del riesgo de Meningiomas (un tipo de tumor cerebral). Su uso puede hacer más difícil de valorar los resultados de PSA (parámetro analítico indicador de posible cáncer de próstata), lo cual puede hacer más difícil detectar problemas de Próstata, por tanto, a partir de los 50 años le informamos que debería hacerse exploraciones anuales de próstata.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente citados por la enfermedad que padece puede presentar otras complicaciones tales como:

……

……

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO

5. CONTRAINDICACIONES

No están descritas

6. MOLESTIAS PROBABLES

Disminución del deseo sexual, sofocos, sudoración profusa, debilidad, mareo, depresión, cambios de humor. Sequedad de boca, náuseas, dolor de cabeza. Sensación de adormecimiento y hormigueo de las piernas. Reacción alérgica o de infección de la zona del pinchazo. Muy raros: Neumonitis y Fibrosis pulmonar.

7. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

Para los chicos trans que desearan anular sus menstruaciones de manera rápida como alternativa se pode utilizar Acetato de Ciproterona (Androcur, de administración oral diaria), que bloquea la acción de la Testosterona, sin disminuir su producción, pero tiene más efectos adversos.

8. USTED ESTÁ DE ACUERDO CON:

- Que su hijo/a reciba el bloqueo que detenga su pubertad.
- Informar a su endocrino: si su hijo está tomando o va a tomar algún otro fármaco, suplementos dietéticos, hierbas o medicamentos homeopáticos, tomar drogas o alcohol, para poder discutir posibles interacciones o efectos en su tratamiento hormonal.
- Informar a su endocrino: de cualquier síntoma nuevo que note su hijo/a, o de cualquier enfermedad médica que ocurra antes o durante el tratamiento bloqueador.
- Mantener un seguimiento médico de forma regular, que puede incluir citas para analítica, edad ósea, densitometría ósea o ecografía abdominal, para monitorizar posibles efectos adversos y garantizar que el tratamiento hormonal es seguro y efectivo.

El paciente D./Dña. con DNI

o su representante legal, declara que:

- **HA RECIBIDO INFORMACIÓN** sobre el procedimiento propuesto y sus posibles alternativas.
- **ESTÁ SATISFECHO** con la información recibida y ha tenido posibilidad de aclarar todas sus dudas sobre el tema.
- **AUTORIZO EXPRESAMENTE** a que si durante el procedimiento de manera imprevista, se necesitase para bien del paciente, realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada anteriormente se lleve a cabo.
- **CONCEDE SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento previsto y conoce su derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del mismo, sin necesidad de tener que explicar sus causas.
- **Acepto el tratamiento combinado con análogos de GnRH y Androcur**

  SI ☐ **NO** ☐
- **Prefiero comenzar solo con GnRH**

  SI ☐ **NO** ☐ **Mensual** **Trimestral**
- **Prefiero comenzar solo con antiandrógenos**

  SI ☐ **NO** ☐

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……...

RENUNCIA A LA INFORMACION:

Manifiesto que, por razones personales y en el momento actual, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente sobre el proceso de mi transición, sin que ello implique dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención/procedimiento

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLES LEGALES……

Fdo.: EL MÉDICO INFORMANTE……..

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NO CONSIENTO y rechazo el procedimiento propuesto y al hacerlo libero al Servicio de toda responsabilidad relativa a mi caso.

REVOCO el consentimiento previamente concedido

Madrid, de de

Fdo.: EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL……

Fdo.: EL MÉDICO NFORMANTE……..……..

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Trías Bertrán nº7 (Edif. Sollube) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Dr. Esquerdo, 46, 28007 - Madrid - España, Telf.915 86 80 00, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GLOSARIO

- **Cisexual (persona):** Toda aquella persona cuya identidad sexual coincide con la asignada al nacer.
- **Sexo biológico**: Conjunto de informaciones cromosómicas, órganos genitales, capacidades reproductivas y características fisiológicas secundarias que pueden combinarse de diferentes formas dando lugar a una gran diversidad de configuraciones de las características corporales
- **Sexo sentido/sexo psicológico**: Sexo con el que una persona se siente identificada. Es el sexo con el que las demás personas deben identificarla y tratarla.
- **Género:** Es un constructo social, cultural y psicológico que determina el concepto de mujer, de hombre y de otras categorías no binarias o normativas. Depende de la cultura, el entorno social, el ámbito geográfico y la época.
- **Identidad de género**: Percepción subjetiva que cada persona tiene en cuanto a su propio género (autopercepción), que puede o no coincidir con el asignado al nacer. La persona expresa la identidad de género a través de su comportamiento y aspecto externo teniendo en cuenta el contexto sociocultural al que pertenece.
- **Identidad sexual:** Percepción que la persona tiene sobre sí misma en cuanto al sexo al que pertenece, que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer.
- **Rol de género**: Conjunto de normas sociales y de comportamiento percibidas como apropiadas para un determinado género en un grupo o sistema social dado. Las normas se establecen en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y la feminidad.
- **Orientación sexual**: Patrón de atracción sexual, erótica o amorosa hacia un determinado grupo de personas definidas por su género o su sexo. Es independiente de la identidad de género, ya que la identidad de género no presupone la orientación sexual, y viceversa.
- **Transexualidad**: Condición o circunstancia vital por la que la propia identificación sexual de una persona (su sexo sentido o psicológico) no corresponde con el asignado al nacer en atención a sus genitales.

- **Transexual**: Termino que se aplica a la persona en la que la identidad de género difiere del género asignado al nacer. El término transexual nunca debe utilizarse como sustantivo, siempre como adjetivo precedido de los sustantivos: persona, hombre, mujer, niño o niña, evitando así que la característica se convierta en etiqueta.

  El término transexual fue introducido en la literatura científica en 2011, al publicarse un informe de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH), redactado por el Instituto de Medicina, titulado "The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Trasgender People, Building a Foundation for Better Understanding" (Institute of Medicine, 2011).

- **Transgénero**: Termino que se aplica a la persona que cuestiona la necesidad de elegir entre los roles masculinos y femeninos

- **Trans:** Término que engloba a todas aquellas personas cuya identidad sexual no coincide con el sexo que les asignaron al nacer. **Ampara múltiples formas de expresión** de la identidad de género o categorías como personas transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, personas no binarias, personas de sexo fluido, así como a quienes definen su género como "otro" o describen su identidad en sus propias palabras.

- **Intersexualidad**: Variedad de situaciones en las cuales, una persona nace con una anatomía reproductiva o sexual que no parece encajar en las definiciones típicas de masculino y femenino (no tiene nada que ver con la identidad sexual sino con la morfología o el fenotipo, pudiendo las personas intersex ser, a su vez, trans* o cisexuales)