

# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS ADULTAS CON DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

<b>CONTENIDOS</b>		<b>Página</b>
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
	<b>PAUTA DE ACTUACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>PROCESO DE DERIVACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>HOSPITALES CON CONSULTA MONOGRÁFICA ( U. PROXIMIDAD)</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>PAUTAS DE TRATAMIENTO EN CONSULTA MONOGRÁFICA (PROXIMIDAD)</b>	<b>6</b>
	<b>3.1 PRIMERA CONSULTA O DE ACOGIDA</b>	<b>6</b>
	<b>3.2 SEGUNDA CONSULTA: TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO</b>	<b>7</b>
	<b>3.3 CONSULTAS SUCESIVAS</b>	<b>9</b>
	<b>3.4 DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES DESDE CONSULTA MONOGRÁFICA</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE IDENTIDAD DE GÉNERO (UIG)</b>	<b>17</b>
	<b>4.1 DERIVACIÓN A LA UIG</b>	<b>17</b>
	<b>4.2 PAUTAS DE TRATAMIENTO EN LA UIG</b>	<b>17</b>
	<b>4.3 DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES</b>	<b>17</b>
	<b>REUNIONES DE COORDINACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR</b>	<b>27</b>
	<b>REGISTRO DE CASOS</b>	<b>28</b>
	<b>REGISTRO DE DETRANSICIÓN</b>	<b>30</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>
<b>1</b>	<b>ANEXO 1: ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANS ADULTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DERIVACIONES Y SEGUIMIENTO</b>	<b>34</b>
<b>2</b>	<b>ANEXO 2: MAPA DE REFERENCIAS DE UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO</b>	<b>45</b>
<b>3</b>	<b>ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO FEMINIZANTE EN PERSONAS TRANS</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO MASCULINIZANTE EN PERSONAS TRANS</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>ANEXO 5: CARTERA DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO- HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ</b>	<b>59</b>

## PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TRABAJO

Apellidos, Nombre (orden alfabético)	Puesto	Hospital
Asenjo Araque, Nuria	Facultativo Especialista en Psicología Clínica y responsable docencia UIG	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Identidad de Género
Díaz Pérez, José Ángel	Facultativo Especialista de Área en Endocrinología y Nutrición	Hospital Universitario Clínico San Carlos
Fernández Martínez, Alberto	Facultativo Especialista de Área en Endocrinología y Nutrición	Hospital Universitario de Móstoles
Hernández Clemente, Juan Carlos	Médico de Familia	Director del Centro de Salud Sanchinarro
Lucio Pérez, María Jesús	Técnico superior. Gestora de pacientes	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Identidad de Género
Martínez Méndez, Jose Ramón	Jefe de Sección de Cirugía Plástica	Hospital Universitario La Paz
Montanez Hernández, Laura	Facultativo Especialista de Área en Endocrinología y Nutrición	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Identidad de Género
Mora Rivas, Elena	Facultativo Especialista de Área de Otorrinolaringología	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Serrano Velasco, María	Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología	Hospital Universitario La Paz
Sirón Zorbakhsh Etemadi	Facultativo Especialista del Servicio de Cirugía Reconstructiva y Quemados	Hospital Universitario La Paz
Por el Servicio Madrileño de Salud		
Alcañiz Mazcuñán, Rosa	Técnico de la Gerencia Adjunta de Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales
García Alvarado, Marta	Técnico de la Gerencia Adjunta de Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales
Guerra Aguirre, Javier	Gerente Adjunto de Procesos	Gerencia Asistencial de Hospitales

## INTRODUCCIÓN

La definición del sexo-género de una persona va mucho más allá de la apreciación visual de sus órganos genitales externos en el momento del nacimiento y (como estableció el Tribunal de Derechos Humanos, tras una decisión adoptada por unanimidad, en dos importantes sentencias de 2002) no es un concepto puramente biológico, sino, sobre todo, psicosocial.

En las personas imperan las características psicológicas que configuran su forma de ser y se ha de otorgar soberanía a la voluntad humana sobre cualquier otra consideración física. La libre determinación del género de cada persona ha de ser afirmada como un derecho fundamental, parte imprescindible de su derecho al libre desarrollo de su personalidad.

El tratamiento de afirmación de género es un esfuerzo multidisciplinar que incluye los cuidados de la salud física y mental a lo largo de la vida (salud transgénero), el tratamiento hormonal y/o el tratamiento quirúrgico. El apoyo a las personas con diversidad de género, (personas no binarias, género fluido...) debería incluir, además del estado hormonal, las implicaciones de los tratamientos prescritos y los cambios biológicos y psicosociales que le suceden en estas esferas.

## JUSTIFICACIÓN

Es un objetivo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ordenar y mejorar la asistencia sanitaria a las 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 personas trans 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.
- Unificar los criterios de derivación a la Unidad Multidisciplinar de Identidad de Género (UIG).

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, otorrinolaringólogos, 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 personas mayores de 16 años con demanda relacionada con su identidad sexual.

Las derivaciones serán:

#### A) Desde Atención Primaria (Anexo 1)

El Médico de Familia realizará la valoración inicial, información, pruebas complementarias (si considera necesarias) y remitirá, si procede, a:

- Especialistas de Endocrinología, especializados en la atención de personas trans (atención en proximidad) en el hospital de referencia asignado.
- La Unidad de Identidad de Género del H. Ramón y Cajal, aquellas áreas que lo tengan como hospital de referencia asignado.

#### B) Desde hospitales donde no existe consulta monográfica

Si casualmente su primer contacto es hospitalario, y en él no existe consulta monográfica, se derivarán a la consulta monográfica del hospital de referencia asignado.

#### C) Pacientes complejos o con patologías concomitantes que requieran una especial atención se remitirán a la UIG del H. Ramón y Cajal.

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).

### 2.- HOSPITALES CON CONSULTA MONOGRÁFICA

Los hospitales en los que existen endocrinólogos especializados para iniciar la atención en proximidad a personas trans adultas, son:

H. U. Gregorio Marañón  
H. U. Clínico San Carlos  
F. H. U. Fundación Jiménez Díaz  
H. U. de Móstoles  
H. U. de Getafe

Estos centros prestarán la asistencia a personas trans de su área de referencia asignada y a las personas que así lo hayan solicitado. Se realizará en las consultas monográficas existentes dentro del Servicio de Endocrinología (en general). Ver mapa de referencias (Anexo 2)

### 3.- PAUTAS DE TRATAMIENTO EN CONSULTA MONOGRÁFICA (UNIDAD DE PROXIMIDAD)

#### 3.1 PRIMERA CONSULTA O DE ACOGIDA

- Identificar el pronombre, nombre y género que la persona desea y anotarlo en la historia clínica.
- Identificación del proceso y confirmar deseo persistente de cambio de género e idoneidad del tratamiento hormonal afirmativo de género. Este proceso puede conllevar una o varias consultas según las características biográficas de cada paciente y la seguridad en cuanto a asumir las características del tratamiento, sus beneficios y riesgos.
- Identificar tratamientos hormonales previos, supervisados o no, y evolución y tolerancia a los mismos.
- Historia clínica y exploración física.
- Identificar problemas psicológicos asociados y ofrecer ayuda Psicológica/Psiquiátrica a las personas que lo deseen.
- Informar opciones de salud reproductiva (conservación de esperma y de ovocitos) antes de empezar el tratamiento hormonal. Los que lo deseen son derivados al Departamento de Fertilidad del Servicio de Ginecología/ Laboratorio de Andrología de cada Centro.
- Petición de exámenes de laboratorio: hemograma, bioquímica básica, perfil lipídico, función hepática, estudio de coagulación, estudio hormonal (FSH, LH, Estradiol, Prolactina, Testosterona) iones, otras pruebas complementarias (hormonas tiroideas, calcio, fósforo, FA, albúmina, proteínas totales, hemoglobina glicosilada, serología virus hepatitis B y C, serología VIH y sedimento de según historia clínica y antecedentes).
- Derivación de los hombres trans al Servicio de Ginecología para exploración ginecológica, citología, ecografía ginecológica y ecografía de mamas si es pertinente.
- Valorar tratamiento con anticonceptivos en hombres trans.
- Derivación al Servicio de Hematología para estudio de coagulación en mujeres trans con factores de riesgo de enfermedad tromboembólica. Pruebas realizadas: plaquetas, APTT, tiempo de protrombina (INR), tiempo de trombina, fibrinógeno, factor V, factor VIII (y posibles mutaciones de dichos factores) D-dímeros, proteína C, proteína S, antitrombina III, anticoagulante lúpico y anticuerpos antifosfolípidos.
- Aquellas personas con una historia familiar marcada de cáncer de mama y/u ovario deben ser remitidos a Consejo Genético para realizar cribado de cáncer familiar (BRCA1 y BRCA 2).
- Aquellas mujeres trans que en este punto del proceso deseen feminización de su voz pueden ser derivadas a su especialista de Otorrinolaringología de referencia (según su área sanitaria) para valorar terapia logopédica de feminización de la voz.

### 3.2 SEGUNDA CONSULTA: TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO

- Revisión de las pruebas solicitadas y valoración de posibles contraindicaciones absolutas y relativas (tablas 1 y 2).

**Tabla 1: Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento con estrógenos en mujeres transexuales**

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad mental grave</li> <li>- Antecedentes personales de enfermedad tromboembólica venosa por estado de trombofilia</li> <li>- Enfermedad coronaria y/o cerebrovascular inestables</li> <li>- Neoplasias sensibles a estrógenos</li> <li>- Hepatopatía terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatopatía activa (transaminasas x 3 veces): se recomendará su corrección previamente al tratamiento</li> <li>- Hipertrigliceridemia: se recomendará su corrección</li> <li>- Diabetes Mellitus con mal control metabólico: optimizar el control</li> <li>- Tabaquismo: se recomendará abandono</li> </ul>

**Tabla 2: Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento hormonal con testosterona en hombres transexuales**

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad mental grave</li> <li>- Embarazo o lactancia</li> <li>- Cardiopatía isquémica inestable</li> <li>- Hepatopatía terminal</li> <li>- Neoplasia andrógeno-dependiente</li> <li>-</li> <li>- Cáncer endometrial activo</li> <li>- Policitemia no tratada con hematocrito superior a 55%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatopatía activa (transaminasas x 3 veces): se recomendará su corrección previamente al tratamiento</li> <li>- Hipertrigliceridemia: se recomendará su corrección</li> <li>- Diabetes Mellitus con mal control metabólico: optimizar el control</li> <li>- Obesidad grado III: intentar medidas para pérdida de peso</li> <li>- Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): iniciar tratamiento con CPAP antes de iniciar el tratamiento</li> </ul>

- Informar a pacientes y acompañantes de beneficios y riesgos del tratamiento hormonal
- Firma del consentimiento informado. (Anexos 3 y 4).

## PLAN DE TRATAMIENTO: Inicio del tratamiento hormonal

El tratamiento hormonal consensuado se recoge en los siguientes cuadros:

### MUJERES TRANS

ESTRÓGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Valerato y hemihidrato-estradiol (17-<math>\beta</math>-estradiol)</li> </ul>	2-6 mg/día v.o. 1-4 mg/día sublingual	<b>De elección</b> - Permite monitorización
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrógenos Transdérmicos</li> </ul>	100 mcg/3-7 días	<b>De elección en paciente &gt; 40años:</b> - Menor riesgo trombótico - Permite monitorización - Fácil aplicación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemihidrato – estradiol en pulverización</li> </ul>	4-8 pulverizaciones/día	<b>De elección en paciente &gt; 40años:</b> - Menor riesgo trombótico - Permite monitorización - Fácil aplicación
ANTIANDRÓGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acetato de Ciproterona</li> </ul>	12.5/50 mg/día	- Riesgo de hepatotoxicidad, - Meningioma
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espironolactona</li> </ul>	100-200 mg/día	- Uso no habitual - Vigilar TA e iones
ANÁLOGOS DE GnRH	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Triptorelina</li> </ul>	3,75mg im mensual	- Uso en el THC en la adolescencia - Supresión reversible de la pubertad - No financiado - Facilitar feminización en pacientes adultos
PROGESTÁGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Progesterona</li> </ul>	100-300 mg día	- En casos individuales



## VARONES TRANS

TESTOSTERONA INTRAMUSCULAR	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cipionato de testosterona</li> </ul>	-250mg/3 semanas im -50-100 mg/semana subcutáneo	- Económico - Oscilaciones en las concentraciones de testosterona sérica
<ul style="list-style-type: none"> <li>Undecanoato de testosterona</li> </ul>	1000 mg cada 10-14 semanas	- Dosis de carga a las 6 semanas de 1ª inyección - Niveles más estables en sangre - Inyección de 4ml
TESTOSTERONA TÓPICA	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Testosterona en gel</li> </ul>	50-100 mg/día	- Fácil aplicación - Buena tolerancia - Tránsito por contacto directo

- En algunos casos concretos se valorará añadir a la testosterona el uso de fármacos antigonadotrópicos como análogos de GnRH, inhibidores de la aromatasa o progestágenos.
- Los inhibidores de 5-alfa reductasa (finasteride y dutasteride) bloquean la conversión de la testosterona al agente más activo, la 5-alfa-dihidrotestosterona. Estos medicamentos tienen efectos beneficiosos sobre la pérdida de pelo del cuero cabelludo, el crecimiento de pelo del cuerpo, las glándulas sebáceas y la consistencia de la piel. Se podrán utilizar en determinados casos.

### 3.3. CONSULTAS SUCESIVAS

#### 3.3.1 Evaluación de los cambios y necesidades

##### A) Mujeres trans:

- Distribución de grasa corporal
- Aumento del tamaño de las mamas (utilizar los estadios de Tanner de la pubertad para evaluar crecimiento)
- Disminución del vello facial y corporal
- Alteraciones en la libido y la erección

#### **B) Hombres trans:**

- Cambios en la voz. El tratamiento hormonal, normalmente, masculiniza la voz de forma satisfactoria. Si no es así, derivar a logopedia para masculinización vocal desde ORL del centro de referencia
- Aumento de vello facial
- Aumento de la masa muscular
- Amenorrea
- Acné
- Cambios en la libido

#### **3.3.2. Exploración física**

- Peso, Tensión Arterial, Frecuencia cardíaca, Perímetro de la cintura, aspecto y tamaño de las mamas, Auscultación cardiopulmonar, Abdomen y extremidades.

#### **3.3.3. Valoración de analíticas**

- Hemograma, coagulación, básico, iones, perfil lipídico, hepático, estradiol, testosterona, prolactina (en mujeres trans).

#### **3.3.4. Valoración de efectos adversos**

##### **A) Alteración de transaminasas:**

- Valorar otras causas (fármacos, infecciones agudas, abuso de alcohol, hígado graso).
- Solicitar pruebas complementarias: perfil hepático completo, coagulación, albumina, serología virus VHA, VHB, VHC, ecografía abdominal.
- Derivar a Digestivo o Medicina Interna para estudio, en caso de no resolverse, valorar suspender de forma transitoria el tratamiento hormonal.

##### **B) Dislipemia:**

- Control con dieta, ejercicio y fármacos según valoración de riesgo cardiovascular

##### **C) Hiperglucemia o diabetes:**

- Dieta, ejercicio o comenzar con fármacos orales.

**D) En mujeres trans tratadas con espironolactona:**

- Si hipotensión, hiponatremia o hiperkalemia valorar disminución de dosis, suspensión del tratamiento o cambio de antiandrógeno.

**E) Hiperprolactinemia:**

- En casos de aumento progresivo de niveles de Prolactina, aparición de galactorrea, proceder a un estudio etiológico de otras posibles causas, y/o solicitar una RM hipofisaria.
- Tratar posibles causas, valorar disminución de dosis de estrógenos y/o añadir agonistas dopaminérgicos.

**F) Poliglobulia (hombres trans):**

- Asegurar adecuada adherencia
- Valorar disminución de dosis de testosterona intramuscular o cambio a testosterona en gel.
- Si mayor de 55% valorar FLEBOTOMIAS periódicas.

**G) Acné (hombres trans):**

- Valorar monoclin: 100 mg/día vo. durante 10 días.
- Valorar tratamiento con isotretinoína vo. (0.5 mg/kg/día durante 16 semanas) o derivar a Dermatología. Asegurar medidas anticonceptivas.

**H) Persistencia o aparición de menstruaciones:**

- Aumento de dosis de testosterona o intervalo de administración más corto.
- Valorar añadir progestágenos (medroxiprogesterona 5-10 mg/día) o análogos de GhRH.
- Valorar derivación a Ginecología.

### 3.3.5. Ajuste de dosis de los tratamientos

**A) Mujeres trans:**

- El momento de determinación de los niveles de estrógenos dependerá de la forma farmacéutica empleada: a las 24 h de la última dosis de estrógeno administrado vía oral, a las 48 h de la aplicación del estrógeno transdérmico o 12 horas antes de la dosis de estrógeno en pulverizaciones.
- Se recomienda mantener las concentraciones plasmáticas de estradiol en los valores medios de una mujer premenopáusica (<200 pg/ml) o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia (100 pg/ml).

- En mujeres trans después de la cirugía (orquiectomía) disminuir dosis al menos a la mitad y retirar tratamiento antiandrogénico.
- En mujeres trans > 50 años sometidas a terapia estrogénica durante años, debe reducirse la dosis de estrógenos a dosis utilizadas en mujeres cis y postmenopáusicas se debe reevaluar la seguridad cardiovascular en cada visita revisando otros factores de riesgo, como glucemia, perfil lipídico, tensión arterial, tabaquismo, peso y episodios agudos de enfermedad cardiovascular
- Las concentraciones de testosterona total deben mantenerse en rango de mujeres cis (0.5-08 ng/ml)
- Suspender tratamiento estrogénico 15 días antes y después de las cirugías (mamoplastia y reasignación sexual)

#### **B) Hombres trans:**

- Se determinarán niveles de testosterona según la forma farmacéutica de testosterona empleada:
  - \*Cipionato/enantato de testosterona im justo antes de la siguiente inyección (niveles mínimos) o justo a la mitad del ciclo, justo entre 2 inyecciones (niveles máximos)
  - \*Undecanoato de testosterona im: antes de la siguiente dosis
  - \* Testosterona en gel, la medición puede ser en cualquier momento Recomendable aplicar el gel la noche anterior
- Mantener las concentraciones plasmáticas de testosterona dentro de los valores de referencia para hombres cis de su misma edad (320- 1.000 ng/dl)
- Los niveles de estradiol deben mantenerse < 50 pg/ml
- Valoración individual de la suspensión del tratamiento con testosterona antes de la cirugía

#### **3.3.6. Periodicidad de las visitas**

- Durante el primer año: Cada 3 meses
- Durante el segundo año: Cada 6 meses
- En aquellas personas sanas en las que se hayan alcanzado niveles hormonales normales y no se hayan detectado efectos adversos tras los dos primeros años, se pueden realizar revisiones anuales

- En personas con transición de género completa (con cirugía de reconstrucción genital) revisiones anuales y densitometrías óseas cada 3 años
- Informe a Médico de Familia
- En personas trans con transición completa de género: posibilidad de alta a Atención Primaria con recomendaciones a su Médico de Familia (Anexos) sobre control de factores de riesgo cardiovascular, analítica con hemograma, perfil lipídico, hepático, iones, creatinina, estradiol, testosterona

### 3.3.7. Finalización del tratamiento

#### A) Mujeres trans:

Al igual que sucede en la menopausia, se puede considerar retirar/disminuir el tratamiento a partir de los 50-55 años, en función de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y edad de inicio de la terapia

#### B) Hombres trans:

El tratamiento es de por vida, siendo necesario ajustar la dosis según la etapa vital en la que se encuentre la persona

## 3.4.- DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES DESDE CONSULTA MONOGRÁFICA

### 3.4.1. –GINECOLOGÍA

#### A) CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

##### **PATOLOGÍA GINECOLÓGICA:**

Se remitirán aquellas personas que tengan originariamente o tras cirugía reconstructiva aparato genital interno o externo que conste de vulva, vagina, útero u ovarios o aquellas con tejido mamario y que precisen **valoración ginecológica por cualquier síntoma** que sugiera patología de esta especialidad. También serán derivadas si desean realizar alguna **consulta de índole ginecológica**.

##### **CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO:**

Hombres transexuales que deseen realizarse cirugía ginecológica (histerectomía con doble anexectomía).

##### **REVISIONES GINECOLÓGICAS:**

Los hombres transexuales que estén bajo tratamiento hormonal androgenizante y que conserven aparato genital interno (útero y ovarios) deberán realizarse:

### **Cribado de cáncer de cérvix según los protocolos nacionales actuales:**

- a) Pacientes inmunocompetentes: Citología cervical a partir de los 25 años cada 3 años. A partir de los 30 años continuar con citología trienal (prueba aceptable) o con test del virus del papiloma (VPH) (prueba preferente) cada 5 años hasta los 65 años.
- b) Pacientes inmunodeprimidos: Citología cervical a partir de los 21 años anual. A partir de los 30 años es preferente realizar cotest (citología + test de VPH) cada 3 años.
- c) Existe la posibilidad si existen dificultades para la toma cervical o si el paciente lo desea, de realizar una autotoma vaginal para test de VPH con una sensibilidad y especificidad aceptables.
- d) Existe la recomendación con bajo nivel de evidencia de realizar una ecografía ginecológica anual para control endometrial y ovárico. También es recomendable realizar ecografía en caso de metrorragia no explicada por modificaciones en el tratamiento hormonal.

### **Cribado de cáncer de mama: según los protocolos nacionales actuales**

- a) Todas las personas que tengan tejido mamario de forma nativa o secundario a tratamiento hormonal se realizarán control mamario según el programa de detección precoz del cáncer de mama de la Comunidad de Madrid (DEPRECAM) o en caso de encontrarse fuera del circuito del mismo, se realizarán mamografía desde los 50 años cada 2 años hasta los 65, que puede ser solicitada por su médico de Atención Primaria si no precisa otros controles ginecológicos.

Si existiera alto riesgo familiar de cáncer de mama el caso tendrá que ser valorado individualmente por su ginecólogo.

- b) En el contexto de la revisión ginecológica se identificará a aquellas poblaciones más vulnerables para adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) para realizar un adecuado despistaje de las mismas. En caso de que esta persona no precise revisión ginecológica, esta tarea deberá ser realizada por su médico de Atención Primaria.
- c) En el caso de hombres trans que conserven aparato genital interno, se debe de ofrecer anticoncepción eficaz si procede.

### **CIRUGÍA GINECOLÓGICA:**

#### **HISTERECTOMÍA CON DOBLE ANEXECTOMÍA:**

La cirugía de histerectomía y doble anexectomía, por vía laparoscópica o laparotomía, preferentemente la primera se puede indicar y realizar en su hospital de origen, si bien en caso de dificultades técnicas se puede hacer derivación a la Unidad de Identidad de Género para su valoración y tratamiento.

Se programará cirugía previa información de las consecuencias a corto y largo plazo, tras la firma de consentimiento informado.

#### **CIRUGÍA POR PATOLOGÍA GINECOLÓGICA:**

Cualquier otro tipo de cirugía ginecológica que precisen realizarse por patología orgánica del aparato genital externo (vulva), interno (vagina, útero, trompas u ovarios) o mamas.

#### **3.4.2.- PSICOLOGÍA/PSIQUIATRÍA**

Las personas que precisen o lo soliciten, se citarán, preferentemente, con Psicología Clínica de los Servicios de Salud Mental, formados en identidad de género. En su defecto con quien se considere en el equipo, teniendo en cuenta la necesidad de ampliar la formación en el campo de Identidad Sexual.

### **PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO**

#### **a) PRIMERA CONSULTA O DE ACOGIDA**

Se recibe a la persona, adaptándonos al pronombre, y nombre con el que quiere que se le llame en consulta. Se explica el modo de atención desde la psicología transafirmativa que se resume en un acompañamiento sobre el proceso de afirmación de género en todas las fases que este implique (expresión de la identidad social, tratamientos hormonales y quirúrgicos si se demandan).

#### **b) CONSULTAS SUCESIVAS**

Durante al menos en las dos siguientes consultas, se recogerá información detallada sobre:

- Su identidad de género, la expresión de género con la que se encuentra cómodo
- El entorno familiar (aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno académico y/o laboral).
- 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.
- Demandas concretas/dudas/ aclaraciones que pide la persona ante un proceso identitario.

- Se atenderán igualmente los casos en los cuales se presentan otros trastornos de salud mental asociados al proceso de identidad de género, y/o, en caso de haberlas, otras patologías graves en salud mental.

#### **c) REUNIONES Y COORDINACIONES EN RED DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANS**

Se programarán reuniones periódicas con el fin de coordinar acciones consensuadas en la atención a la salud trans, junto con otros profesionales implicados en esta atención (endocrinólogos, cirujanos, gestora de pacientes, psicólogos...).

De estas reuniones pueden derivarse la elaboración de documentos, modelos y guías que faciliten y mejoren la atención sanitaria a personas trans, en toda la Comunidad de Madrid.

Como en cualquier otro usuario del sistema de salud, se aconsejará valoración por Psiquiatría cuando exista sospecha de patología psiquiátrica no diagnosticada o descompensada (depresión, TCA, trastornos de la personalidad, etc).

#### **3.4.3. - OTORRINOLARINGOLOGÍA: Feminización vocal y condroplastia tiroidea**

Si una mujer transgénero no está satisfecha con el tono de su voz, el primer tratamiento a realizar es terapia logopédica de feminización vocal en su Centro de referencia según su Área sanitaria, normalmente canalizado a través del servicio de Otorrinolaringología de cada Área. Si tras dicha terapia la mujer sigue sin estar satisfecha, y ya se ha realizado previamente todas las cirugías de reasignación de sexo, será derivada a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal.

Así mismo, si una mujer transgénero desea feminización del aspecto estético de la nariz de Adán, será derivada a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, también siempre tras haberse realizado previamente todas las cirugías de reasignación de sexo.

#### **3.4.4. - UROLOGÍA**

Aunque la hiperplasia prostática benigna y el adenocarcinoma de próstata son raros en la población mujer trans, debido al uso de la terapia hormonal basada en estrógenos, siguen siendo motivo de preocupación en el cuidado a largo plazo de una paciente mujer trans deberá tenerse en cuenta para los controles oportunos.



## **4.- UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE IDENTIDAD DE GÉNERO (UIG)**

### **4.1.- DERIVACIÓN A LA UIG**

La derivación de personas a la UIG ya se recoge al inicio del documento, en el apartado de Proceso de Derivación (página 5).

En la UIG se realizará el análisis y valoración de la situación de la persona trans; de los tratamientos que haya realizado o no; la indicación de derivación a otras especialidades y la procedencia o no de remisión al Hospital La Paz para tratamiento quirúrgico.

### **4.2.- PAUTAS DE TRATAMIENTO EN LA UIG**

Las pautas de tratamiento inicial en la UIG son las mismas que se recogen para la Consulta Monográfica (página 5), tanto en lo que respecta a las consultas como en las pautas de tratamientos hormonales.

Si el tratamiento hormonal cruzado se ha realizado correctamente en las unidades de proximidad del SERMAS (que remitirán informe clínico completo), se aceptarán a todos los efectos por parte de la UIG para proceder a su derivación a Cirugía Plástica en Hospital La Paz (Unidad Quirúrgica de la UIG).

### **4.3.- DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES**

#### **4.3.1. PSICOLOGÍA/PSIQUIATRÍA**

##### **PROTOCOLO PSICOLÓGICO**

El proceso de afirmación de género se trata de un proceso individualizado, por tanto, puede o no puede implicar un cambio inmediato de la expresión de género o modificaciones en el cuerpo. Puede, o no, implicar el uso de tratamiento hormonal cruzado y/o cirugías plásticas, dado que todos los usuarios/as no lo demandan, atendiendo a nuevos modelos de expresión de la identidad de género (personas no binarias, género fluido...).

##### **a) CONSULTA DE ACOGIDA**

- Se recibe a la persona, adaptándonos al pronombre, y nombre con el que quiere que se le llame en consulta. Se explica el modo de atención desde la psicología transafirmativa que se resume en un acompañamiento sobre el proceso de afirmación de género en todas las fases que este implique (expresión de la identidad social, tratamientos hormonales y quirúrgicos si se demandan).
- Se le explica que es un entorno, espacio seguro donde no se va cuestionar su identidad de género ni se va a establecer ningún diagnóstico 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 de la persona.

- La persona, mayor de 16 años, puede decidir si acude a la primera consulta con un familiar o pareja u otro acompañante, decidiendo en su caso si procede el que la consulta se realice en presencia de esta persona acompañante, y a criterio siempre del usuario.

#### **b) CONSULTAS SUCESIVAS**

Durante al menos en las dos siguientes consultas, se recoge información detallada sobre:

- Su identidad de género, la expresión de género con la que se encuentra cómodo.
- El entorno familiar (aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno académico y/o laboral).
- 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.
- Demandas concretas/dudas/ aclaraciones que pide la persona ante un proceso identitario.

Las demás consultas se centrarán sobre todo en:

- Reconocimiento y reafirmación de la diversidad. Este modelo trata de prevenir y mejorar el bienestar emocional de la población LGTB, vulnerable de sufrir el impacto del estigma, el prejuicio, la vergüenza y la LGTB-fobia institucionalizada en la sociedad (estrés de la minoría DSG). Se sigue la línea transafirmativa, basada en la psicología afirmativa LGTB (Maylon, 1982. Esta estructura de funcionamiento, cumple las directrices de la APA, la Guía internacional de manejo de usuarios y usuarias, con los estándares de cuidados (APA, 2015; APA, 2002). Se trata de actuar siempre dentro de un marco transafirmativo, teniendo siempre en cuenta las demandas de la persona transgénero y de su familia, si procede.
- Trabajo psicoterapéutico fundamental, si se detectan en: transfobia interiorizada, estrés minoritario y acoso transfóbico.
- En el caso de demandar tratamiento hormonal: Ajuste de expectativas antes de recibirlo. Resolución de dudas y contrastar información sobre ello. (En coordinación con Médico Endocrinólogo o MAP.)
- Apoyo y acompañamiento durante el proceso de tratamiento hormonal si lo está llevando a cabo. Intervención en estado de ánimo y dotar de estrategias para el afrontamiento de la gestión emocional de la persona en tratamiento.
- En el caso de demandar cirugía: Ajuste de expectativas antes de realizar las cirugías. Resolución de dudas y contrastar información sobre ello (En coordinación con cirujanos).

- En caso de haber realizado cirugías de confirmación de género: ajuste social, afectivo y psicosexual postquirúrgico.

### **c) GRUPOS DE APOYO PSICOLÓGICO**

Se ofrecerá a la persona 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.

### **ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO FAMILIAR**

Sólo si se demanda, se deberá atender y acompañar a la familia, en este proceso de afirmación del género. Este tipo de atención podrá establecerse de modo individual o grupal.

### **GRUPOS DE APOYO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES**

Se ofrecerán los grupos de apoyo grupales a las familias en las que se detecte una necesidad de abordaje en los siguientes puntos:

Conocimientos básicos acerca de la Diversidad sexual y de género (DSG), conocimientos sobre el proceso de abordaje en la UIG, mejora de la calidad de la relación con su familiar, mostrar habilidades de comunicación eficaz con su familiar, manejar adecuadamente situaciones potenciales de conflicto con el entorno, empatizar con las personas en situación de Diversidad Sexual y de género (DSG), controlar adecuadamente sus emociones y crear redes de apoyo social.

### **d) INFORMES QUE PODRÁN REQUERIRSE**

A fin de facilitar el cambio de nombre en registro civil, es recomendable, que no obligatorio, un informe 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).

Por otro lado, y según la Ley 3/2007 Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, (que aún es vigente hasta la publicación de la nueva Ley Trans estatal) se pide un Informe de Diagnostico de Disforia de Género, junto con el de tratamiento hormonal de dos años para cambio de Género en el DNI. En este caso por tanto si se realizará el correspondiente informe de diagnóstico clínico y diagnóstico diferencial.

#### **4.3.2. GINECOLOGÍA**

##### **A) CRITERIOS DE DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA**

La derivación al Servicio de Ginecología, se realizará desde la Unidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, que valorará el caso de manera individualizada y en caso de cumplirse los criterios de derivación a Ginecología son los mismos que se recogen para la unidad de proximidad (página 13)

##### **CIRUGÍA GINECOLÓGICA:**

La cirugía ginecológica de extirpación genital al ser un proceso irreversible, debe de seguir las mismas recomendaciones propuestas en los Estándares asistenciales de la WPATH respecto a la cirugía genital:

- Disforia de género persistente y bien documentada
- Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento
- Mayoría de edad legal
- Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, éstos deben estar bien controlados
- Han vivido continuamente durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género
- La cirugía de histerectomía y doble anexectomía, por vía laparoscópica o por laparotomía, preferentemente la primera se puede indicar y realizar en su hospital de origen, si bien en caso de dificultades técnicas se puede hacer derivación a la Unidad de Identidad de Género para su valoración y tratamiento.

### 4.3.3. OTORRINOLARINGOLOGÍA

Las mujeres trans que deseen feminizar su voz serán derivadas por el Otorrinolaringólogo de su Área de referencia a logopedia en cualquier momento del proceso.

Si tras dicha logopedia, y tras haber realizado todas las cirugías de reasignación de sexo se requiere valoración de feminización quirúrgica de la voz, o condroplastia tiroidea (mejoría estética de la nuez de Adán), se derivará a Unidad de Género del Hospital Ramón y Cajal.

#### Contraindicaciones:

- La cirugía de feminización de la voz y la condroplastia tiroidea deben realizarse tras haber sido intervenidas las mujeres transgénero de todas sus cirugías pendientes de reasignación de sexo, ya que si no los resultados de las cirugías ORL podrían verse comprometidas por cirugías posteriores que requieren intubación orotraqueal durante largo tiempo.
- Las mujeres transgénero que sean fumadoras deben abandonar el hábito tabáquico antes de realizar cualquier proceso de feminización de la voz (quirúrgico o no quirúrgico (logopedia), ya que el tabaco por sí mismo agrava la voz.

### 4.3.4. CIRUGÍA PLÁSTICA

La derivación al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital La Paz, se realizará desde la Unidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, que valorará el caso de manera individualizada y en caso de cumplirse los criterios que se mencionan a continuación y se aporten los informes clínicos pertinentes, procederá a la derivación inmediata, sin que el usuario tenga que completar más visitas o periodo de seguimiento en dicho Centro. (Ver Anexo 5 Cartera de Servicios Quirúrgicos de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario La Paz.).

Para mastectomía y reconstrucción de tórax, mamoplastia y cirugía de reconstrucción genital: se derivan a UIG del Ramón y Cajal con informe detallado del tratamiento hormonal recibido, realizado por un facultativo del SERMAS, duración del mismo y grado de satisfacción alcanzada.

#### A) CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA PLÁSTICA

- Disforia de género persistente y bien documentada
- Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
- Mayoría de edad legal.

- Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, éstos deben estar bien controlados.
- Han vivido continuamente durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género.
- Se recomienda un mínimo de 12 meses de terapia hormonal, especialmente en el caso de la terapia hormonal feminizante cuyo objetivo es maximizar el crecimiento de los senos con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos (estéticos).

## **INTERVENCIONES FÍSICAS IRREVERSIBLES OFRECIDAS:**

### **A) CIRUGÍA MAMARIA**

#### **Indicaciones:**

Proponemos seguir indicaciones generales de los Estándares asistenciales de la WPATH respecto a la cirugía mamaria:

- Disforia de género persistente y bien documentada
- Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento
- Mayoría de edad legal
- Si existen problemas de salud física o mental, éstos deben estar bien controlados, debiendo aportar en su derivación los informes detallados y actualizados de los profesionales que han realizado el seguimiento
- Han vivido continuamente durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género
- Se recomienda un mínimo de 12 meses de terapia hormonal, especialmente en el caso de la terapia hormonal feminizante cuyo objetivo es maximizar el crecimiento de los senos con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos

### **A1) AUMENTO MAMARIO**

#### **Indicaciones:**

El crecimiento mamario en la mujer trans atraviesa unas etapas superponibles a los estadios Tanner con la aparición a los 3-6 meses del inicio de la terapia de un botón mamario y posterior crecimiento durante los siguientes 2-3 años, siendo el tejido que se desarrolla indistinguible histológicamente del de una mujer cis. A pesar de estos cambios, los estudios destinados a evaluar el desarrollo mamario encuentran que esta población no desarrolla una madurez completa de los senos, con un estancamiento en la mayoría de los casos en un estadio II-III de Tanner.

- La indicación de aumento mamario se realizará mediante implantes o lipoinjerto en pacientes con desarrollo mamario en estadios I, II y III según la clasificación de Tanner, no siendo candidatas las que tienen desarrollo completo en estadios IV y V.

- Los seguimientos de los pacientes tratados en la Unidad se realizan en nuestro centro, así como las complicaciones relacionadas con sus implantes (contractura capsular, rotura protésica o seroma recidivante). No tendrán indicación los tratamientos de origen estético ni recambios por cambios de deseos de la paciente si no existe patología sobre los mismos.



- No tendrán indicación aquellas complicaciones relativas al aumento mamario en pacientes tratadas en otros centros con Cirugía Plástica, para los que únicamente se actuará como segunda opinión en caso de ser procedentes de centros públicos
- Pacientes con patología urgente (infecciones, hematoma...) se tratan de forma general tanto en pacientes trans como pacientes cis
- No tienen indicación quirúrgica aquellas situaciones en las que se consulte por deseo de cambios estéticos en la región mamaria una vez realizado el tiempo de reasignación, tanto en pacientes cis como trans

## A2) MASCULINIZACIÓN TORÁCICA

- MASTECTOMIA SUBCUTÁNEA
- REDUCCIÓN AREOLAR

### A. CIRUGÍA GENITAL

#### Indicaciones:

Proponemos seguir indicaciones generales de los Estándares asistenciales de la WPATH respecto a la cirugía genital, teniendo en cuenta también las contraindicaciones absolutas y relativas descritas a continuación.

- Disforia de género persistente y bien documentada.
- Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
- Mayoría de edad legal.

- Si están presentes problemas de salud física o mental, éstos deben estar bien controlados.
- Han vivido continuamente durante al menos 12 meses en el rol de género que es congruente con su identidad de género.
- Se recomienda un mínimo de 12 meses de terapia hormonal, especialmente en el caso de la terapia hormonal feminizante, cuyo objetivo es maximizar el crecimiento de los senos con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos.
- Una recomendación de un profesional de salud mental.

#### **Contraindicaciones:**

##### **Absolutas:**

- Patología médica que ponga en riesgo la salud del paciente en el procedimiento quirúrgico
- Patología psiquiátrica no controlada

##### **Relativas:**

- Obesidad (BMI mayor de 35)
- Tabaquismo
- Radioterapia genital
- Patología psiquiátrica en tratamiento y estable
- No apoyo social o familiar
- Género binario y género fluido

En cuanto a las contraindicaciones relativas, algunas son temporales y pueden resolverse a lo largo del tiempo y otras pueden ser evaluadas en un comité multidisciplinar.

#### **B1) TIPOS DE CIRUGÍA GENITAL**

- VAGINOPLASTIA
- VULVOPLASTIA
  - No deseo expreso del paciente del canal vaginal
- ORQUIECTOMIA
  - Por recomendación del equipo médico y consensuado en un comité multidisciplinar
- FALOPLASTIA
- METAIDOPLASTIA



- Colocación de prótesis testiculares en el contexto de la cirugía de reasignación genital realizada por la Unidad, ya sea faloplastia como metaidoplastia

## **B) CIRUGÍA FACIAL FEMINIZANTE**

En casos puntuales en los que el estigma social sea muy relevante para la persona trans, es recomendable que su indicación sea consensuada por el Comité multidisciplinar, e informe favorable de la misma.

### **Indicaciones:**

- Todos aquellos pacientes derivados de la Unidad de Identidad de Género.
- Pacientes derivados de otros Centros asistenciales de la Comunidad de Madrid con paso a través de la Unidad de Identidad de Género.
- Pacientes pediátricos ya en edad adulta. Como ya se ha descrito, la cirugía sólo se realizará en pacientes mayores de edad.

## **4.3.5. UROLOGÍA**

La cirugía de afirmación de género incluye la modificación quirúrgica de los genitales de los pacientes para alinearlos con su identidad de género. Los urólogos pueden participar en la castración quirúrgica, la reconstrucción genital o el tratamiento de las complicaciones de la reconstrucción genital. Más allá de las cirugías de confirmación de género, los pacientes transgénero pueden tener necesidades urológicas únicas como resultado de la terapia hormonal o la reconstrucción previa.

### **A) PROCEDIMIENTOS EN LOS QUE INTERVIENE EL SERVICIO DE UROLOGÍA**

#### **PROCEDIMIENTOS TRANS FEMENINOS:**

##### **ORQUIECTOMIA**

En mujeres trans para disminuir las necesidades hormonales, con indicación coordinada con Endocrinología.

#### **PROCEDIMIENTOS TRANS MASCULINOS:**

##### **METAIDOPLASTIA Y FALOPLASTIA**

Técnicas para crear un falo desde tejido propio del paciente. En ambos casos se realiza bajo el concurso de urología y cirugía plástica, con indicación consensuada previamente.

Prevención y tratamiento de las complicaciones uretrales de las técnicas de creación del falo, para lo que es necesario la presencia de un urólogo con experiencia en el tratamiento de estas complicaciones.

Colocación de prótesis testicular:

Tras la creación de un neoscrotum, la colocación de prótesis testicular afianza el espacio y mejora la estética del conjunto. Se debe seleccionar la indicación y las condiciones tisulares para conseguir la estabilidad protésica.

### **Otras consideraciones**

Además de la parte quirúrgica, los urólogos pueden implicarse en muchos más aspectos del tratamiento de los pacientes transgénero. Por una parte, se manejan las complicaciones urológicas de estas intervenciones; y colaboran en la preservación de la fertilidad o hacer seguimiento de la patología prostática en las mujeres transexuales.

### **Complicaciones urológicas**

Las molestias urinarias no son infrecuentes después de la vaginoplastia. Hasta el 20% de las mujeres transexuales declaran tener problemas para orinar después de la vaginoplastia. 18-19% Incontinencia de urgencia, incontinencia de esfuerzo, incontinencia urinaria mixta y el goteo se describen como las quejas urinarias más comunes. La estenosis meatal puede darse hasta en un 14% de los pacientes y puede ser causa de molestias urinarias, en concreto, trastornos miccionales obstructivos.

En general, la faloplastia es un procedimiento más complejo que la vaginoplastia y está asociada a una mayor tasa de complicaciones. Las complicaciones urológicas, incluyendo fístulas uretrocutáneas, cavidad vaginal persistente y estenosis uretral, son las más frecuentes, que pueden presentarse desde unas pocas semanas hasta unos años después de la cirugía. Las fístulas uretrocutáneas son la complicación más frecuente tras la faloplastia, con una incidencia que oscila entre el 15% y el 70%. Las estenosis uretrales se producen con una incidencia de entre el 25% y el 58%. La experiencia en cirugía reconstructiva uretral, que puede implicar la necesidad de uso de injertos de mucosa oral, necesita de la implicación de un urólogo.

### **Preservación de la fertilidad**

Algunos pacientes trans optan por preservar sus óvulos o espermatozoides antes de la cirugía. Los urólogos y ginecólogos del hospital donde reciben la atención pueden aconsejar y guiar en esta decisión.

## **Hiperplasia benigna de próstata y cáncer de próstata en mujeres transgénero**

Aunque la hiperplasia prostática benigna y el adenocarcinoma de próstata son raros en la población transexual debido al uso de la terapia hormonal basada en estrógenos, siguen siendo motivo de preocupación en el cuidado a largo plazo de una mujer trans. La prostatectomía no suele realizarse en el momento de la reconstrucción genital, y la actividad biológica de la próstata persiste en las pacientes mujeres trans que se hayan realizado gonadectomía. Cuando se diagnostica en esta población, el cáncer de próstata parece comportarse de forma más agresiva. La monitorización de la próstata mediante tacto rectal o examen transvaginal (en lugar del cribado de PSA) debería considerarse en las mujeres transexuales, aunque no existen directrices claras sobre esta práctica.

### **REUNIONES DE COORDINACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR**

Se programarán reuniones Clínicas periódicas que reúna a los profesionales de las distintas especialidades que participen en el proceso, así como expertos requeridos, con la finalidad de consensuar y mejorar el proceso asistencial.

#### **Objetivos:**

Analizar, los casos que vayan a intervenir quirúrgicamente por tratarse de procesos irreversibles, de forma individualizada, cuando se considere necesario.

Estudiar los casos complejos que precisen un ámbito de consenso para todas aquellas situaciones, que presenten dudas o complicaciones y que requieran una visión conjunta de todas las especialidades: médicas, quirúrgicas y psicosociales.

#### **Participantes:**

Los profesionales implicados en el proceso: Endocrinología, Cirugía Plástica, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología, Anestesiología, Psicología Clínica, Psiquiatría, Cirugía General, Gestión de pacientes y cualquier otra especialidad que se considere necesaria.

Se invitará al endocrinólogo de proximidad para su conocimiento y aportaciones.

#### **Calendario y lugar de celebración:**

Estas reuniones se celebrarán cada dos meses, el primer jueves del mes que corresponda.

Se celebrarán en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el Hospital Universitario de La Paz, de forma alternativa.

**Acta:**

La gestora de pacientes de la UIG actuará como Secretaria, convocando las reuniones y elaborando las Actas.

Se recogerá en un Acta las decisiones consensuadas que se adopten y se archivarán por duplicado en ambos hospitales.

## REGISTRO DE CASOS \*

Se recomienda la existencia de un registro único en la Comunidad de Madrid que pueda recoger el número de personas trans atendidas en las distintas unidades. No obstante, y hasta que dicho registro pueda estar operativo cada unidad recogerá los siguientes datos:

**DATOS MÍNIMOS A RECOGER:**

- Apellidos
- Nombre del DNI
- Nombre elegido
- Identidad de género:
  - TF o MT (Mujer Trans)
  - TM o 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:
    - Mastectomía
    - HX+DA
    - Faloplastia /metoidoplastia
    - Mamoplastia bilateral de aumento
    - Vaginoplastia
    - Orquiectomía
    - Condroplastia/Glotoplastia

- Fecha de inicio tratamiento hormonal cruzado con supervisión médica
- Cirugías realizadas previamente:
  - Mastectomía
  - HX+DA
  - Faloplastia /metoidioplastia
  - Mamoplastia bilateral de aumento
  - Vaginoplastia
  - Orquiectomía
  - Condroplastia/Glotoplastia
- Prácticas de riesgo: Inyecciones de silicona líquida/de aceite Johnson/ Aquamid
- Serología:
  - VHB
  - VIH
  - VIH/VHB
  - Sífilis
- Preservación de Gametos
- Cirugías realizadas durante el proceso:
  - Mastectomía
  - HX+DA
  - Faloplastia /metoidioplastia
  - Mamoplastia bilateral de aumento
  - Vaginoplastia
  - Orquiectomía
  - Condroplastia/Glotoplastia
- De-transición 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 **Detransición** 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.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Professional Association for Transgender Health. World Professional Association for Transgender Health [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.wpath.org/publications/soc>
2. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. N Engl J Med. 19 de diciembre de 2019;381(25):2451-60.
3. Safer JD. Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. J Clin Invest. 15 de febrero de 2021;131(4):142029.
4. Hitz MF, Jensen J-EB, Eskildsen PC. Bone mineral density in patients with growth hormone deficiency: does a gender difference exist? Clin Endocrinol (Oxf). diciembre de 2006;65(6):783-91.
5. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. Endocr Rev. 1 de febrero de 2019;40(1):97-117.
6. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, Cuypere GD, Feldman J, et al. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Int J Transgenderism. 2018;
7. Stevenson MO, Tangpricha V. Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. Endocrinol Metab Clin North Am. junio de 2019;48(2):421-7.
8. Reed HM. Aesthetic and functional male to female genital and perineal surgery: feminizing vaginoplasty. Semin Plast Surg. mayo de 2011;25(2):163-74.
9. Mañero Vazquez I, García-Senosiain O, Labanca T, Gómez Gil E. Aesthetic Refinement in the Creation of the Clitoris, Its Preputial Hood, and Labia Minora in Male-to-Female Transsexual Patients. Ann Plast Surg. octubre de 2018;81(4):393-7.
10. Nolan IT, Dy GW, Levitt N. Considerations in Gender-Affirming Surgery: Demographic Trends. Urol Clin North Am. noviembre de 2019;46(4):459-65.
11. Opsomer D, Gast KM, Ramaut L, De Wolf E, Claes K, Sommeling C, et al. Creation of Clitoral Hood and Labia Minora in Penile Inversion Vaginoplasty in Circumcised and Uncircumcised Transwomen. Plast Reconstr Surg. noviembre de 2018;142(5):729e-33e.
12. Wedler V, Meuli-Simmen C, Guggenheim M, Schneller-Gustafsson M, Künzi W. Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicled sigmoid. Gynecol Obstet Invest. 2004;57(4):181-5.
13. Claes KEY, Pattyn P, D'Arpa S, Robbens C, Monstrey SJ. Male-to-Female Gender Confirmation Surgery: Intestinal Vaginoplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):351-60.
14. Safa B, Lin WC, Salim AM, Deschamps-Braly JC, Poh MM. Current Concepts in Feminizing Gender Surgery. Plast Reconstr Surg. mayo de 2019;143(5):1081e-91e.

15. Salim A, Poh M. Gender-Affirming Penile Inversion Vaginoplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):343-50.
16. American Psychological Association. APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. [Internet]. 2009. Disponible en: [www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf](http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf)
17. Sterling J, Garcia MM. Cancer screening in the transgender population: a review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. Transl Androl Urol. diciembre de 2020;9(6):2771-85.
18. Aires MM, de Vasconcelos D, Lucena JA, Gomes A de OC, Moraes BT de. Effect of Wendler glottoplasty on voice and quality of life of transgender women. Braz J Otorhinolaryngol. 4 de agosto de 2021;S1808-8694(21)00134-8.
19. Yılmaz T, Özer F, Aydınli FE. Laser Reduction Glottoplasty for Voice Feminization: Experience on 28 Patients. Ann Otol Rhinol Laryngol. septiembre de 2021;130(9):1057-63.
20. Oles N, Darrach H, Landford W, Garza M, Twose C, Park CS, et al. Gender Affirming Surgery: A Comprehensive, Systematic Review of All Peer-reviewed Literature and Methods of Assessing Patient-centered Outcomes (Part 1: Breast/Chest, Face, and Voice). Ann Surg. 1 de enero de 2022;275(1):e52-66.
21. Claes KEY, D'Arpa S, Monstrey SJ. Chest Surgery for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):369-80.
22. Djinojic RP. Metoidioplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):381-6.
23. Nikolavsky D, Hughes M, Zhao LC. Urologic Complications After Phalloplasty or Metoidioplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):425-35.
24. Kocjancic E, Iacovelli V. Penile Prosthesis. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):407-14.
25. Esmonde N, Bluebond-Langner R, Berli JU. Phalloplasty Flap-Related Complication. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):415-24.
26. Schechter LS, Safa B. Introduction to Phalloplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):387-9.
27. Xu KY, Watt AJ. The Pedicled Anterolateral Thigh Phalloplasty. Clin Plast Surg. julio de 2018;45(3):399-406.
28. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet Lond Engl. 23 de julio de 2016;388(10042):412-36.



## **ANEXOS**

- **EN ATENCIÓN PRIMARIA: DERIVACIONES Y SEGUIMIENTO**
- **MAPA REFENCIAS**
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- **CARTERA DE SERVICIOS CIRUGÍA PLÁSTICA**

## ANEXO 1: ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANS ADULTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DERIVACIONES Y SEGUIMIENTO

### 1.- INTRODUCCIÓN

La definición del sexo-género de una persona va mucho más allá de la apreciación visual de sus órganos genitales externos en el momento del nacimiento y (como estableció el Tribunal de Derechos Humanos, tras una decisión adoptada por unanimidad, en dos importantes sentencias de 2002) no es un concepto puramente biológico, sino, sobre todo, psicosocial.

En las personas imperan las características psicológicas que configuran su forma de ser y se ha de otorgar soberanía a la voluntad humana sobre cualquier otra consideración física. La libre determinación del género de cada persona ha de ser afirmada como un derecho fundamental, parte inescindible de su derecho al libre desarrollo de su personalidad.

El tratamiento de afirmación de género es un esfuerzo multidisciplinar que incluye los cuidados de la salud física y mental a lo largo de la vida (salud transgénero), el tratamiento hormonal y/o el tratamiento quirúrgico. El apoyo a las personas con diversidad de género, (personas no binarias, género fluido...) debería incluir, además del estado hormonal, las implicaciones de los tratamientos prescritos y los cambios biológicos y psicosociales que le suceden en estas esferas.

### 2.- JUSTIFICACIÓN

Es un objetivo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ordenar y mejorar la asistencia sanitaria a las 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 personas trans 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.
- Unificar los criterios de derivación a la Unidad Multidisciplinar de Identidad de Género (UIG).

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, otorrinolaringólogos, gestor de pacientes.

Así mismo, la Unidad, prestará servicios de asesoramiento y seguimiento a los profesionales que participen en la atención de proximidad.

### 3.- PROCESO DE DERIVACIÓN

Está dirigido a personas mayores de 16 años con demanda relacionada con su identidad sexual.

Las derivaciones serán:

#### A) Desde Atención Primaria

El Médico de Familia realizará la valoración inicial, información, pruebas complementarias (si considera necesarias) y remitirá, si procede, a:

- Especialistas de Endocrinología, especializados en la atención de personas trans (atención en proximidad) en su Hospital de referencia asignado.
- La Unidad de Identidad de Género del H. Ramón y Cajal, aquellas áreas que lo tengan como hospital de referencia asignado.

B) **Pacientes complejos o con patologías concomitantes** que requieran una especial atención se remitirán a la UIG del H. Ramón y Cajal.

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)

### 4.- HOSPITALES CON CONSULTA MONOGRÁFICA

Los hospitales en los que existen endocrinólogos especializados para iniciar la atención en proximidad a personas trans adultas, son:

- H. U. Gregorio Marañón
- H. U. Clínico San Carlos
- F. H. U. Fundación Jiménez Díaz
- H. U. de Móstoles
- H. U. de Getafe

Estos centros prestarán la asistencia, a personas trans del área de referencia asignada y a las personas que así lo hayan solicitado. Se realizará en las consultas monográficas existentes dentro del Servicio de Endocrinología (en general).

## 5.- ACTUACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Salud de Atención Primaria son la puerta de entrada para la atención y detección de personas con diversidad sexual y de género y un punto esencial para los cuidados de salud de estas personas y su posterior seguimiento. Por ello, es imprescindible que por parte de los profesionales de Atención Primaria se conozcan los protocolos básicos de atención a la salud transgénero, los programas de cribado de enfermedades y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.

Las derivaciones a las consultas especializadas en la atención sanitaria a personas trans se realizará cuando el facultativo lo considere necesario, y teniendo en cuenta los criterios de derivaciones recogidos en el apartado anterior.

Los aspectos a tratar en los Centros de Salud incluyen:

### 5.1.- RECEPCIÓN DE LA PERSONA

Se deben reflejar el nombre sentido de las personas trans, aunque no coincida con el DNI. Todas las personas mayores de 16 años que lo deseen podrán solicitar un impreso que será entregado en el área administrativa, para cambio de nombre y de género.

### 5.2.- VALORACIÓN POR EL MÉDICO DE FAMILIA

En la primera visita es importante que la persona se identifique como trans o persona no binaria. Los aspectos de la historia clínica incluyen:

#### A) Anamnesis

- **Antecedentes familiares:** importante preguntar por enfermedad tromboembólica, cáncer de mama y ovario y antecedentes cardiovasculares.
- **Tratamientos hormonales o cirugías previas**
- **Aspectos sociales:** Antecedentes de aislamiento social, problemas familiares, discriminación, agresiones en el entorno académico o laboral, etc.
- **Aspectos de salud mental:** Identificar problemas de ansiedad y depresión y ofrecer apoyo psiquiátrico/psicológico a personas que lo deseen.
- **Aspectos de salud sexual:** Deberá indagarse las conductas de riesgo de ETS con los mismos criterios que para la población general.
- **Antecedentes personales generales**

#### B) Exploración física y exámenes complementarios

- Peso, talla, IMC, perímetro de la cintura.
- Exploración general.

- Exploración de mamas, pelvis y genitales: se realizará en el momento adecuado, cuando exista un ambiente de confianza óptimo.
- Laboratorio: hemograma, coagulación, glucosa, perfil renal, hepático y lipídico, FHS, LH estradiol. En casos concretos serología VIH, VDRL, PRL (en el seguimiento de mujeres trans).
- Exámenes complementarios: exploración ginecológica, colpocitología, mamografías, densitometrías óseas (tras cirugía gonadal).

### **C) Identificación de problemas de salud frecuentes en personas trans**

#### **C1) Dermatología**

- Alopecia, acné, dermatitis de contacto

#### **C2) Salud Mental**

- Ansiedad, depresión, insomnio, ideación autolítica
- Trastornos derivados de la transfobia

#### **C3) Alteraciones analíticas**

- Relacionadas con la testosterona: poliglobulia, trombocitosis, hiperlipidemia, hipertransaminasemia
- Relacionadas con los estrógenos: hiperlipidemia, hiperprolactinemia, disminución de PSA

#### **C4) Urología/Ginecología**

- Relacionado con la testosterona: aumento de la libido
- Relacionado con el estradiol: disminución de la libido, disfunción eréctil y eyaculación precoz

En el **Anexo 1** se recogen efectos adversos y recomendaciones de solución de problemas

### **5.3.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA**

#### **5.3.1. MUJERES TRANS:**

Aunque el riesgo de cáncer de próstata está disminuido por el tratamiento estrogénico, debe aplicarse el mismo protocolo de cribado (tactos rectales y PSA) que en hombres cis

Mamografías periódicas igual que en mujeres cis.

### 5.3.2. HOMBRES TRANS:

- **Cáncer de mama:** exploración periódica mamaria y de axilas. Mamografías periódicas tras reducción mamaria (no es preciso tras la mastectomía).
- **Cáncer cervical:** citologías según protocolos habituales, similares a los de las mujeres cis.
- **Cáncer uterino:** evaluar causa de cualquier sangrado uterino espontáneo

### 5.3.3. HOMBRES Y MUJERES TRANS:

- **Riesgo cardiovascular:** prevención y control de factores de riesgo cardiovascular (tabaco, obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus).
- **Osteoporosis:** Densitometría ósea a todas las personas trans > 65 años, a todas las personas tras gonadectomía, a personas con factores de riesgo (corticoides, alcoholismo, artritis reumatoide.) y en caso de supresión androgénica continuada. La omisión o seguimiento irregular del tratamiento hormonal puede aumentar el riesgo de osteoporosis.

## 5.4.- CONTROL DE TRATAMIENTO HORMONAL

Los distintos tratamientos hormonales se especifican a continuación, en las tablas 1 y 2.

**Tabla 1. Tratamiento hormonal en mujeres trans**

ESTRÓGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valerato y hemihidrato estradiol</b> (17-β-estradiol)</li> </ul>	2-6 mg/día v.o. 1-4 mg/día sublingual	<b>De elección</b> - Permite monitorización
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estrógenos Transdérmicos</b></li> </ul>	100 mcg/3-7 días	<b>De elección en paciente &gt; 40años:</b> -- Menor riesgo trombótico - Permite monitorización - Fácil aplicación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hemihidrato –estradiol pulverización</b></li> </ul>	4-8 pulverizaciones/día	<b>De elección en paciente &gt; 40años:</b> -- Menor riesgo trombótico - Permite monitorización - Fácil aplicación

ANTIANDRÓGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acetato de Ciproterona</li> </ul>	12.5/50 mg/día	- Riesgo de hepatotoxicidad, meningioma
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espironolactona</li> </ul>	100-200 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso no habitual</li> <li>- Vigilar TA e iones</li> </ul>
ANÁLOGOS DE GnRH	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Triptorelina</li> </ul>	3,75mg i.m mensua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso en el THC en la adolescencia</li> <li>- Supresión reversible de la pubertad</li> <li>- No financiado</li> <li>- Facilitar feminización en pacientes adultos</li> </ul>
PROGESTÁGENOS	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Progesterona</li> </ul>	100-300 mg día	- En casos individuales

Tabla 2. Tratamiento hormonal en hombres trans

TESTOSTERONA INTRAMUSCULAR	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cipionato de testosterona</li> </ul>	-250mg/3 semanas im -50-100 mg/semana sc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Económico</li> <li>- Oscilaciones en las concentraciones de testosterona sérica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Undecanoato de testosteron</li> </ul>	1.000 mg cada 10-14 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis de carga a las 6 semanas de 1ª inyección</li> <li>- Niveles más estables en sangre</li> <li>- Inyección de 4ml</li> </ul>
TESTOSTERONA TÓPICA	Pauta	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Testosterona en gel</li> </ul>	50-100 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fácil aplicación</li> <li>- Buena tolerancia</li> <li>- Tránsito por contacto directo</li> </ul>

En algunos casos concretos se valorará añadir a la testosterona el uso de fármacos antagonistas de la testosterona como análogos de GnRH, inhibidores de la aromatasa o progestágenos.

Es importante conocer las contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento hormonal cruzado, lo que obligaría a no iniciar, corregir los factores de riesgo o suspender de forma temporal o definitiva el tratamiento hormonal (tablas 3 y 4).

**Tabla 3. Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento hormonal cruzado en mujeres trans**

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad mental grave</li> <li>- Enfermedad tromboembólica</li> <li>- Accidente cardiovascular</li> <li>- Cardiopatía isquémica inestable</li> <li>- Neoplasia sensible a estrógenos</li> <li>- Hepatopatía terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatopatía activa (transaminasas x 3 veces): se recomendará su corrección previamente al tratamiento</li> <li>- Hipertrigliceridemia: se recomendará su corrección</li> <li>- Diabetes Mellitus con mal control metabólico: optimizar el control</li> <li>- Tabaquismo: se recomendará abandonar</li> <li>- Obesidad grado III: intentar medidas para pérdida de peso</li> </ul>

**Tabla 4. Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento hormonal cruzado en hombres trans.**

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad mental grave</li> <li>- Embarazo o lactancia</li> <li>- Cardiopatía isquémica inestable</li> <li>- Hepatopatía terminal</li> <li>- Neoplasia andrógeno-dependiente</li> <li>- Cáncer endometrial activo</li> <li>- Policitemia no tratada con hematocrito superior a 55%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatopatía activa (transaminasas x 3 veces): se recomendará su corrección previamente al tratamiento</li> <li>- Hipertrigliceridemia: se recomendará su corrección</li> <li>- Diabetes Mellitus con mal control metabólico: optimizar el control</li> <li>- Obesidad grado III: intentar medidas para pérdida de peso</li> <li>- Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): iniciar tratamiento con CPAP antes de iniciar el tratamiento</li> </ul>



### 5.5.- CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

El paciente aportará a su médico de familia los informes actualizados de cada visita de seguimiento por parte del especialista, donde deben constar:

- Cambios que se han producido
- Efectos adversos que hayan ocurrido
- Analíticas
- Cambios de tratamientos y posibles opciones de sustitución de fármacos en caso de desabastecimiento.

Se recomienda seguimiento por parte del médico de familia **cada 3 meses el primer año, cada 6 meses el segundo año y posteriormente anual**. Podrá realizar visitas adicionales en caso de efectos adversos a alteraciones analíticas.

En personas trans con transición completa de género: posibilidad de alta a Atención Primaria con recomendaciones sobre control de factores de riesgo cardiovascular, analítica con hemograma, perfil lipídico, hepático, iones, creatinina, estradiol, testosterona. Si es posible se solicitará Densitometría ósea cada 3 años.

### 5.6.- FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

**Hombres trans:** el tratamiento es de por vida, siendo necesario ajustar la dosis según la etapa vital en la que se encuentre la persona.

**Mujeres transgénero,** al igual que sucede en la menopausia, se puede considerar retirar/disminuir el tratamiento a partir de los 50-55 años, en función de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y edad de inicio de la terapia. En caso de retirada se harán controles de salud similares al resto de la población

### 5.7.- SALUD REPRODUCTIVA

- **En mujeres y hombres trans** se debe ofrecer criopreservación de semen, vitrificación de ovocitos o criopreservación de embriones o tejido ovárico.
- No existen muchos datos de embarazo en hombres trans. La recomendación es que suspendan el tratamiento hormonal con testosterona al menos 3 meses antes de la gestación y hasta después de la lactancia.
- En hombres trans con útero y ovario se debe recomendar un método anticonceptivo de barrera o un dispositivo intrauterino.

## 5.8.- CIRUGÍAS

Las distintas cirugías se realizarán en Centros Hospitalarios de referencia o en el Hospital de La Paz previa remisión desde la Unidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, dependiendo del tipo de cirugía a realizar y donde se revisarán las indicaciones para incluir en lista de espera quirúrgica.

**En mujeres trans** se ofrecerá:

- Aumento mamario
- Reconstrucción genital: orquiectomía, penectomía, vaginoplastia

**En hombres trans** se ofrecerá:

- Reconstrucción torácica
- Histerectomía y anexectomía
- Metaidoplastia
- Faloplastia

## VALORACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

### 1. Alteración de transaminasas:

- Valorar otras causas (fármacos, infecciones agudas, abuso de alcohol, hígado graso).
- Solicitar pruebas complementarias: perfil hepático completo, coagulación, albumina, serología virus VHA, VHB, VHC, ecografía abdominal.
- Derivar al Servicio de Digestivo o Medicina Interna para estudio en caso de no resolverse.
- Valorar suspender de forma transitoria el tratamiento hormonal.

### 2. Dislipemia:

- Control con dieta, ejercicio y fármacos según cálculo de riesgo cardiovascular.

### 3. Hiperglucemia o diabetes:

- Dieta, ejercicio o comenzar con fármacos.

### 4. Hipotensión:

- En mujeres trans tratadas con espironolactona si hipotensión, hiponatremia o hiperkalemia valorar disminución de dosis, suspensión del tratamiento o cambio de antiandrógeno.

### 5. Hiperprolactinemia:

- En casos de aumento progresivo de niveles de prolactina, aparición de galactorrea o niveles de PRL > 50 ng/ml, valorar disminución de dosis de estrógenos, proceder a un estudio etiológico, y/o solicitar una RM hipofisaria.
- Tratar las posibles causas y/o valorar tratamiento con agonistas dopaminérgicos.

### 6. Poliglobulia (hombres trans):

- Valorar cambio de testosterona intramuscular a testosterona en gel.
- Si mayor de 55% valorar flebotomías periódicas.

**7. Acné (hombres trans):**

- Valorar tratamiento con minocilina: 100 mg/día vía oral durante 10 días.
- Valorar tratamiento con isotretinoína vo. (0.5 mg/kg/día durante 16 semanas) o derivar a Dermatología. Asegurar medidas anticonceptivas.

**8. Persistencia o reaparición de menstruaciones:**

- Aumento de dosis de testosterona o intervalo de administración más corto
- Valorar añadir progestágenos (medroxiprogesterona 5-10 mg/día) o análogos de GhRH
- Derivación a Ginecología.

## ANEXO 2: MAPA DE REFERENCIAS DE UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO

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

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

<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>	<\$Paciente.sexo\$>
	Dirección:	
	<\$Paciente.Domicilio.Direccion\$> <\$Paciente.Domicilio.Poblacion\$> <\$Paciente.Domicilio.Provincia\$> <\$Paciente.Domicilio.CodigoPostal\$>	
CIP: <\$Paciente.NumeroTarjetaSanitaria\$>		
<b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL FEMINIZANTE</b>		

#### 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 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:

1. 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
2. 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.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## ¿PARA QUÉ SIRVE?

### • 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 espermatozoides, usted se volvería infértil. Cuanto tiempo se necesita 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

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

1. **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 pérdida 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 o su pareja aún deben usar métodos anticonceptivos (p. ej. condón).
2. **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.
3. **Riesgo moderado de:**
  - Aumento del riesgo cardiovascular: este riesgo será más alto si: es fumador, mayor de 45 años, tiene Hipertensión, Colesterol elevado, Diabetes ó 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 hombres, pero más bajo que en las mujeres. El riesgo probablemente esté en relación con la duración del tratamiento con Estrógenos.
4. **Náuseas y vómitos:** similar a las de las mujeres embarazadas, sobre todo al inicio del tratamiento.
5. Aumento del riesgo de **cálculos biliares**.
6. Pueden empeorar jaquecas o **migrañas**.
7. 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



- **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 de PSA, 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.

**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.
- 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.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**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 ó 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.

- **Tengo algunas preguntas sobre mis derechos y responsabilidades al comenzar el tratamiento hormonal:**

SI ☐ NO ☐

- **Mi médico ha discutido todas mis preguntas y preocupaciones conmigo:**

SI ☐ NO ☐

Al firmar este consentimiento, usted reconoce que tiene la información y el conocimiento adecuados para poder tomar una decisión sobre el tratamiento hormonal y que comprende la información que le ha proporcionado su Endocrino.

- **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 ☐

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## DECLARACIONES Y FIRMAS

### PACIENTE

D/D<sup>a</sup>.....<\$Paciente.nombre\$> <\$Paciente.apellido1\$>  
<\$Paciente.apellido2\$>

con DNI nº.....\$Paciente.nif\$>/<\$Paciente.

declaro que el/la Dr/Dra..... <\$Responsable  
informe.apellido1\$>

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este tratamiento.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi **consentimiento** para que me realicen dicho tratamiento.

He recibido copia del presente documento. Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Lugar y fecha

Firma del Paciente

### REPRESENTANTE LEGAL

D/D<sup>a</sup>..... D.N.I. nº ..... y  
domicilio (Nombre y dos apellidos)

en ..... calle..... nº ..... declaro que el/la médico,  
Dr/Dra ..... me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi **consentimiento** para que realicen al paciente D/D<sup>a</sup>....., con DNI .....<\$Paciente.nif\$>/<\$Paciente.Pasaporte\$> dicho tratamiento. He recibido copia del presente documento.

Lugar y fecha

Firma del/la Representante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## MÉDICO

Dr/Dra .....<\$Responsable informe.apellido1\$>

He informado a este paciente, y/o representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización del tratamiento. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

*Lugar y fecha*

Identificación y firma del médico que informa <\$Autor informe.numero\_colegiado\$>

<\$Responsable informe.nombre\$> <\$Responsable informe.apellido1\$> <\$Responsable informe.apellido2\$>

## NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN ☐

Si usted no acepta la realización del tratamiento haga constar el motivo  
.....  
.....

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ☐

*Lugar y fecha*

*Firma del Paciente*

*Lugar y fecha*

*Identificación y firma del médico que informa*

<\$Responsable informe.nombre\$> <\$Responsable informe.apellido1\$> <\$Responsable informe.apellido2\$> <\$Autor informe.numero\_colegiado\$>

De acuerdo con la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos de carácter personal recogidos serán incorporados y tratados en los ficheros, **cuyo órgano responsable es el Hospital Universitario de.....** y registrados en la AEPD, con la finalidad de la gestión de la prestación sanitaria. No podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. Se requiere su consentimiento expreso para la utilización con fines de investigación, realización de estudios, docencia, ensayos clínicos y cualesquiera otros reconocidos, de conformidad con la legislación vigente. Usted podrá ejercer los **derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** de sus datos por escrito ante el Hospital Universitario de .....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO MASCULINIZANTE EN PERSONAS TRANS

<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>	<\$Paciente.sexo\$>
	Dirección:	
	<\$Paciente.Domicilio.Direccion\$> <\$Paciente.Domicilio.Poblacion\$> <\$Paciente.Domicilio.Provincia\$> <\$Paciente.Domicilio.CodigoPostal\$>	
CIP: <\$Paciente.NumeroTarjetaSanitaria\$>		
<b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL MASCULINIZANTE</b>		

### 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 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 masculinizante tiene dos objetivos:

1. 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 transmisión 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 ponerse la testosterona, solo a las dosis indicadas por su médico y antes de realizar cualquier cambio por su cuenta, hablar sobre ello con su endocrino.

2. 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.

## ¿PARA QUÉ SIRVE?

### • 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 ó 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.

### • Tengo algunas preguntas acerca de los posibles efectos de la testosterona:

SI ☐ NO ☐

### • Mi endocrino ha contestado adecuadamente mis preguntas acerca de los efectos de la testosterona:

SI ☐ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

- **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 hombres 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 hombres 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 hombres, 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 transmisión 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.

- **Tengo algunas preguntas acerca de los riesgos del tratamiento con testosterona:**

SI ☐ NO ☐

- **Mi médico ha contestado de forma satisfactoria todas mis preguntas:**

SI ☐ NO ☐

- **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.

#### **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.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



- 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 ó medicamentos homeopáticos, tomar drogas o alcohol, para poder discutir posibles interacciones ó efectos en su tratamiento hormonal.
  - **Informar a su endocrino**: de cualquier síntoma nuevo que note ó de cualquier enfermedad médica que ocurra antes ó 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.
- **Tengo algunas preguntas sobre mis derechos y responsabilidades al comenzar el tratamiento hormonal:**  

SI ☐ NO ☐
  - **Mi médico ha discutido todas mis preguntas y preocupaciones conmigo:**  

SI ☐ NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Al firmar este consentimiento, usted reconoce que tiene la información y el conocimiento adecuados para poder tomar una decisión sobre el tratamiento hormonal masculinizante y que comprende la información que le ha proporcionado su Endocrino.

- **Acepto el tratamiento combinado con análogos de GnRH y testosterona**

SI ☐ NO ☐

- **Prefiero comenzar solo con testosterona**

SI ☐ NO ☐

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### PACIENTE

D/D<sup>a</sup>.....con DNI nº.....\$Paciente.Pasaporte\$> declaro que el/la Dr/Dra..... Responsable del informe me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi **consentimiento** para que me realicen dicho tratamiento. He recibido copia del presente documento. Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Lugar y fecha

Firma del Paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## REPRESENTANTE LEGAL

D/D<sup>a</sup>..... D.N.I. nº ..... y domicilio en .....calle.....nº ..... declaro que el/la médico, Dr/Dra ..... me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi **consentimiento** para que realicen al paciente D/D<sup>a</sup> <\$Paciente.nombre\$> <\$Paciente.apellido1\$> <\$Paciente.apellido2\$>, con DNI <\$Paciente.nif\$>/<\$Paciente.Pasaporte\$> dicho tratamiento. He recibido copia del presente documento.

Lugar y fecha

Firma del/la Representante

## MÉDICO

Dr/Dra .....Responsable informe.apellido1\$>

He informado a este paciente, y/o representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización del tratamiento. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

Lugar y fecha

Identificación y firma del médico que informa <\$Autor informe.numero\_colegiado\$>

<\$Responsable informe.nombre\$> <\$Responsable informe.apellido1\$> <\$Responsable informe.apellido2\$>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

### NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN ☐

Si usted no acepta la realización del tratamiento haga constar el motivo  
 .....  
 .....

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ☐

<i>Lugar y fecha</i>	<i>Lugar y fecha</i>
	<i>Identificación y firma del médico que informa</i>
<i>Firma del Paciente</i>	<\$Responsable informe.nombre\$> <\$Responsable informe.apellido1\$> <\$Responsable informe.apellido2\$> <\$Autor informe.numero_colegiado\$>

De acuerdo con la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos de carácter personal recogidos serán incorporados y tratados en los ficheros, **cuyo órgano responsable es el Hospital Universitario de .....**, y registrados en la AEPD, con la finalidad de la gestión de la prestación sanitaria. No podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. Se requiere su consentimiento expreso para la utilización con fines de investigación, realización de estudios, docencia, ensayos clínicos y cualesquiera otros reconocidos, de conformidad con la legislación vigente. Usted podrá ejercer los **derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** de sus datos por escrito ante el Hospital Universitario de .....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

## **ANEXO 5: CARTERA DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE LA UNIDAD DE IDENTIDAD**

### **DE GÉNERO- HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ\***

#### **CIRUGÍA MAMARIA**

- PRIMER TIEMPO DE AUMENTO MAMARIO EN PACIENTES MUJERES TRANS CON DESARROLLO MAMARIO EVALUADO POR DEBAJO DE TANNER III
- MASTECTOMÍA PARA MASCULINIZACIÓN DE REGIÓN TORÁCICA
- NO ESTÁ INCLUIDA LA INDICACIÓN ESTÉTICA, NI EL RECAMBIO DE PRÓTESIS EN PACIENTES INTERVENIDOS EN OTROS CENTROS QUE NO SEAN DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

#### **CIRUGÍA GENITAL**

- VAGINOPLASTIA TRAS TRATAMIENTO HORMONAL
- VULVOPLASTIA
- ORQUIECTOMÍA EN SITUACIONES EVALUADAS BAJO INDICACIÓN CONSENSUADA CON ENDOCRINOLOGÍA
- FALOPLASTIA EN PACIENTE HOMBRE TRANS TRAS TRATAMIENTO HORMONAL
- METAIIDOPLASTIA EN PACIENTE HOMBRE TRANS TRAS TRATAMIENTO HORMONAL
- PROTESIS TESTICULAR COMO ÚLTIMO PASO DE GENITOPLASTIA MASCULINIZANTE Y TRAS TRATAMIENTO HORMONAL

**\*Quedan excluidas todas las intervenciones que no estén recogidas en este apartado**

## GLOSARIO

- **Cissexual (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:** Término 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 Transgender People, Building a Foundation for Better Understanding” (Institute of Medicine, 2011).

- **Transgénero:** Término 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 cissexuales)