Protocolo de Atención Sanitaria a PERSONAS TRANS*

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

EDICIÓN:

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de la Salud
Febrero 2019

I.S.B.N.: 978.84.16878.13.0

DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Elizabeth Hernández González

Jefa de Servicio de Atención Especializada

María Teresa Flórez-Estrada Fernández

Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación

Rita Tristancho Ajamil

Coordinadora del Servicio de Salud Mental

María Adelaida Gutiérrez León

Coordinación

Santiago de la Huerga Moreno. *Técnico A.P. D.G. de Programas Asistenciales*

Roberto Gómez Pescoso. *Técnico A.E. D.G. de Programas Asistenciales*

Grupo de elaboración del Protocolo

Delia Báez Quintana. *Ginecóloga. Hospital Universitario de Canarias.*

Joana Cabrera Berger. *Médica de Familia. Gerencia AP Gran Canaria.*

Christian Casale. *Cirujano Plástico. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.*

Isabel de Miguel Mitre. *Pediatra. Centro de Salud Los Realejos.*

Jorge De Vega Sáenz de Tejada. *Psicólogo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Desiré Díaz Melián. *Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias.*

Javier Fernández Palacios. *Cirujano Plástico. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Miguel Fernández Sánchez-Barbudo. *Psicólogo. Centro de Salud de Ofra.*

Pilar González Álvarez. *Cirujana Plástica. Hospital Universitario de Canarias.*

Jorge Lázaro Archilla. *Psiquiatra. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Lidia Luis Ravelo. *Enfermera. Gerencia AP Tenerife.*

Javier Martínez Martín. *Endocrinólogo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

M.ª Luz Torralba Pinedo. Psiquiatra. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Ludmila Ocon Padrón. *Ginecóloga. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.*

Pablo Pedrianes Martín. *Endocrinólogo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Jesús Pérez Luis. *Endocrinólogo del Hospital Universitario de Canarias.*

Carmen Gloria Ramos Martín. *Técnica D.G. de Programas Asistenciales.*

Belén Rubio Morell. *Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias.*

Pilar Valerón Domínguez. *Médica de familia. Centro de Salud Miller Bajo.*

Diseño de la Portada

Teresa Rodríguez Delgado. *D.G. de Programas Asistenciales*

Ilustración de la Portada

Inmaculada Juárez

Diseño y maquetación

Alejandrina Hernández Albertos. *D.G. de Programas Asistenciales*

ÍNDICE

Introducción 5

Antecedentes 8

Justificación 9

Objetivos 12

Algoritmo de actuación 13

1. Actuación desde atención primaria 14

- Atención en la infancia y adolescencia 19

- Atención desde pediatría de atención primaria 22

2. Funcionamiento de las UAT 24

3. Tratamiento hormonal 27

4. Tratamiento quirúrgico 35

5. Asistencia Reproductiva 42

6. Sistemas de Registro 43

ANEXOS

I. Conceptos básicos 44

II. Asociaciones y contactos de interés 47

III. Consentimiento informado para tratamiento hormonal y análogos 49

IV. Renuncia al consentimiento informado para tratamiento hormonal 55

V. Consentimiento informado para histerectomía 56

VI. Acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas 58

VII. Efectos hormonas sexuales 59

VIII. Automedicación y sobredosificación 61

IX. Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal 64

X. Normativa para el consentimiento informado 65

XI. Solicitud de modificación de datos en Tarjeta Sanitaria 68

INTRODUCCIÓN

La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Principios de Yogyakarta)[1].
Así pues, la identidad de género corresponde a una categoría del ser humano que responde a la pregunta de "¿quién soy?" en relación al género, pudiendo tener tantas respuestas como posibles vivencias del mismo. De este modo, hay personas que se identifican como mujeres, otras como hombres y otras que no se identifican con ninguna de estas dos categorías, como serían las personas transgénero y todas aquellas englobadas en el concepto de identidades no binarias (género fluido, intergénero, agénero, genderqueer, etc.).
Habitualmente, en el momento del nacimiento, se asigna a todas las personas un sexo registral en base a una inspección visual de los genitales del recién nacido. En base a ello, la sociedad tiende a asignar paralelamente una identidad de género correlativa a cada persona, de tal modo que si el recién nacido nace con genitales de macho, se le asignará la identidad de género de hombre, y si nace con genitales de hembra, se le asignará el género de mujer. Dicho esto, cabe añadir, que aquellas personas cuyo sexo asignado al nacer se corresponde con su identidad de género sentida, serán personas cisexuales; mientras que aquellas cuyo sexo asignado al nacer no se corresponda con su identidad de género sentida, serán personas trans*.

En este documento, que pretende ser integrador en todo momento, se ha optado por utilizar el término "*trans**", en lugar de *transexualidad,* como un término "paraguas" para ser lo más general e inclusivo posible con todas aquellas personas cuya identidad de género y/o expresión de género sea diferente de las expectativas culturales basadas en el sexo que se les asignó al nacer. Incluye a personas transexuales, transgéneros, identidad no binaria o con una expresión de género diversa. Desde la Sociología y la Antropología son abundantes las referencias hacia personas que le asignaron al nacer un sexo con el cual no se identifican. Por otra parte, la especial vulnerabilidad que supone es un hecho constatable, al igual que las situaciones de exclusión social en las que generalmente ha derivado.

Entendemos ser trans* como una expresión de la diversidad humana[2], que no constituye una patología pero que en muchos casos demanda atención sanitaria, reconociendo la libre autodeterminación del género, como un derecho humano fundamental.

De hecho, cabe destacar, que la propia Organización Mundial de la Salud, en su última publicación de su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), publicada el pasado junio de 2018, cambió el epígrafe bajo el que se incluiría la demanda sanitaria de las personas trans*. Ésta deja de formar parte del capítulo dedicado a "trastornos de la personalidad y el comportamiento" –en el subcapítulo "trastornos de la identidad de género"– y pasará a engrosar la lista de "condiciones relativas a la salud sexual" en un capítulo llamado "factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud" y a llamarse "*incongruencia de género*". Un estudio

[1] https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/

[2]The World Professional Association for Transgender Health, o WPATH, (Asociación Profesional Mundial para la Salud Trans), Organización profesional dedicada al tratamiento de personas trans, que publica: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, que ofrece recomendaciones para la administración de procedimientos y servicios de inspiración en afirmación de género.

publicado en Octubre de 2017 por *Trangender Europe*[3], en el que participaron colectivos de personas trans* de Canarias, afirma que el 28,7% de las personas trans* en España se han sentido discriminadas o han sido tratadas de forma incorrecta en los servicios de salud públicos. Así pues, no es de extrañar que hasta el 48,1% decidan no acudir a su Médico de Atención Primaria bien por miedo (50,9%), por no querer expresar abiertamente su identidad de género en consulta (36,2%) o porque creen que pueden ser atendidos de forma vejatoria (34,5%). El problema se agudiza aún más en aquellas personas que se identifican como no binarias, es decir, aquellas que se identifican con otras identidades de género distintas a la de mujer u hombre. En este caso, más de la mitad de ellas (51,4%) no buscan ayuda en los servicios de salud en relación a su proceso trans* y sólo el 63% es conocedor de los puntos de referencia de información a los que contactar.

Desde el Servicio Canario de la Salud damos por hecho que cualquier tipo de discriminación, incluida la transfobia (discriminación por identidad o expresión de género) es inaceptable y éticamente incorrecta. Los datos de transfobia en el ámbito sanitario son realmente preocupantes. Según el citado estudio el 90,1% sentían que debían demostrar que eran lo "suficientemente trans" para recibir tratamiento, el 74,1% sentían que los profesionales de la salud no respetaban su identidad o expresión de género, experimentando discriminación por transfobia en la atención sanitaria hasta un 63,9% de los casos, y experimentando miedo o ansiedad en el acceso a la atención sanitaria hasta un 79,2%. Ante esta situación, la responsabilidad de subsanar las consecuencias sobre la salud del colectivo de personas trans* pasa por comprender que los profesionales deben esforzarse en aprender a tratar con respeto y dignidad a las personas trans* en el ámbito sanitario. Por todos estos motivos, tenemos la responsabilidad de abordar de forma positiva y respetuosa las necesidades concretas en materia de salud trans sin perder de vista las premisas de la libre autodeterminación del género y despatologización de las identidades trans*.
Este Protocolo es un documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, detalla los pasos a seguir, está consensuado entre los profesionales y se adapta al entorno y a los medios disponibles con el objetivo de optimizar la atención sanitaria específica a las personas trans*.

Esta actualización del Protocolo surge a partir de:

- La evaluación de los primeros años de funcionamiento de las Unidades y la obligada actualización del protocolo anterior.
- La necesidad de adaptarse a la Ley 8/2014 de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans*, aprobada por el Parlamento de Canarias.

El objetivo es consensuar la actuación de los distintos profesionales basándonos en los estándares internacionales que incluyan criterios objetivos y despatologizantes para prestar una atención sanitaria de calidad con criterios de efectividad y eficiencia ajustada a los recursos disponibles en el Servicio Canario de Salud.

Este protocolo contempla la atención a las personas trans* en cualquier etapa de su vida, haciendo una especial mención a la realidad de la infancia y adolescencia trans*.

Considerando los continuos cambios en la sociedad actual y en la legislación los protocolos no pueden ser estáticos sino que deben estar abiertos a las modificaciones y aportaciones que se precisen. Este documento será revisado periódicamente para mantenerlo permanentemente

[3]Transgender Europe, Overdiagnosed but Underserved, 2017. https://tgeu.org/healthcare/

actualizado, teniéndose en cuenta las recomendaciones propuestas según niveles de evidencia científica sanitaria.

Entendemos que cada persona trans* decidirá en todo momento la ruta a seguir, incluyendo la elección de un tratamiento hormonal o quirúrgico, si así lo desea. Además en el caso de personas adultas y adolescentes esto incluiría decisiones respecto a su vida reproductiva. En cuanto a las y los menores trans* su/s progenitor/es o su/s tutor/es legal/es deberá/n actuar acorde a su identidad sentida.

ANTECEDENTES

La atención sanitaria a personas trans* en Canarias comenzó aproximadamente en 1997 dentro del servicio de Urología y Andrología del Hospital Universitario de Canarias y con apoyo del CESEX (Centro de Estudios Universitarios para la Salud Sexual de la Universidad de La Laguna). Tanto en Gran Canaria como en Tenerife hubo profesionales de la endocrinología que trabajaron de forma individualizada con personas trans*.

En las últimas décadas se ha desarrollado un proceso de reconocimiento social de las personas trans*, que se ha visto reflejado en avances tan importantes como la aprobación de la *Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. Tras este reconocimiento legal se ha seguido trabajando en la esfera social, sanitaria y legal, para que progresivamente se vaya dando respuesta a las necesidades de las personas trans*. Quizás la crítica que habría que hacer es que, al no existir una política sanitaria estatal en torno a la salud de las personas trans*, éstas no han tenido ni tienen los mismos derechos dependiendo de la Comunidad Autónoma donde residan.

Los colectivos trans y LGTBI de Canarias, mantuvieron varias reuniones con la Consejería de Sanidad, demandando respuestas a los problemas de salud de estos colectivos.

En el año 2007 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud organizó una Jornada de trabajo entre profesionales y personas trans*, con el objetivo de conocer la percepción de todos ellos, sobre las principales demandas y problemas de atención sanitaria relacionadas con este colectivo y realizar propuestas que ayudaran a mejorar dicha atención. Una de las conclusiones de esta Jornada fue la creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo de atención sanitaria a personas trans*.

En 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud hizo una convocatoria para establecer que centros serían de referencia (CSUR) para la atención integral a la transexualidad a nivel nacional, incluyendo cirugía de reasignación genital , pero quedó desierta.

En el año 2008 en nuestra Comunidad Autónoma se formó un grupo multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios de medicina de familia, endocrinología, cirugía plástica, urología, ginecología, psicología, psiquiatría, pediatría, enfermería y trabajo social para la elaboración de dicho protocolo.

Durante los años 2008-2009 se elaboró el *"Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales"*, que fue consensuado con los colectivos, y se definieron los profesionales de ambas Unidades de Atención a la Transexualidad (UAT). El protocolo se presenta y se implanta en el 2010.

El 5 de noviembre de 2014 se publica en el Boletín Oficial de Canarias la Ley 8/2014 de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Canarias.

El 23 de octubre de 2018, el BOE publicó la Instrucción de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales que permite el cambio de nombre en el Registro Civil (incluyendo menores), sin la obligatoriedad de presentar ningún documento médico, psicológico ni de otra índole que avalara la identidad sentida de quienes lo solicitan.

JUSTIFICACIÓN

La realidad de las personas trans* (adultas y menores) y sus familias es cada vez más conocida por la población general y por los profesionales de la salud, educación o servicios sociales, sin embargo la aproximación que los profesionales hacen a esta población continúa siendo en muchos casos relativamente superficial y sesgada, especialmente con los menores.

Este protocolo pretende mejorar la atención sanitaria de las personas trans* residentes en nuestra comunidad autónoma.

Intenta articular un consenso profesional que garantice en la medida de lo posible la atención sanitaria integral y continuada de las personas trans*, de forma que se logre la igualdad con la ciudadanía cisexual normalizando la atención y permitiendo así facilitar el desarrollo personal y la calidad de vida de todas las personas implicadas.

Recoge las actuaciones que se deben realizar en Atención Primaria y Hospitalaria para normalizar la atención a estas personas asegurando su remisión y tratamiento en las **Unidades de Acompañamiento a las personas Trans* (UAT) provinciales**. Para facilitar la accesibilidad se han designado profesionales de referencia en Lanzarote y Fuerteventura.

La primera atención en estas unidades, actualmente con carácter de unidad funcional, se basará en una acogida inicial en formato de entrevista con la/el gestor de casos de cada UAT. En base a las necesidades, expectativas y factores socio-sanitarios de cada usuaria/o, y partiendo siempre del principio de la libre autodeterminación de la identidad y expresión de género, se irá diseñando un proceso de acompañamiento, apoyo y asesoramiento individualizado, empleando técnicas como la escucha activa y la toma consensuada de decisiones.
La/el gestor de casos con formación específica y experiencia acreditada, escuchará y asesorará a la persona trans*, facilitando su atención en la UAT y derivándola al resto de profesionales según precise.

Las UAT velarán en todo momento por la **seguridad clínica** en la atención sanitaria de las personas trans*, considerando que hay tratamientos irreversibles (hormonales y quirúrgicos) pero entendiendo que es siempre prioritario el desarrollo de la identidad sentida por la persona y respetando lo que cada persona plantee en su proceso facilitando información veraz, basada en la evidencia científica disponible para cada procedimiento, en relación a las expectativas expresadas, los resultados esperados y los posibles efectos secundarios.

Este protocolo pretende también contemplar la realidad de menores y adolescentes trans*, ya que la adecuada información, el acompañamiento, la intervención temprana y coordinada con las familias y en el ámbito escolar puede ayudar, con la prudencia necesaria en estos casos, a evitar el peregrinaje que estas personas siguen antes de identificar y expresar su identidad o de tomar la decisión de iniciar su proceso de tránsito garantizando de esta manera una mejor calidad de vida (apoyo familiar, formación, acceso a un trabajo, mejor salud física y psíquica...).

DESPATOLOGIZACIÓN

A comienzos de los años 80 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en Estados Unidos, decidió registrar un nuevo trastorno mental que denominó Trastorno de la Identidad de Género (TIG) para describir a personas que manifestaban pertenecer al sexo opuesto al que habían sido asignadas al nacer o que decididamente exigían modificar sus características sexuales para adecuarlas al sexo opuesto al que se les asignó al nacer. Para describirlo la APA definió criterios de selección que han ido modificándose a lo largo de los años.

Posteriormente la Organización Mundial se la Salud (OMS) incorporaría en su Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE) el Trastorno de Identidad de Género o Transexualismo y el Travestismo como patologías mentales en la sección trastornos sexuales.

El paradigma de la patologización psiquiátrica de las personas trans* se ha mantenido durante más de 30 años debido principalmente al utilitarismo del mismo para dar cobertura de salud a las personas trans* que solicitaban modificaciones médico quirúrgicas de sus cuerpos.

La despatologización de las identidades trans* supone que la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, eliminen de sus manuales de enfermedades el transexualismo, al igual que ocurrió con la derogación del homosexualismo como un trastorno mental. Ya que este tipo de clasificaciones estigmatizantes, arbitrarias desvían la atención del principal problema al que se enfrentan las personas trans*, que es la transfobia o el rechazo social por manifestar una identidad que se escapa de la normas socialmente aceptadas para el sexo y el género.

En el CIE-11 , la OMS ha querido alejarse del concepto de que la transexualidad es una enfermedad mental que debe ser diagnosticada y tratada, para reconocerla como una situación que puede entrar en contacto con los servicios de salud, con la denominación de *"incongruencia de género"*. Desde la OMS han señalado que la decisión de no eliminar la transexualidad de la lista de enfermedades se debe a que muchos países cubren las necesidades de salud sólo con base en lo que está estipulado en la clasificación internacional, por lo que el tratamiento de estas personas estaría en riesgo. Por ello se inclinó por colocarla en un lugar menos estigmatizante.

En noviembre de 2017[4] la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) publicó una declaración en la que reconoce que para una salud física y mental óptima, las personas deben poder expresar libremente su identidad de género, ya sea que esa identidad se ajuste o no a las expectativas de los demás. Las personas trans*, independientemente de cómo se identifiquen o expresen su identidad tienen el mismo derecho que el resto de laspersonas a ser respetadas y reconocidas con el género con el que se identifican.

Este protocolo de atención sanitaria parte como premisa fundamental de la despatologización de la asistencia sanitaria a las personas trans* en la Comunidad Autónoma de Canarias. Es por ello que establece la eliminación del requisito de un informe médico o psicológico que conlleve una acreditación por parte de terceros sobre la propia identidad sentida para cualquier procedimiento sanitario, igualando por tanto el acceso, trato y derecho sanitario con respecto al resto de la ciudadanía cisexual.

Partiendo de uno de los principios de los Derechos Humanos (libre autodeterminación de la identidad y expresión de género de la persona), se la apoyará mediante un acompañamiento individualizado de las necesidades que cada persona trans* exprese y se promoverá, desde la toma

[4]Disponible en: https://tgeu.org/wpath-2017-identity-recognition-statement/

de decisiones compartida, que cada persona pueda elegir su propio proceso, recibiendo una información veraz y fidedigna acerca de las posibles opciones sanitarias a considerar en cada caso y velando por la seguridad en relación a los posibles efectos negativos sobre la salud que pudieran acontecer.

OBJETIVOS:

General

- Mejorar la sensibilización de los/las profesionales sanitarios para realizar un acompañamiento precoz a estas realidades y ofrecer una atención sanitaria de calidad a todas las personas trans*, incluyendo a los menores y sus familias en nuestra comunidad autónoma.

Específicos

- Sensibilizar y prevenir la transfobia en el abordaje sanitario de las personas trans* (adultas y menores) y sus familias.

- Formar a los/las profesionales de salud de atención primaria y hospitalaria, así como al personal auxiliar en el abordaje de estas realidades.

- Mejorar el acompañamiento y la atención precoz a las personas trans* (adultos y menores) y sus familias.

- Definir las líneas de actuación a seguir para garantizar una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente con criterios objetivos basados en la evidencia científica para las personas trans* (adultos y menores) y sus familias en nuestra Comunidad Autónoma.

- Establecer los circuitos de información y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales que faciliten la continuidad de la atención.

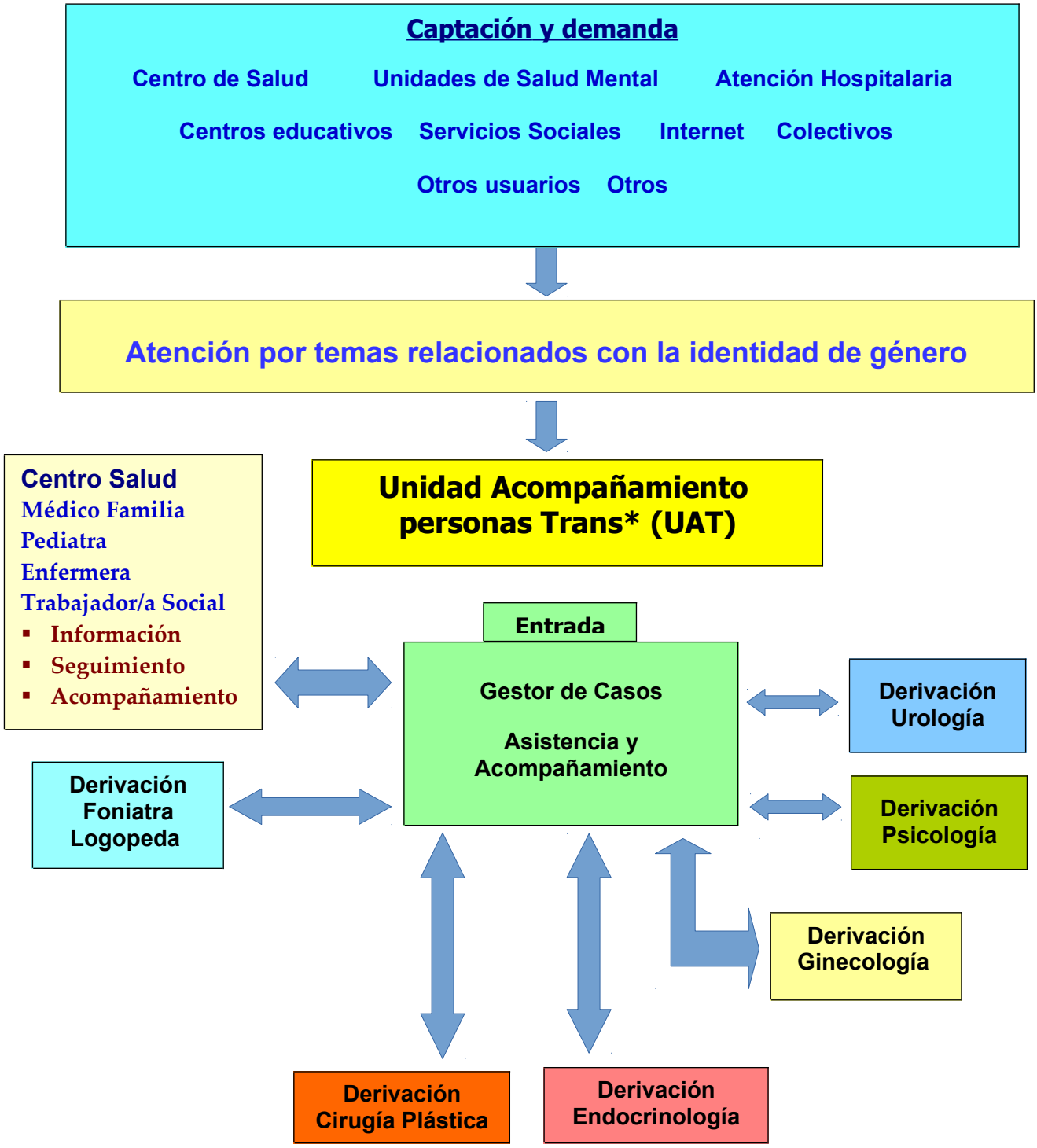
- Mejorar la coordinación con Educación y Servicios Sociales tanto a nivel autonómico como local para favorecer la integración y prevenir las situaciones de agresión y acoso por motivos de transfobia, homofobia o bifobia.

Seguimiento del protocolo

La Dirección General de Programas Asistenciales velará por la implantación del presente Protocolo realizando un seguimiento, así como procurando su difusión a través de actividades formativas y de sensibilización.

Se constituirá una comisión de seguimiento y participación, presidida por el/la Director/a de Programas Asistenciales, que se reunirá al menos semestralmente, y que estará integrada por representantes de los colectivos y asociaciones trans* y LGTBI de Canarias y por los responsables y profesionales de la Administración Sanitaria, con la finalidad de analizar la aplicación del protocolo y valorar las posibles propuestas de mejora.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



1. ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria es considerada la puerta de entrada a través de la cual los usuarios toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Presta una atención integral, su accesibilidad, cercanía y trato directo facilitan que se cree una relación de confianza entre los profesionales de salud de Atención Primaria (médicos, pediatras, enfermería, trabajadores sociales) y los/as usuarios/as.
El equipo de Atención Primaria tiene una posición privilegiada para asesorar y acompañar en las necesidades de salud de la persona trans*, y debe mantener un estrecho contacto con la UAT de referencia que permita un acompañamiento sanitario integral y de calidad, en función de las necesidades individualizadas de las personas trans* atendidas en el Servicio Canario de la Salud.
Todos los profesionales del centro de salud, desde personal administrativo, auxiliares de enfermería, celadores, enfermeros, médicos deben estar formados y sensibilizados en todo lo relacionado con el colectivo trans*, independientemente de sus creencias personales, para poder ofertar un acompañamiento y una atención sanitaria de calidad y sin trato discriminatorio.

Las 3 reglas de oro en la atención a las personas trans* en el ámbito sanitario de Atención Primaria serían:

1. **RESPETAR:** Como profesionales de la salud existe la obligación ética de tratar con respeto a los/las pacientes, en todos los ámbitos en los que compete nuestra actividad: biológica, psicológica y social.
2. **ASESORAR:** Para ofrecer un adecuado asesoramiento a los/las pacientes trans*, los y las profesionales sanitarios/as deben estar adecuadamente formados/as.
3. **ACOMPAÑAR:** Los y las profesionales de Atención Primaria pueden acompañar a los/las pacientes en sus procesos vitales de salud, incluidos aquellos que afectan de forma específica a la salud de las personas trans*.

Dentro de la consulta, la importancia del lenguaje es un elemento clave para mantener un clima de confianza y respeto. Así que si conocemos al usuario, lo nombraremos siempre con el nombre con el que quiere ser identificado.
Si, en cambio, no conocemos al usuario/a, empezaremos no dando por hecho que es cisexual, con independencia de su corporalidad o su expresión de género. Le preguntaremos cómo quiere ser llamado de una forma sencilla. En cualquier caso, siempre ante la duda resulta útil utilizar la tercera persona del singular, es decir, el "usted". Al ser neutro, nos permite manejarnos en un ambiente lingüístico cómodo y respetuoso con la identidad del usuario.

Finalmente, es importante familiarizarse con el argot que utilizan las personas trans*. Para establecer una comunicación horizontal y abierta es importante utilizar un lenguaje apropiado para cada persona, porque conlleva un mensaje no verbal de comprensión y conocimiento sobre su persona y su contexto, aunque sea de forma indirecta e implica un compromiso hacia su proceso.

Motivos de consulta

Se pueden clasificar en 3 grandes categorías:

- "Dudas" sobre la Identidad de Género o el circuito sanitario.
- Consultas médicas Trans-Específicas.
- Consultas médicas generales.

La Atención Primaria es, habitualmente, la puerta de entrada al circuito sanitario, por lo que podemos encontrarnos con pacientes que acudan a consulta para expresarnos su proceso de visibilización trans*. así como para asesorarse sobre cómo funciona el circuito sanitario.

Es importante recordar que ser trans* NO es una enfermedad y que por lo tanto:

- Si el paciente se identifica como trans*, le preguntaremos si quiere iniciar un proceso de reasignación corporal o no, ya que no es una obligación y no todas las personas trans* lo desean, ni lo desean en un mismo grado.
- En el caso de que nos diga que sí, lo derivaremos a la UAT mediante una interconsulta desde la historia de salud Drago-AP.
- En el caso de que diga que no, le preguntaremos respetuosamente en qué le podemos ayudar y le ofreceremos nuestro acompañamiento y asesoramiento.
- Si el paciente no se identifica como trans* abiertamente, realizaremos una anamnesis respetuosa en busca de indicadores.
- Si la persona presenta indicadores de identidad trans*, le ofreceremos un asesoramiento libre de prejuicios y lo citaremos para seguimiento.
- En el caso de que no sepamos abordar una adecuada anamnesis para identificar los indicadores de un proceso trans*, le ofreceremos información acerca de la consulta que se ofrece en la UAT para explorar de forma respetuosa y sin compromisos esta esfera y le ofreceremos también información de entidades fuera del circuito sanitario con demostrada experiencia en el trabajo con personas trans*. (Anexo II)

Es importante recordar que el manejo de los procesos trans* en Atención Primaria es similar al del embarazo. No somos especialistas en esta materia, pero sí nos encargamos de acompañar y asesorar adecuadamente a los/las pacientes, sin paternalismos, de derivarlos adecuadamente a la atención hospitalaria que requieran en cada momento y de ofrecerles atención médica para el resto de procesos que requieran un seguimiento desde Atención Primaria. Por otro lado, debemos tener en cuenta que, como en el embarazo, los procesos trans* tienen una serie de aspectos de salud específicos y comunes que debemos conocer y abordar.

Aunque existen escasos estudios de calidad sobre la salud trans-específica, de modo general deberemos tener en cuenta y valorar que las personas trans* pueden presentar:

- ✓ Heridas cutáneas en región pectoral y genital debido al uso de complementos (esparadrapos, cinta) para esconder algunos caracteres sexuales.
- ✓ Afecciones dermatológicas (acné, dermatitis de contacto, caída de pelo) derivados del uso de hormonación exógena.
- ✓ Alteraciones analíticas (hiperlipidemia, hipertransaminasemia, trombocitosis, hiperprolactinemia, disminución PSA) derivados del uso de hormonación exógena.
- ✓ Psicopatología (ansiedad, estrés post-traumático, depresión, insomnio, aislamiento social, alteraciones de conducta alimentaria, hábitos tóxicos, auto-mutilación, riesgo de suicidio) derivado de la transfobia que sufren de forma directa o indirecta en las distintas esferas de su vida cotidiana.
- ✓ Salud sexual y reproductiva (infertilidad, impotencia, alteraciones afectivas, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual -ITS-, reproducción).

Se debe recordar que los procesos trans*, como el embarazo, pueden requerir de nuestra atención en el ámbito de la Atención Primaria tanto en los procesos de salud trans-específicos (como hemos indicado) así como en procesos de salud comunes. El compromiso de seguimiento y atención a la salud de las personas trans* debe realizarse desde Atención Primaria como con cualquier otro paciente, y serán derivados a la Atención Hospitalaria aquellos procesos que clínicamente lo requieran (p. ej: acné grado IV en relación al uso de testosterona se derivará al dermatólogo, pero no a la UAT).
Además, debemos tener en cuenta que las personas trans*, con las especificidades de salud que puedan presentar, deben ser incluidas en los programas de *screening* y atención integral de la salud.

- ✓ En cuanto a los Programas de Prevención primaria:
- Incluir a las mujeres trans* con mamoplastia en los programas de *screening* de cáncer de mama, del mismo modo que incluimos a las mujeres cisexuales con implantes mamarios. También deberemos incluir a aquellas personas trans* no binarias que tienen tejido mamario.
- Incluir en los programas *screening* de cáncer de cérvix a los hombres trans* que no se hayan realizado una faloplastia, así como a aquellas personas trans* no binarias que tengan vagina y cérvix.
- Considerar que las mujeres transexuales en tratamiento hormona sustitutivo con estrógenos presentarán una atrofia secundaria de la próstata, por lo que los métodos habituales de *screening* de cáncer de próstata no resultan válidos y deberemos de realizar periódicamente un tacto rectal a partir de los 50 años para descartar posibles complicaciones de salud.
- En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, se debe tener en cuenta que el uso de hormonas exógenas puede aumentar el riesgo de hiperlipidemia en el caso de la testosterona y el riesgo de obesidad y trombofilia en el caso del uso de estrógenos.

- ✓ En cuanto a otros aspectos de salud integral que se abordan desde la Atención Primaria, deberemos conocer la especificidad de los procesos trans* en:
- La atención a la salud psíquica, dado que se trata de un colectivo vulnerable y muy castigado por la transfobia.
- El asesoramiento sobre salud sexual y pareja, dado que puedan surgir dudas sobre las prácticas de riesgo específicas en relación con su realidad corporal. (p. ej.: dificultades para la erección o la eyaculación, hipertrofia de clítoris, uso de prótesis y dudas al respecto, percepción disminuida del riesgo de transmisión de ITS, etc.)
- El asesoramiento sobre salud reproductiva, dado que las personas trans* pueden decidir conservar sus gametos antes de iniciar procesos de hormonación exógena y/o procesos de reasignación quirúrgica. Ademas, las personas trans* pueden hacer uso de su genitalidad en el proceso de la reproducción (p. ej: los hombres gestantes).
- Los consejos de deshabituación de hábitos tóxicos, fundamentalmente tabaco, alcohol y benzodiacepinas.

Finalmente, como concepto general, debemos de tener en cuenta que las personas trans* también son pacientes de Atención Primaria, por lo que los profesionales sanitarios deben formarse sobre sus procesos de salud trans-específicos y abordarlos sin actitudes evitativas ni discriminatorias.

Exploración física

La exploración física, en el caso de las personas trans*, es a menudo un momento delicado del proceso de atención sanitaria. Esto se debe, fundamentalmente, que muchas personas trans* sienten tener que encajar en un modelo binario de corporalidades para ser tratadas y socializadas con su identidad sentida. Así pues, debemos tener la empatía y demostrar el adecuado respeto en la exploración física de las personas trans*, dado que mostrarlo es a menudo para ellas, un acto de fe que no siempre está libre de una cierta violencia interna y de una desconfianza hacia nuestros posibles prejuicios.

Se recomienda que:

- ✓ No se hagan presunciones a partir de lo que se ve (cuerpo, comportamiento)
- ✓ Preguntar, antes de iniciar la exploración física, sobre los procesos de reasignación actuales o pasados (hormonación, cirugía de reasignación sexual y tipo de cirugía).
- ✓ Explicar siempre el por qué de las preguntas y transmitirles que no es curiosidad sino una información sanitaria importante para poder explorar adecuadamente y tomar las decisiones más respetuosas y correctas para cada proceso.
- ✓ Debido a la alta resistencia a la invasión corporal, la exploración debe ser lenta y respetuosa, explicando en todo momento lo que realizaremos y pidiendo permiso para ello.
- ✓ En el caso de que el usuario nos transmita directa o indirectamente su incomodidad con el proceso de exploración física, deberemos parar inmediatamente y valorar otras opciones de exploración.

En resumen, desde el Centro de Salud se realizará un asesoramiento específico e individualizado que supone:

1. Asegurar y mantener la confidencialidad.
2. Informar sobre identidad, orientación sexual y roles sociales.
3. Informar acerca del circuito de atención (UAT) y de los recursos de apoyo existentes (asociaciones, etc).
4. Informar acerca del tratamiento: posibilidades, eficacia, problemas y efectos secundarios.
5. Utilizar estrategias de counselling (asesoramiento) para facilitar la toma de decisiones respetando el derecho a la autodeterminación de su identidad.
6. Resolución de dudas (mitos, temores,…).
7. Derivación a la UAT, con compromiso de apoyo y seguimiento (repetición de tratamientos hormonales, realización de informes si precisa, sensibilidad a la hora de tratar la diferencia).

Ante la demanda solicitada, o ante disonancias evidentes (como la no coincidencia de datos administrativos y fenotipo) el profesional sanitario ofertará, como al resto de usuarios, la realización de una valoración clínica completa (bio-psico-social) por los profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) implicados en la atención (medicina, enfermería, trabajo social). En caso de constatarse la falta de asistencia sanitaria específica en temas relacionados con su identidad se le ofertará el ser derivado a la UAT y mantener posteriormente el seguimiento.

La buena praxis en el EAP debe incluir la recogida de datos médicos específicos consustanciales a su situación (uso de tratamientos hormonales, cirugías realizadas, test de prevención de cáncer de

mama, próstata, útero y ovarios en mujeres y hombres trans*) la exploración física cuando sea precisa y una valoración psicosocial relativa a la situación personal, familiar y del entorno dirigida a la identificación de riesgos y problemas sociosanitarios y a la identificación de recursos propios y externos potencialmente utilizables.

Recomendaciones

Es indispensable informar ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no crear falsas expectativas.

Desde la Atención Primaria de Salud, en relación a las personas trans*, se debe valorar cada situación particular, y de forma individualizada se debe informar, orientar y ofertar la derivación a la UAT si el paciente lo desea, manteniendo el seguimiento y el acompañamiento a lo largo del proceso.

La derivación a la Unidad de Acompañamiento a personas Trans* (UAT) se realizará mediante **interconsulta** desde la historia electrónica de salud, dependiendo de la unidad de referencia en cada provincia.

1.1. ATENCIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La identidad forma parte de la personalidad del ser humano y tiene diversas formas de expresión que enriquecen a la sociedad haciéndola más abierta, respetuosa y plural.
Para poder entender las distintas variantes de identidad y expresión de género es necesario conocer cuatro conceptos.

- Toda persona tiene un **sexo biológico** es el conjunto de informaciones cromosómicas, órganos genitales, capacidad reproductiva y características fisiológicas secundarias que puede combinarse de distinta forma dando lugar a una gran diversidad de configuraciones de las características corporales. En ningún caso debe tomarse como referencia la combinación cisexual como modelo de "normalidad biológica" o como norma.
- El concepto de **identidad de género**, se refiere a la vivencia interna e individual del género, tal y como cada persona la siente, profundamente y está generalmente acompañada del deseo de vivir y recibir aceptación como miembro de dicho género e incluso del deseo de modificar, mediante métodos hormonales, en el caso de la infancia y adolescencia, el propio cuerpo, para hacerlo lo más congruente con el sexo-género sentido como propio. La identidad sentida como propia se puede manifestar desde que el menor o la menor la percibe, incluso de manera no verbal si bien suele ser firme cuando el niño o la niña puede verbalizarlo, lo que puede estar en torno a los 3 años de edad.
- El concepto de **rol de género o rol social** es un concepto cultural que hace referencia a las reglas y convenciones que cada sociedad establece para las personas en función al género asignado al nacer. Este rol se vincula a la expresión de género, es decir a la forma en la que nos mostramos al mundo, y que en base a los estereotipos sociales de género establecidos en cada sociedad y momento histórico puede ser considerada más masculina, más femenina, o andrógina.
- Por último, el concepto de **orientación del deseo sexual** hace referencia a nuestro deseo y hacia donde lo orientamos, hacia personas del sexo opuesto (heterosexualidad), del mismo sexo (homosexualidad), de ambos sexos (bisexualidad), de ninguno (asexualidad) etc. No debemos olvidar que la orientación del deseo sexual se inicia en la etapa de la pubertad.

Estos cuatro conceptos están muy relacionados pero son independientes entre sí, de tal forma que pueden combinarse de múltiples formas: un varón trans* puede tener una expresión de género masculina y sentir atracción por hombres; una mujer cisexual puede ser heterosexual y tener una expresión de género considerada más masculina, etc.
Por tanto, no existe una relación necesaria entre la expresión de género de una persona y su identidad de género, puesto que las preferencias, gustos o actividades pueden encajar más o menos con el estereotipo impuesto por la sociedad, sin que ello suponga necesariamente una identidad de género en especial.

Algunas veces las familias se encuentra con *"señales"*, gustos y preferencias, juegos de rol, que hacen *"sospechar"* que tienen un/a hija/o trans*. Otras, existe una verbalización más o menos elaborada, dependiendo de la edad y las herramientas que tenga la persona, que nos pone definitivamente frente a la realidad. Es primordial saber que la única persona que nos va a poder decir cuál es su identidad de género es ella misma. En los casos en los que no ha habido verbalización, no podemos utilizar las señales, o la ausencia de ellas, como clave para conocer la verdadera identidad de género del/a niña/o, ya que las preferencias, gustos y roles de una persona no determinan en ningún caso su identidad de género.

Dependiendo de la edad, el acceso a información y la capacidad que la persona tenga para asimilarla, así como del propio carácter, se pueden dar varios modos diferentes de verbalización:
- Habitualmente vemos cómo, en la primera infancia, la verbalización es directa y sin filtros. En muchas ocasiones se nombran directamente con el género que corresponde a su identidad: nos dice *"yo alta, yo guapa"*, *"yo alto, yo guapo"*)
- Un poco más adelante nos podemos encontrar con expresiones hechas a futuro (Ej.: *"cuando sea mayor voy a ser una chica"*, *"cuando sea mayor voy a ser profesora"*, dicho por quien venimos considerando niño; *"cuando sea mayor voy a ser un chico"*, *"cuando sea mayor voy a ser profesor"*, dicho por quien venimos considerando niña) o en condicional (Ej.: *"me gustaría ser una niña"*, *"me gustaría ser un niño"*), incluso en forma de negación (Ej.: *"no soy un niño"*, *"no soy una niña"*).
- Muy frecuentemente la persona es capaz de manifestarse de forma clara a pesar de contar con pocos años de edad. En esos casos, simplemente, nos transmitirá su verdadera identidad de género.
- Cabe destacar que, en el caso de las personas no binarias, puede resultar un poco más complicada la autodeterminación de su identidad o la verbalización de la misma debido a la mayor ausencia de referentes a su alcance.

¿Cuándo y cómo se debe intervenir en estas situaciones?, ¿qué pasa cuando no se interviene?, ¿que hacer cuando el niño o la niña no manifiesta su identidad o los padres no son receptivos a las necesidades del ese niño o esa niña?.
Partiendo de cada realidad es única, es necesario hacer una serie de consideraciones siempre desde el respeto a la identidad del menor. Lo que sí parece claro, de acuerdo con los datos existentes, es que no intervenir desde el punto de vista social, familiar o educativo en estos casos puede provocar un incremento en los problemas de conducta que presentan estos niños/as (aislamiento social, agresividad, hiperactividad, obsesividad, somatizaciones, dependencia, etc).

En 2014, Félix López Sánchez publicó "*Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*"[5], donde por primera vez se incluye como maltrato sexual no aceptar la identidad de género de un menor en la infancia o la adolescencia. Lo que se encuentra en consonancia con el espíritu de la Ley 8/2014: "*La negativa de padres o tutores a autorizar el tratamiento transexualizador podrá ser recurrida ante la autoridad judicial, que atenderá en último caso al criterio del beneficio del menor*".

La mayor parte de padres y madres asumen la identidad de sus hijos/as y deciden buscar ayuda, no porque lo consideren un problema o una enfermedad, sino porque les preocupa el sufrimiento que pudiera acarrearle a su hijo/a la vivencia de su identidad en una sociedad que no siempre respeta la diversidad. En las familias suele haber un sentimiento de desorientación acerca de cómo abordar el tema, en parte porque cuando han consultado a los profesionales sanitarios se han encontrado respuestas contradictorias cuando no un desconocimiento del tema.

La identificación de la condición de trans* en la infancia se hace a través de la escucha activa del propio relato del niño o niña, de tal manera que se facilita la posibilidad de expresar su propia identidad y asegura que el relato es auténtico y no condicionado. Sin presuponer que por su edad el niño o la niña no son capaces de manifestar su sexo sentido (la identidad empieza a desarrollarse entre los 15 meses y 3 años) y sin recurrir a expresiones comunes tales como *"el niño es muy pequeño y hay que esperar a que tenga 12 años"*.

[5] López Sánchez, Félix.Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual. Ed Sintesis. 2014

La primera entrevista se realiza, salvo excepciones, con el/la menor en presencia de sus progenitores considerándole el principal interlocutor. La información recogida del entorno familiar y escolar es muy relevante en el proceso para poder realizar una intervención satisfactoria con el/la menor.

En relación con los **estados intersexuales** es importante señalar que una vez detectados **debe esperarse a que el niño/a desarrolle su identidad de género de forma estable** antes de tomar cualquier decisión acerca de tratamientos hormonales o quirúrgicos. Es aconsejable que profesionales especializados trabajen con las familias y los niños/niñas para adaptarse a su situación. El Servicio Canario de la Salud está trabajando en un protocolo específico de atención sanitaria a personas con desarrollo sexual diverso / intersexuales.
Milton Diamond[6](1996) concluyó tras revisar los *estudios sobre identidad sexual en pacientes con anomalías en la diferenciación sexual prenatal o con traumatismos postnatales en la región genital:*
Al considerar la estructuración del desarrollo psicosexual de la persona debemos tener en cuenta la interacción de lo biológico y lo ambiental.

1. Para las personas con traumatismos genitales postnatales sugiero la crianza en su sexo biológico, el sexo de su asignación original, y predecimos que, a pesar de la apariencia o no de genitales normales, serán más felices en esa condición. La reconstrucción genital puede comenzar tan pronto como el cirujano considere apropiado.
2. Para las personas con genitales ambiguos, sin embargo, recomendamos que la reconstrucción genital se retrase hasta que el individuo sea competente para decidir por sí mismo como debería hacerse esta reconstrucción. En esos casos, la intervención médica consistiría principalmente en asesorar a los padres y personas significativas de su entorno acerca de la mejor manera de tratar la situación.

RECOMENDACIONES
En un alto número de casos, la intervención con las familias es incluso más relevante que el propio trabajo con menores, bien por su temprana edad,o porque a las familias se les plantean más conflictos de aceptación por los prejuicios sociales y la falta de información.
Esta intervención se puede realizar con familias a nivel individual o grupal dependiendo de las demandas y necesidades.
Ofrecer a las familias información de los recursos (dentro y fuera del sistema sanitario) con demostrada experiencia en el trabajo con familias de menores trans*.

Con respecto al menor, se realizará un s**eguimiento y acompañamiento personalizado**, para que pueda vivir su identidad de género sin menoscabo de su bienestar.

Será valorado en la UAT antes del momento en que requiera un tratamiento con análogos por la etapa del desarrollo del menor (Estadio II Tanner), y considerando el apoyo de su padre/madre o tutor.
Hay que tener en cuenta que al intervenir con menores **no se toma ninguna decisión irreversible**.

[6]Diamond, M. (1996a): Behavioral Disposition and the clinical management of some pediatric conditions. Journal of Sexual and Marital Therapy, 22, 139-147
Diamond, M. (1996b): Response: Consideration for sex reassignment. Journal of Sexual and Marital Therapy, 22, 161-174
Diamond, M. (1997): Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. Journal of Sex Research, 34(2), 199-202

1.2 ACTUACIÓN DESDE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Programa de Salud Infantil con sus revisiones periódicas es una herramienta idónea para la detección precoz de niños y niñas trans*. Siendo imprescindible la adecuada formación del personal pediátrico para el correcto abordaje de estas situaciones.
Desde edades tempranas estos menores manifiestan su malestar ante el sentimiento de pertenencia a un género que no es con el que se identifican. Esta situación, que es una forma más de expresar la diversidad de género y no una patología, precisa atención de un equipo multidisciplinar que valorará de forma individual cada caso.[7]

Es importante indicar a las familias que se debe escuchar al niño o niña para que pueda vivir su identidad sentida, con respeto, amor y comprensión y que se sienta siempre querido y aceptado independientemente de su identidad. La identidad de género de cada persona sólo la puede determinar ella misma. Dado que en el caso de menores en los que por su desarrollo no procede ningún tratamiento hormonal, toda intervención es reversible, se recomienda respetar el sexo sentido por el niño o niña, para que pueda vivir conforme a su identidad de género.

La actitud a seguir será escuchar al menor como se siente, observando su evolución en el tiempo y permitiéndole expresarse libremente.
Se debe explicar a los progenitores que no existe una relación necesaria entre la expresión de género de una persona y su identidad de género, puesto que las preferencias, gustos o actividades pueden encajar más o menos con el estereotipo impuesto por la sociedad, sin que ello suponga necesariamente una identidad de género. En los casos en los que no ha habido verbalización, no podemos utilizar las señales, o la ausencia de ellas, como clave para conocer la verdadera identidad de género del niña/o, ya que las preferencias, gustos y roles de una persona no determinan en ningún caso su identidad de género.
Existen niños/as que utilizan ropa, juguetes, o conductas que se podrían considerar del género contrario, según los estereotipos culturalmente impuestos, sin que ello llegue a indicar que su identidad sea diferente a la asignada al nacer.

No podemos olvidar que dentro de la identidad de género existe diversidad, hay personas **no binarias**, que son aquellas cuya identidad sexual y/o de género no se ajusta a lo que culturalmente es entendido como hombre o mujer. Dentro del espectro no binario hay multitud de identidades con denominación específica (género fluido, agénero, bigénero…) siento un término paraguas que incluye otras identidades.

De esta manera, en cuanto el/la menor exprese su **identidad de género sentida**, el profesional hará la derivación a la Unidad de Acompañamiento a personas Trans* (UAT).
La atención a estos niños y niñas en edades tempranas se centra en el **acompañamiento**, ayudando a padres y madres a comprender la realidad de sus hijos o hijas.
Cuando la persona trans* es consciente de su identidad, es importante respetar su nombre sentido y utilizar los pronombres que le corresponden.

[7]Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Díaz Méndez M, GrupoGIDSEEN. La disforia de género en la infancia en las clasifica-ciones diagnósticas. C Med Psicosom. 2014:25---35.13.

Es fundamental el trabajo con la familia ofreciéndoles apoyo y acompañamiento en el proceso de aceptación de la identidad de su hijo/a, abordando si hubiese sentimientos de culpa, prejuicios y temores respecto a cómo su hijo o hija vivirá esta situación.

Aunque hasta el estadio 2 de Tanner no se comenzará con los análogos para retrasar los cambios puberales, es recomendable derivar antes al menor a la UAT para contar con su apoyo en el proceso y poder planificar las intervenciones médicas futuras que se puedan precisar.

Los y las pediatras de atención primaria deberían derivar a la UAT a los/as menores cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer, fundamentalmente si coexisten síntomas añadidos de ansiedad, depresión, ideas autolíticas, conflictos en la relación con pares (bullying) o con los padres.

La derivación a la UAT debe ser urgente en menores con manifestaciones puberales o con pubertad precoz.

RECOMENDACIÓN: Los pediatras de atención primaria derivarán con compromiso y manteniendo el **acompañamiento y seguimiento** a niños y niñas trans* a la UAT de referencia.

ATENCIÓN SANITARIA EN LA UAT

La Unidad de Acompañamiento a personas Trans* (UAT) tiene el carácter de **unidad funcional**, por lo que los profesionales que la integran pueden encontrarse en diferentes emplazamientos físicos.

Existen 2 Unidades una por provincia (S/C de Tenerife y Las Palmas). Para facilitar la accesibilidad y evitar desplazamientos existen profesionales de referencia en las islas no capitalinas con mayor demanda (Lanzarote y Fuerteventura en el año 2019).

El acceso a la UAT puede ser a través de múltiples vías: Atención Primaria, Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), Atención Hospitalaria, Educación, Colectivos LGTBI y trans, Servicios Sociales, otros usuarios, etc.

Para facilitar el acceso por otras vías aparte de la sanitaria se habilitará un sistema de cita telefónica.

Las derivaciones desde Atención Primaria u Hospitalaria se harán mediante el circuito establecido de interconsulta en la historia de salud electrónica.

2. FUNCIONAMIENTO DE LAS UAT

La entrada a la unidad es a través de un **gestor de casos** que realiza una valoración personalizada, partiendo de la libre **autodeterminación** de la persona, considerando sus necesidades, deseos y expectativas. Le ayuda a identificar los apoyos en su red social, a revisar posibilidades vivenciales, incluyendo las que se sitúan más allá del marco binario de los sexos, y a decidir si desea o no suprimir sus caracteres sexuales secundarios o acudir a cirugía[8]. Informa de una forma realista de los posibles beneficios y complicaciones de los tratamientos y de los tiempos aproximados. Una vez clarificada la demanda si se precisa se procede a la derivación a los especialistas (psicología, endocrinología, ginecología, urología, foniatría, cirugía plástica…) a través del circuito establecido de interconsulta en la historia de salud electrónica.

Es un **facilitador** de la atención en la Unidad, dirigiéndola al resto de profesionales según precise, respetando en todo momento el derecho de la persona trans* a la **autodeterminación** de su identidad. En los pacientes que hayan dejado de acudir a la Unidad facilitará la **recaptación** y hará las **interconsultas** necesarias para conseguir que los/las usuarios/as reciban una atención sanitaria de calidad con los controles precisos para cada situación individual (tratamiento hormonal seguro, intervenciones quirúrgicas...).

Valorará la adherencia terapéutica en el caso de tratamiento farmacológico y los posibles efectos secundarios. En caso de cirugía realizará un seguimiento de los resultados quirúrgicos y posibles complicaciones.

La atención a la persona trans* debe partir de entrevistas individuales con la persona que plantea la demanda y con aquellas personas de su entorno familiar (familia nuclear y pareja) que requieran

[8]Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud: http://www.aldarte.org/cas/site/documentos-lanzadera.asp?id=200

asesoramiento, siempre consensuado, y una vez clarificada la demanda se establecerá el itinerario a seguir. La base de la entrevista será la **escucha activa** permitiendo a la persona expresar libremente su identidad y relatar su biografía personal sin que el profesional parta de juicios de valor previos en relación a como ha vivido su identidad, su orientación sexual o su rol social.

Las funciones que deberá desarrollar la figura del gestor de casos serán:

a) Realizar la acogida a la UAT mediante entrevista, registrando los datos del usuario/a, atendiendo a las demandas y necesidades que exprese, analizando las expectativas y los factores negativos de salud que pudieran intervenir, así como otros posibles factores estresores (entorno, relaciones afectivas, apoyo familiar, posibilidades económicas, etc.) y diseñar, mediante un proceso de escucha activa y toma conjunta de decisiones, un acompañamiento dinámico en relación a su posible demanda de tránsito, facilitando en todo momento una información veraz, basada en la evidencia científica disponible, sobre cada proceso.

b) En caso de detectar posibles factores negativos de salud o factores estresantes que puedan afectar al proceso de acompañamiento, se realizarán, siempre bajo consentimiento del usuario/a, las derivaciones oportunas (p.ej: acompañamiento psicológico, asesoramiento por trabajo social) para garantizar un proceso seguro y saludable.

c) Facilitará la derivación al resto de especialidades involucradas mediante interconsulta a través de la historia de salud electrónica y velará por que la atención en los distintos servicios se realice cumpliendo los estándares de calidad y con un trato respetuoso hacia el/la usuario/a.

d) Realizará, mediante cita concertada, sucesivas entrevistas para detectar posibles complicaciones durante el proceso, tanto las relativas a la propia salud del/la usuario/a (adherencia a tratamiento, posibles efectos secundarios, seguimiento post-operatorio, intervenciones de prevención de salud, asesoramiento de hábitos de vida saludable, etc.) como a los posibles factores estresores que pudieran influir. En caso necesario, solucionará los posibles factores negativos sobre la salud y derivará a la especialidad que fuera precisa.

e) Tendrá un sistema accesible para poder abordar cualquier duda o problema relativo a la salud trans* específica que pueda acontecer durante el proceso.

f) Estará del mismo modo accesible para el abordaje con el entorno del/la usuario/a, ya sean sus familiares, parejas o el propio entorno escolar, en el caso de menores y adolescentes.

El contexto en que vive la persona que se atiende es fundamental para trabajar el camino elegido, se parte de que cada persona determina su propio proceso a seguir. El apoyo y el acompañamiento del entorno (familia, centro educativo, trabajo...) y del equipo de la UAT es fundamental en esta fase.
El momento de iniciar el tránsito social lo debe decidir la persona que demanda asistencia sin que existan condiciones previas (tratamiento hormonal o quirúrgico) que puedan alterar el desarrollo del procedimiento.

Ante cualquier procedimiento de carácter irreversible como tratamientos hormonales o quirúrgicos la persona trans* deberá firmar un consentimiento informado y para ello, debe ser capaz intelectualmente de comprender el procedimiento y los posibles efectos adversos y complicaciones que pudieran acontecer. Por ello el/la psicólogo/a clínico/a de la UAT valorará el estado de la

persona y su capacidad para asumir procedimientos de carácter irreversible (del mismo modo que se solicita para otros procedimientos como p.ej. cirugía bariátrica).
El **acompañamiento psicológico** del proceso será ofrecido a todas las personas atendidas, (niño/a, adultos, familiares, pareja, entorno más cercano), siempre con un carácter opcional, si bien es cierto que entendemos que existen momentos donde puede ser relevante la intervención: integración en centros escolares, cambios de documentación (tarjeta sanitaria, DNI), orientación sobre situaciones de acoso o transfobia, momentos previos o posteriores a la cirugía, o cualquier otro problema que pueda requerir un apoyo específico.[9]
Si la persona trans* precisara atención psiquiátrica, debido al grado de sufrimiento o por padecer alguna patología, sería derivada a los dispositivos de la red de salud mental de nuestra Comunidad Autónoma para su valoración y tratamiento.

El/la **gestor/a de casos** debe tener sensibilidad, formación específica y experiencia acreditada en la atención a personas trans* y el abordaje de la sexualidad, siendo designado/a por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Considerando el contexto actual y aspectos organizativos asistenciales del Servicio Canario de la Salud su perfil profesional debe ser un profesional sanitario (enfermería, medicina de familia, psicología) que acompañará y apoyará en las dificultades que puedan surgir durante todo el proceso: repercusiones emocionales, síntomas depresivos, ansiosos, ajuste en la vida cotidiana, duelos, ajuste con la pareja y la familia, sexualidad…Entendemos que contribuye a facilitar la descarga emocional, tranquilizar, no estigmatizar, no etiquetar, no culpar, no juzgar, dentro de un espacio terapéutico cercano y seguro y siempre con el objetivo último de que la persona trans* pueda vivir con naturalidad y felizmente su identidad de género. Será el referente para la coordinación y establecer redes de trabajo o apoyo con los diferentes colectivos LGTBI y trans de nuestra CCAA.

La Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios del Sistema Canario de la Salud establece que los usuarios del Servicio Canario de la Salud tienen derecho a una segunda opinión facultativa, según establece la normativa vigente.

[9] Sánchez Lorenzo I, Mora Mesa JJ, Oviedo de Lúcas O. Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2017;10:96-103

3. TRATAMIENTO HORMONAL

RECOMENDACIONES

- **La reasignación sexual precisa un abordaje multidisciplinar.** Las personas trans* que buscan el desarrollo de las características físicas del género sentido necesitan de un tratamiento hormonal seguro y efectivo que suprima la secreción hormonal endógena y que además mantenga los niveles de hormonas sexuales dentro del rango normal para el género sentido. Es de gran importancia vigilar los factores de riesgo y las posibles complicaciones del tratamiento.

- En chicos/as trans* se recomienda suprimir el desarrollo de la pubertad mediante el uso de **análogos de GnRH** desde el estadio 2 de Tanner. En cuanto al inicio del **tratamiento hormonal cruzado** es preciso **individualizarlo** ajustándolo a cada caso particular para favorecer que su desarrollo corporal se corresponda con el de personas de su edad.

- Las personas trans* en tratamiento farmacológico tienen derecho a recibir una información veraz sobre los efectos del mismo. Deben igualmente implicarse en su seguimiento y cumplimiento, pudiendo en cualquier momento retirar el consentimiento para su administración.

Sobre el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, ver Anexo V.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO HORMONAL

En mujeres trans* adultas:

Estradiol oral: comprimidos 1-2 mg: dosis de 2-6 mg/día.
Estradiol transdérmico: parches de 25, 50, 75 y 100 microgramos/24h: 1 parche cada 3 días.
Acetato de ciproterona: comprimidos 50 mg: 50 - 100 mg./día, repartido en dos tomas.

En varones trans* adultos:

Testosterona en gel (50-100 mg./día) **o parches transdérmicos**: 1 aplicación o parche diario.
Testosterona inyectable: 100 y 250 mg im cada 2 semanas.
Acetato de Medroxiprogesterona: 5-10 mg al día en caso de que persistan menstruaciones con testosterona.

En adolescentes trans*:

- ❑ Supresión de la pubertad con a-LHRH: **Triptorelina** 3.75 mg im cada 28 días o 11,75mg./trimestral. Inicio en el estadio puberal de Tanner 2.

En chicas trans*:

- ❑ Inicio con **estradiol** 5 mcg/kg/día, aumento cada 6 meses hasta dosis de adulta en 2 años.

En chicos trans*:

- ❑ Inicio con **testosterona inyectable:** 50-100 mg im cada 3-4 semanas, acortamiento de intervalos y aumento de dosis hasta dosis de adulto en 2 años.

3.1. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos de la terapia hormonal son:

a) reducir los niveles de hormonas endógenas, y por tanto, los caracteres sexuales secundarios del sexo biológico de la persona.

b) sustituir los niveles de hormonas sexuales endógenas por las del sexo reasignado, usando los mismos principios de sustitución hormonal que en los pacientes hipogonadales.

3.2. CRITERIOS DEL TRATAMIENTO

Antes de iniciar el tratamiento hormonal hay que comprobar que cumple los siguientes criterios:

a) Tener la **edad** legalmente requerida, o en su defecto, el consentimiento del tutor.

b) Firma del **consentimiento informado** tras facilitar la información de los efectos hormonales (beneficios y riesgos)

c) **Anamnesis y exploración física** por endocrinología, donde quede constancia del proceso vivencial trans* de cada usuario/a, edad de desarrollo puberal, antecedentes de tratamiento hormonal previo, métodos empleados para eliminar caracteres sexuales secundarios y estilos de vida. También se registrarán los antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular precoz, fenómenos trombóticos y neoplasias hormonodependientes. En la exploración física se detallará antropometría (peso, talla, IMC y perímetro de cintura), presión arterial, caracteres sexuales secundarios y exploración mamaria.

d) Realización de **pruebas complementarias** dirigidas a descartar procesos que contraindiquen o condicionen la terapia hormonal a largo plazo.

e) En caso de sospechar patología ginecológica o urológica actual o se identifiquen antecedentes de patología ginecológica o urológica en la que el tratamiento hormonal pueda ser un riesgo, se solicitará interconsulta a dichos servicios previamente al inicio del tratamiento hormonal.

f) En caso de sospecha de patología mental grave, deberá ser valorado por Salud Mental previamente al inicio del tratamiento hormonal.

g) Coexistencia de patologías previas sin adecuado control que contraindiquen el uso de tratamiento hormonal (p.ej: hepatopatía activa, hipertriglicidemia grave, diabetes mellitus con mal control, SAOS, etc.)

h) No tener ninguna patología que sea considerada contraindicación absoluta.

Para estrógenos: AP de ETEV por trombofilia, CI inestable, neoplasia sensible a estrógenos o existencia de hepatopatía terminal.

Para andrógenos: embarazo o lactancia, CI inestable, hepatopatía terminal, neoplasia andrógeno-dependiente, cáncer endometrial activo, policitemia no tratada con hematocrito superior al 55%)

3.3. EFECTOS DEL TRATAMIENTO HORMONAL

Los cambios físicos y psicológicos esperados de la terapia hormonal cruzada aparecen reflejados en el Anexo VI. Los efectos de la terapia hormonal se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. El efecto máximo en determinados aspectos puede que no se manifieste hasta después de 2-3 años del inicio del tratamiento. La herencia influye en la respuesta

de los tejidos a la terapia hormonal, existiendo una gran variabilidad interindividual y no se puede superar su efecto administrando dosis suprafisiológicas.

Además no es posible la desaparición total de las características originales. En las mujeres trans* no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto si se ha completado el desarrollo puberal (mayor talla, forma de la mandíbula, estrechez de la pelvis, etc.). Tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial, feminización de la voz (si se ha desarrollado ya una laringe adulta) y no se suele alcanzar el grado de desarrollo mamario deseado; por el contrario la cirugía genital feminizante obtiene resultados adecuados estéticos y funcionales. En los hombres trans* es más sencillo conseguir caracteres masculinos pero la genitoplastia masculinizante no suele lograr por ahora resultados estéticos y funcionales totalmente satisfactorios.

Antes de comenzar el tratamiento se debe dar una clara **información individualizada** sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas. Con frecuencia el tratamiento hormonal alivia la ansiedad y depresión, mejorando la calidad de vida, pero tiene sus limitaciones. Debemos asegurarnos que la persona trans* comprende toda la información que le damos. Antes de iniciar el tratamiento hormonal debe firmar el Consentimiento Informado. (Anexo III).

El tratamiento hormonal puede acompañarse de efectos adversos, algunos de los cuales pueden tener consecuencias graves para la salud. Entre los efectos adversos del tratamiento estrogénico destaca el tromboembolismo venoso, cuyo riesgo aumenta unas 20 veces, estando especialmente asociado al uso de etinil-estradiol[10,11]. Para el seguimiento no se recomienda la monitorización de los niveles del Dímero-D para valorar el riesgo de trombosis[12]. Si en cualquier momento se sospecha trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar habría que realizar una ecografía, una flebografía o una angio TAC.

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales produciría en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros antropométricos sino también bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en hombres trans* puede incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico y producir alteración de las enzimas hepáticas. Debe monitorizarse estrechamente el hemograma y las pruebas de coagulación, sobre todo durante el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en mujeres trans*.

<u>El tratamiento hormonal está contraindicado</u> en caso de antecedentes personales de:

- Enfermedad tromboembólica
- Cáncer hormonodependiente

[10]Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, Rosing J 2003 Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. J Clin Endocrinol Metab 88:5723–9

[11] Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ 1997 Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol (Oxf) 47:337–42

[12] Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H 2008 D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. J Thromb Haemost 6:1059–71

Riesgo de efectos adversos del tratamiento hormonal que se deben vigilar[13]:

a) En ambos, hombres y mujeres trans*: el tabaquismo multiplica el riesgo de efectos adversos.

b) En mujeres trans*: Estrógenos.

Riesgo de moderado a alto:

- Hiperprolactinemia marcada.
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- Cáncer de mama.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Migraña intensa.

c) En hombres trans*: Testosterona.

Riesgo muy elevado:

- Eritrocitosis (hematocrito > 50%).

Riesgo de moderado a alto:

- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).

Riesgo de moderado a bajo:

- Cáncer de mama o útero.

3.4 VALORACIÓN CLÍNICA BASAL

La valoración de las personas trans* antes de iniciar el tratamiento hormonal debe comprender:

3.4.1. Historia clínica detallada. Debe hacerse especial hincapié en los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa y/o tromboembolismo pulmonar (TEP), insuficiencia venosa crónica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ACV), problemas uro-andrológicos o ginecológicos, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos y antecedentes personales o familiares de cáncer hormono-dependiente. Realizar diagnóstico diferencial descartando la presencia de hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosopatía, agenesia gonadal o hipogonadismo de cualquier tipo, aunque estas situaciones no son habituales.

3.4.2. Exploración física. Además de la exploración convencional por órganos y aparatos, se debe recoger: hábito externo, presencia de vello, una exploración genital y mamaria así como la presencia de plastias.

3.4.3. Pruebas complementarias.

Exploración analítica basal: Hemograma. Bioquímica con glucosa, urea, creatinina, iones, ácido úrico, calcio, fósforo, perfil lipídico y hepático completo. Coagulación. Estudio hormonal: FSH, LH, estradiol, testosterona total, prolactina, esteroides adrenales (17 OH progesterona, DHEA, androstendiona), cortisol basal, TSH y T4L. PSA según sexo,
edad e historia del paciente. Serología hepatitis B, C, HIV y sífilis. Cariotipo.

Exploraciones radiológicas basales: Ecografía abdomino-pélvica y mamografía según edad y condiciones del paciente.

Otras exploraciones: Electrocardiograma, Citología.

[13] Hembree WC,Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM. Endocrine Treatment of Transsexual Persons:
An Endocrine Society Clinical Practice Guideline J Clin Endocrinol Metab 94: 3132–3154, 2009

3.4.4. Actividades Preventivas: citología en los hombres trans*, vacuna del papiloma humano en los niños trans*. Las mujeres trans* deben realizarse periódicamente autoexamen de mama y mamografía y prevención para el cáncer de próstata. Se recomienda estudio de hipercoagulabilidad si existen antecedentes personales de trombosis o en familiares de primer grado, preferentemente en mujeres transexuales.
Si la persona ha sido tratada sin supervisión clínica (autotratamiento) y no aporta estudios previos, es conveniente realizar una reevaluación tras un periodo de 2-3 meses sin tratamiento, siempre que sea posible, que la situación clínica lo permita y que la persona tratada esté conforme. Esto permite objetivar la situación endocrinológica y gonadal previa. No es infrecuente detectar basalmente hipogonadismos, sobre todo en mujeres trans*, ya sean primarios o tras años de autotratamiento.

3.5 TRATAMIENTO HORMONAL

Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (ver Anexo VII). Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas no están bien establecidas y necesitan individualizarse. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer a las 6-8 semanas: cambios de la voz en varones y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en mujeres trans*. Los cambios suelen completarse entre 6 y 24 meses, aunque el crecimiento completo del vello facial puede llevar 4 a 5 años.

3.5.1. Tratamiento Hormonal Feminizante en mujeres trans*:

La feminización se consigue mediante el uso de diferentes estrógenos:

- **17β-estradiol:** Es el tratamiento de elección y es mucho menos trombogénico que el etinil-estradiol. Puede administrarse por vía oral o transdérmica. La vía transdérmica es la vía de elección sobre todo en mayores de 40 años porque produce menos efectos secundarios. En ocasiones ocasiona problemas en el lugar de aplicación de la piel.
- **Estrógenos conjugados:** Se recomiendan a dosis que no excedan de 1,25 a 2,5 mg/día.
- **Etinil estradiol**: Es el estrógeno más potente y barato. En España sólo se comercializa asociado a progestágenos. Actualmente no se recomienda su uso debido que a las dosis requeridas en mujeres trans* tienen un efecto trombogénico importante[14].

La vía intramuscular no debe utilizarse porque en caso de efectos adversos, los niveles de estrógenos tardan varias semanas en normalizarse y en segundo lugar porque el potencial de abuso es mucho mayor.

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

- ❑ Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas. Entre ellos destacan los análogos de GnRH. Como efecto adverso frecuente cabe destacar los sofocos, muy parecidos a los de la mujer postmenopáusica. Sus efectos son reversibles y su uso queda reservado para menores de 16-18 años con el fin de detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Otros inhibidores de las gonadotropinas son la ciproterona, la medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.
- ❑ Drogas que interfieren con la producción de testosterona o su conversión a 5-α-dihidroxitestosterona (DHT): espironolactona y finasterida.

[14] Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ 1997 Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol (Oxf) 47:337–342

- Drogas que bloquean los receptores androgénicos: acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona y espironolactona.

La utilización de estrógenos naturales (valerato de estradiol y estrógenos conjugados) permite la monitorización de sus concentraciones circulantes. El nivel de estradiol debe mantenerse en el valor medio normal de una mujer premenopáusica o en el límite superior de la fase folicular (≈ 100 ng/mL) y el nivel de testosterona debe estar en el rango femenino (< 50 ng/dL).
Una vez completada la genitoplastia deben reducirse las dosis al mínimo de manera que no se produzcan síntomas de deficiencia y que al mismo tiempo se proteja de la osteoporosis.
La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por los estrógenos. Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para la anidación. Su efecto feminizante es limitado, sin embargo hay quien aconseja su utilización junto a los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama, cuyo riesgo es muy bajo: hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en mujeres trans* aunque sin clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento[15][16][17]. Las mujeres trans*, al igual que las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y mamografía para prevenir el cáncer de mama. Tampoco deben olvidarse las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata[18], aunque sólo se ha descrito algún caso, y el tratamiento con estrógenos y la menor exposición a testosterona podrían incluso ser un factor de protección.

3.5.2 Tratamiento Hormonal Masculinizante en hombres trans*:
El objetivo del tratamiento androgénico en los hombres trans* es el cese de las menstruaciones y la inducción de virilización. Se produce un aumento de la masa muscular, una disminución de la masa grasa, aumenta el vello facial y corporal, y se produce hipertrofia del clítoris. Los resultados dependen de factores genéticos y raciales.
Los andrógenos se administran en forma de testosterona por vía intramuscular o transdérmica (gel o parches). Las formas transdérmicas presentan la desventaja de la posible transferencia a la pareja o a niños por contacto directo, mientras que la testosterona inyectada da lugar a importantes oscilaciones en los niveles circulantes de testosterona. El objetivo es mantener las concentraciones de testosterona dentro de los valores de referencia para la población masculina.
Debido al efecto inhibidor de las gonadotropinas de los andrógenos, normalmente producen el cese de las menstruaciones. En general la amenorrea tiene lugar tras 2-3 meses de tratamiento y muy raramente hay que recurrir a la adición de progestágenos para este objetivo.
El tratamiento con testosterona debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y sobre todo la osteoporosis.

Seguimiento Una vez instaurado el tratamiento hormonal se recomienda monitorización clínica y de laboratorio cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses durante los 1-2 años siguientes y posteriormente con carácter anual de por vida (adaptándolo a cada caso individual).

[15] Ganly I, Taylor EW 1995 Breast cancer in a trans-sexual man receiving hormone replacement therapy. Br J Surg 82:341.
[16] Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP, Abdul-Karim FW 1988 Breast cancer in a male-to-female transsexual. A case report. JAMA 259:2278–80.
[17] Symmers WS 1968 Carcinoma of breast in trans-sexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics. Br Med J2: 83-5.
[18] Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ 2006 American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. CA Cancer J Clin 56:11–25; quiz 49–50.

Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debidos al tratamiento y mantenerlos en los niveles medios del sexo reasignado, tal y como se ha comentado con anterioridad. Deben monitorizarse los valores de prolactina, que frecuentemente se incrementan hasta 4 veces por encima del rango de normalidad (raramente superiores a 100 ng/ml), no solo por el tratamiento estrogénico sino también en menor medida por los andrógenos.
El tratamiento con esteroides sexuales frena el estímulo hipofisario (FSH y LH) sobre las gónadas, y ocasiona una cierta atrofia de las misma, acompañada a veces de dolor.
Una vez desarrolladas las glándulas mamarias, las mujeres trans* precisan de vigilancia periódica mediante mamografía o ecografía como medida preventiva del cáncer de mama, como cualquier mujer biológica a partir de los 45 años.
En varones trans*, aunque el riesgo de cáncer de mama disminuye con el tratamiento androgénico, también se aconseja la mamografía o ecografía periódicas cuando no se ha realizado la mastectomía.
Aunque el tratamiento estrogénico de por vida podría prevenir cualquier alteración de la próstata en mujeres trans*, se han publicado casos de cáncer de próstata, por lo que debe realizarse despistaje del mismo como en los hombres biológicos (tacto rectal digital después de los 50 años y medición del PSA). En varones trans* se debe incluir revisión ginecológica según protocolos asistenciales.
El riesgo cardiovascular debe controlarse mediante medidas higiénico-dietéticas (ejercicio, dieta saludable, evitar obesidad y tabaco) y eventualmente farmacológicas (estatinas, antihipertensivos, antiagregantes).
Se recomienda medir la densidad mineral ósea (DMO) si existen factores de riesgo de osteoporosis, especialmente en aquellos pacientes que han dejado la terapia hormonal después de la gonadectomía.

3.6 TERAPIA HORMONAL EN CHICOS Y CHICAS TRANS*

La intervención precoz mediante la supresión del eje gonadal en los estadios iniciales puede prevenir el daño psicológico asociado al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios asociados al sexo asignado al nacimiento y produce mejores resultados físicos. El primer signo del inicio puberal en niñas cisexuales y niños trans* es la aparición del botón mamario seguido por un aumento del tejido glandular y graso de la mama. En esos momentos se produce el estirón puberal del crecimiento y dos años más tarde aparece la menarquia. En niños cisexuales y niñas trans*, el primer signo es el aumento del tamaño testicular. A partir de un volumen testicular de 6-10 ml se produce la virilización. En ambos sexos aparece de forma consecutiva o simultánea el vello pubiano y axilar (pubarquia y axilarquia).

3.6.1 Tratamiento supresor de la pubertad con análogos de GnRH

Siempre de una forma **individualizada** se considerará el tratamiento con análogos GnRH en adolescentes. Este tratamiento debe iniciarse cuando aparecen los primeros cambios físicos de la pubertad (estadio 2 de Tanner), confirmándose con unos niveles puberales de testosterona o estradiol. Se ha demostrado que disminuye el sufrimiento psicológico, mejora la aceptación social y los resultados estéticos en el aspecto del género sentido.
Con la supresión puberal, los cambios hormonales son totalmente reversibles, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal en el género asignado al nacer si fuese necesario. Las características sexuales en estadios iniciales de la pubertad regresarán, mientras que la instauración en estadios más avanzados conlleva su detención, con atrofia parcial de la mama y ausencia de menstruación

en chicos trans* y paro de la virilización y disminución del volumen testicular y peneano en chicas trans*.
Las características sexuales irreversibles en niñas cisexuales y niños trans* son el agrandamiento mamario y la talla baja, y en niños cisexuales y niñas trans* la nuez de Adán, el agravamiento de la voz, la configuración ósea correspondiente (mandíbula, mano y pies grandes, talla alta) y patrón típico del vello corporal y facial.
La medición de las gonadotropinas y los esteroides sexuales nos va a dar información sobre la correcta supresión del eje gonadal, pudiendo ser necesario acortar el intervalo entre las inyecciones. En cuanto a los posibles efectos adversos, hasta el momento no se han demostrado cambios en la densidad mineral ósea (DMO) en personas trans*, aunque los efectos a largo plazo sobre la DMO y el pico de masa ósea están aún siendo evaluados. Presentan el inconveniente de ser caros.

3.6.2 Tratamiento para desarrollar la pubertad en el género sentido

La terapia hormonal cruzada debe iniciarse de forma individualizada, en el momento adecuado de la pubertad para favorecer que su desarrollo corporal se corresponda con el de personas de su edad, utilizando un esquema de incremento gradual de dosis de esteroides semejante al utilizado en individuos hipogonadales.
En chicas adolescentes trans* empezaremos con estradiol 5 mcg/kg/día, dosis que se irá aumentado cada 6 meses hasta llegar a la dosis de adulta en unos dos años. Estas dosis no están disponibles comercialmente y hay que solicitarlas al servicio de farmacia hospitalaria.
En chicos adolescentes trans*, empezaremos con Testex Prolongatum 50-100 mg cada 3-4 semanas, con acortamiento de los intervalos y aumento de dosis hasta llegar a dosis de adultos en 2 años.
Actualmente no suelen ser recomendables ni los geles ni los parches ya que hay poca experiencia con su uso en la inducción de la pubertad.
El/la adolescente trans* en tratamiento con análogos de GnRH es hipogonadal y, por tanto, puede ser muy sensible a altas dosis de esteroides sexuales cruzados que le pueden causar estrías y mamas de forma anormal en chicas y acné quístico en chicos.
En chicas adolescentes trans* de talla muy alta se puede utilizar un esquema de incremento de dosis más rápido.
Actualmente se recomienda mantener el tratamiento con análogos de GnRH hasta los 16-18 años o por lo menos hasta que el individuo esté con esteroides sexuales a dosis completa de adulto, aunque se **individualizará en cada caso**. En las mujeres trans* añadiremos el tratamiento con antiandrógenos (ciproterona) cuando se hayan suspendido los análogos GnRH.

En menores de 16 años es obligatorio el consentimiento paterno, y de los 16 a 18 es aconsejable ya que el apoyo de los padres mejora los resultados. Aunque en España, la mayoría de edad sanitaria se alcanza a los 16 años (Ley 41/2002), cuando el paciente menor de edad sea capaz intelectual o emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, a criterio del médico responsable de la asistencia. El consentimiento no se podrá prestar por representación (art. 9.3 de la Ley de Autonomía del Paciente)(Ley 26/2015)

"La negativa de padres o tutores a autorizar el tratamiento de reasignación de género podrá ser recurrida ante la autoridad judicial, que atenderá en último caso al criterio del beneficio del menor". (Ley 8/2014 Canarias)

4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El objetivo del tratamiento quirúrgico es tratar de adaptar el cuerpo al sexo sentido, considerando las posibilidades y limitaciones de este tipo de procedimientos, partiendo de la elección de cada persona trans*.

La persona trans*, que solicita cirugía de reasignación sexual, será derivada al servicio de cirugía correspondiente por el gestor de casos de la UAT, tras comprobar que se encuentra preparada para una intervención quirúrgica de carácter irreversible.

Las cirugías sobre los caracteres sexuales secundarios y sobre genitales deberían ser el último paso en el tratamiento. Mientras que en algunas personas trans* hay una buena aceptación de la imagen corporal, en otras ocasiones pueden decidir recurrir a la modificación quirúrgica de los caracteres sexuales primarios y secundarios para alcanzar mayor congruencia con la identidad sexual.

La mayoría de edad sanitaria a los 16 años marca el inicio legal de las actuaciones quirúrgicas. Excepcionalmente, a partir de los 14 años, en algunos casos con necesidades especiales valorados por la UAT, con consentimiento de padre/madre/tutor, pueden estar indicadas actuaciones quirúrgicas, como p.ej. : mastectomía en chicos trans*.

El consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, (“*el menor tiene derecho a ser oído y escuchado*”) conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

El tratamiento quirúrgico al igual que el hormonal, debe aproximarse lo más posible a la evolución de cualquier otro adolescente no trans*.

Los tratamientos quirúrgicos serán realizados tras petición del usuario/a, con consentimiento del tutor o representante legal si son menores, y en ausencia de factores físicos y/o psicológicos que contraindiquen la intervención quirúrgica.
Se proporcionará a la persona y/o personas (progenitores o tutor) que autoricen, información clara, comprensible y detallada sobre las distintas técnicas, con sus ventajas e inconvenientes, y sobre la que se considera más adecuada en su caso, las eventuales complicaciones intraoperatorias y la evolución esperada. Se facilitara la información con tiempo para hacer una elección informada y prestar el consentimiento.

Se utilizarán formularios de consentimiento informado escrito. Si la persona requiere una reflexión sobre ello, se le facilitará citación para una segunda consulta en el plazo que ella estime que precisa. Se dejará constancia de todo este proceso en la historia de salud electrónica y previamente a la intervención, de forma que se puedan solucionar las dudas y la persona firme el consentimiento adecuadamente informado.

Como en cualquier intervención quirúrgica, es necesario un estudio preoperatorio, realizado por el anestesista, y en el que se confirma que el estado de salud del paciente es óptimo para poder llevar a cabo la intervención.

Dicho estudio precisa de una correcta anamnesis y exploración física, que pueden verse apoyadas por diferentes pruebas:

1. Radiografía de tórax.

2. Analítica, que incluye estudio de hematimetría y coagulación, así como un perfil preoperatorio de bioquímica.

3. Electrocardiograma.

Estas pruebas pueden completarse con otras, si así lo estima oportuno el anestesista que realiza la evaluación pre-operatoria.

El tratamiento quirúrgico puede incluir la mastectomía, histerectomía y reasignación de genitales (faloplastia o metaidoioplastia) para varones trans*, y la reasignación de genitales (vaginoplastia, clitoroplastia, orquiectomía) en mujeres trans*, aunque debería valorarse la posibilidad de atender también casos de mamoplastia de aumento de forma excepcional en pacientes que presenten situaciones de aplasia mamaria, es decir, cuando la glándula mamaria no responda al tratamiento hormonal y no se experimente una feminización, ni siquiera mínima en su forma y tamaño.

En la consulta con el/la cirujano/a se documentará el consumo de fármacos de forma habitual o esporádica, en cuyo caso se realizará conciliación del medicamento. En caso de tratamiento hormonal, se valorará la necesidad de interrumpir el mismo 4 semanas antes de la cirugía y podrá ser reanudado a las 4 semanas posteriores a la intervención.

4.1. CIRUGÍA DEL HOMBRE TRANS*

4.1.1. Histerectomía más doble anexectomía

La intervención consiste en la extirpación del útero, que puede realizarse por vía vaginal, laparoscópica o abriendo la pared del abdomen lo que se conoce como laparotomía. En ocasiones una intervención comenzada por vía vaginal, menos frecuentemente abdominal, requiere por dificultades técnicas que se cambie de vía. La técnica por vía vaginal puede combinarse con una fase laparoscópica. Durante la operación de histerectomía pueden extirparse las trompas y ovarios (anejos uterinos) y la denominamos histerectomía mas doble anexectomía.

Precisa de evaluación preanestésica y si las condiciones del paciente lo permiten se realiza como un proceso de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Esto lleva un alta precoz, el mismo día de la cirugía, con seguimiento telefónico unas horas después de la misma.

Actualmente se utiliza el procedimiento laparoscópico por presentar menos complicaciones y mayor confort postoperatorio. La técnica quirúrgica se realiza con la introducción de una óptica a través del ombligo y dos incisiones pequeñas en la zona inferior del abdomen por donde se introducen los instrumentos operatorios.

Es aconsejable a los 2-3 años de inicio de tratamiento hormonal, dado que el uso prolongado de andrógenos se ha asociado a la aparición de neoplasia ovárica.
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10684720).
Se recomienda seguimiento por endocrinología tras la cirugía. Las personas con gonadectomía precisarán tratamiento de sustitución hormonal o vigilancia o ambos para prevenir efectos adversos de insuficiencia hormonal crónica.

4.1.2. Mastectomía

La mastectomía bilateral subcutánea (MSC) es la técnica de elección para la extirpación de la glándula mamaria conservando el complejo areola-pezón para conseguir la **masculinización del tórax.** Es necesaria una evaluación individualizada en cada caso para elegir el procedimiento y abordaje quirúrgico más adecuado donde se valorarán los siguientes aspectos: volumen, exceso de piel, ptosis y elasticidad y anomalías de la piel.

Se debe informar al paciente que como cualquier proceso quirúrgico, la MSC supone la realización de incisiones que dejarán cicatrices permanentes. En todo caso**, el objetivo es obtener el mejor resultado para conseguir una masculinización del tórax y minimizar las cicatrices finales**, por tanto, el tipo de técnica de MSC que se utilizará dependerá sobretodo del tamaño de las mamas, características físicas del paciente y criterio del cirujano.

En ocasiones puede ser suficiente una MSC con cicatrices mínimas, mientras que en otros casos puede ser necesario resecciones cutáneas amplias (y, por tanto, cicatrices de mayor tamaño) e incluso reubicar el complejo areola-pezón mediante injerto libre.

Las posibles complicaciones incluyen: **necrosis del complejo areola-pezón y/o alteraciones en la sensibilidad** (principalmente en pacientes con hábito tabáquico), **irregularidades del contorno** y **cicatrices inestéticas.**

Las opciones quirúrgicas habituales son:

- Técnica con abordaje periareolar: cuando el pecho es pequeño se suele optar por esta técnica quirúrgica. Consiste en practicar una incisión alrededor de la areola, a través de la cual se extrae el tejido glandular. Esta técnica permite que las cicatrices sean mínimas.
- Técnica de abordaje periareolar ampliado: se suele usar esta técnica cuando las mamas son voluminosas. Básicamente consiste en realizar la incisión periareolar, más otra que se amplía hacia la zona de la axila, a través de las cuales se extrae el tejido glandular. En este caso, las cicatrices son más evidentes que en la técnica periareolar, aunque con el tiempo pueden quedar disimuladas por el vello.
- Técnica de abordaje con injerto libre: cuando las mamas son realmente voluminosas o cuando el usuario es considerado como un "gran" fumador, el cirujano suele optar por los injertos de areola durante la cirugía.

Todas las técnicas prevén no solo la extirpación del tejido mamario, sino también la reducción del tamaño de las areolas y los pezones según el patrón del pecho masculino. Asimismo, en algunos se puede complementar la cirugía con una liposucción.
La intervención quirúrgica genitoplástica en hombres transexuales es menos satisfactoria tanto desde el punto de vista estético como funcional y así habrá que informar desde el inicio del proceso (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509221200054X)

4.1.3. Metaidoioplastia

La metaidoioplastia es una de las técnicas quirúrgicas que se emplea en la reasignación sexual del varón trans* para crear unos genitales externos acordes con el sexo masculino.

Consiste en la creación de un micropene, una uretra masculina y una bolsa escrotal, con los tejidos de los genitales externos del propio paciente.

La genitoplastia masculinizante no debe realizarse antes de 2-3 años de tratamiento androgénico para objetivar la máxima hipertrofia del órgano eréctil sobre el que se aplicará con posterioridad la técnica de metoidoioplastia o la faloplastia, complementada con uretroplastia, escrotoplastia con prótesis testiculares y vaginectomía.

-*Pene*: aprovechando la hipertrofia del clítoris secundaria al tratamiento hormonal se reconstruye un neopene. El resultado es un micropene con plena función urinaria (posibilidad de micción vertical), con sensibilidad erógena y capacidad eréctil, pero no permite la penetración sexual.
-*Uretra*: la metaidoioplastia prevé la construcción de una uretra que va desde la base hasta la punta del clítoris. Para ello se realiza una estructura tubular mediante un injerto creado a partir de la pared anterior de la vagina y un colgajo con piel de los labios menores.
-*Escroto*: se crea una bolsa escrotal movilizando los labios mayores y uniéndolos de forma dorsal. Esta bolsa escrotal se rellena con prótesis testiculares en un segundo tiempo quirúrgico, aunque hay algunos casos en los que es posible realizar la bolsa escrotal y la implantación de prótesis testiculares en un único tiempo quirúrgico.
La cirugía de la metoidioplastia, que en teoría es un procedimiento de una sola etapa para la construcción de un microfalo, requiere a menudo más de una operación y no siempre garantiza el objetivo de la micción de pie con esta técnica, pues son muy frecuentes las fístulas urinarias.

4.1.4. Faloplastia:

La faloplastia es una de las opciones quirúrgicas con la que cuentan los hombres trans* para la reconstrucción de unos genitales externos masculinos. Se trata de una técnica más compleja que la metaidoioplastia y requiere de personal con formación en microcirugía.

Si los objetivos de la faloplastia son la creación de neofalo de buena apariencia, micción de pie, sensación sexual, y/o la habilidad coital, se debe informar claramente de que hay varias etapas quirúrgicas y frecuentes dificultades técnicas y funcionales, que pueden requerir operaciones adicionales, además la faloplastia, utilizando un colgajo pediculado o libre. Es un procedimiento que conlleva una morbilidad significativa, de lo que también se debe informar con claridad al interesado.

Esta técnica quirúrgica permite la reconstrucción de un pene de dimensiones anatómicas, una uretra masculina y una bolsa escrotal para albergar los implantes testiculares.

-*Pene*: se reconstruye un pene con forma y dimensiones anatómicas utilizando nervio del clítoris para tener sensibilidad y tejidos de otras partes del cuerpo para construir el falo: piel y grasa del antebrazo, tejido del muslo o tejido del abdomen. Tras extraer los tejidos de alguna de las zonas mencionadas y modelarlos con forma fálica, se implanta mediante técnica microquirúrgica, uniendo venas, arterias y nervios para permitir una correcta irrigación sanguínea y sensibilidad erógena. Se trata por tanto de una técnica de alta complejidad.
Este neopene tiene un aspecto muy estético en forma y dimensión y permite una función urinaria plena (micción bípeda). Asimismo, presenta sensibilidad táctil y erógena, pero no posee capacidad

eréctil espontánea. Por tanto, para permitir la penetración sexual es imprescindible implantar una prótesis en un segundo tiempo quirúrgico.
-*Escroto*: la faloplastia también comprende la reconstrucción de una bolsa escrotal. Para ello, se movilizan los labios mayores dorsalmente y se unen en la línea media. Tras realizar el escroto se procede a implantar prótesis testiculares durante el mismo tiempo quirúrgico o en una segunda intervención.
Las complicaciones de la faloplastia pueden incluir frecuentes estenosis y fístulas del tracto urinario

4.2. CIRUGÍA DE LA MUJER TRANS*

4.2.1. Mamoplastia de aumento:

El proceso de hormonación ayuda notablemente al crecimiento de las mamas, pero en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento hormonal, no se produce ningún cambio en el tamaño y forma de las mamas. Estos casos en los que no se produce feminización de las mamas, tras dos años de tratamiento estrogénico, ponen de manifiesto una aplasia mamaria severa que únicamente puede resolverse quirúrgicamente.

Para corregir la aplasia mamaria se emplea la técnica de mamoplastia de aumento con prótesis mamarias.

En la realización de dicha técnica, el cirujano deberá tener en cuenta todo lo siguiente:
Tamaño: Según la dimensión del tórax, la cantidad de mama dada por el tratamiento hormonal, la complexión y el deseo de la paciente.
Prótesis: Atendiendo al material del que está hecho el implante, su calidad, su forma, el tipo de perfil y proyección, y la marca comercial.
Vías de acceso: Es decir, por dónde realizará la incisión el cirujano para la colocación de la prótesis. A saber: Vía periareolar (por la areola), submamaria o inframamaria (por debajo del corte natural del pecho) o vía axilar (en uno de los pliegues naturales de la axila).
Colocación de la prótesis mamaria: Por delante del músculo pectoral y debajo de la glándula mamaria (subglandular); debajo de la fascia del músculo (subfascial); o bien por detrás o debajo del músculo pectoral y por tanto debajo de la glándula mamaria (submuscular).
Importante: Indicar los estudios preoperatorios a realizar por las pacientes según el caso, el tipo de anestesia, el tiempo de duración de la cirugía, los cuidados postoperatorios y los riesgos existentes.

4.2.2. Orquiectomía

Excepcionalmente se podrá valorar la extirpación total o parcial de uno o de los dos testículos. Debido a los posibles problemas hormonales que puede causar, es precisa la clara indicación terapéutica por parte del endocrinólogo de la Unidad, valorando cada caso en particular. Se considerará cuando haya una intolerancia clara a la ciproterona y no se esté en espera de vaginoplastia.
La orquiectomía puede ser total, lo que supone la extracción también del epidídimo y de parte del cordón testicular, o parcial en la que se extirpa la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras.

4.2.3. Vaginoplastia:

La vaginoplastia es la técnica quirúrgica que se emplea para la creación de una vagina funcional y estética, en posición anatómica y con una profundidad apta para mantener relaciones sexuales plenas.

Ya que los estrógenos incrementan el riesgo de padecer trombosis venosa profunda, antes de proceder a realizar una vaginoplastia, es necesario que la paciente suspenda de forma gradual el tratamiento de hormonación, al menos 4 semanas antes de la intervención. Una semana después de la vaginoplastia la paciente deberá consultar con su médico especialista para reiniciar la terapia de hormonación.

Existen dos métodos para realizar la vaginoplastia: técnica con inversión penenana y técnica con colgajo rectosigmoidal pediculado.

-*Técnica con inversión peneana*: se trata de la técnica de primera elección y consiste en reconstruir una neovagina empleando la piel invertida del pene y del escroto. Para ello, se abrirá un canal entre la vejiga y el recto, que dará lugar al espacio anatómico necesario para ubicar la neovagina. Gran parte de la piel invertida del pene será recolocada para crear las paredes vaginales, mientras que una porción del glande se empleará para formar el clítoris, lo que permite mantener la sensibilidad erógena.
En cuanto a la reconstrucción de los labios mayores y menores, se utiliza la piel del escroto y la piel de las áreas circundantes. Por otro lado, se recorta y reposiciona la uretra según el patrón anatómico femenino.

-*Técnica con colgajo rectosigmoidal pediculado*: se reconstruye una neovagina utilizando una parte del intestino grueso. Es una técnica que se realiza, generalmente, cuando no es posible la vaginoplastia con inversión peneana.
Se accede desde el abdomen para reseccionar parte del colon sigmoide con un pedículo vascular. Este colgajo se desplaza hacia el área del periné donde, previamente, se habrá creado un canal desde el periné hasta el abdomen.
Una vez creada la cavidad vaginal, se procederá a recortar y reposicionar la uretra, a recrear el clítoris utilizando una porción del glande y a reconstruir los labios mayores y menores con la piel del escroto y áreas circundantes, de la misma manera que cuando se emplea la técnica con inversión peneana.

Las intervenciones quirúrgicas de baja complejidad (mastectomía, mamoplastia, histerectomía y anexectomía), se realizarán en el hospital de referencia provincial. El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) en la provincia de S/C de Tenerife y en el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) en la provincia de Las Palmas.

Para las intervenciones quirúrgicas de **reasignación genital**, el Servicio Canario de la Salud habilitará los mecanismos oportunos de derivación que garanticen que la cirugía se lleve a cabo con los estándares de calidad definidos para los centros de referencia nacionales (CSUR)[19],

[19] http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/Fesp/Fesp24.pdf

estableciendo un centro donde se realicen estas intervenciones. Actualmente y hasta que el Ministerio de Sanidad designe un CSUR las derivaciones se realizan al Hospital Carlos Haya de Málaga a través del Área de Salud.

Recomendaciones:

- La intervención para reasignación quirúrgica estará adaptada a cada situación particular.
- Se parte de una valoración médica quirúrgica completa en la que se considerarán los intereses personales, psicológicos y sociales de la persona trans*.
- En base a ello y teniendo en cuenta los deseos de la persona trans*, el cirujano establecerá la estrategia quirúrgica a elegir e indicará la mejor técnica para el caso concreto que se le presenta.
- En cada intervención se solicitará el consentimiento informado.

5. ASISTENCIA REPRODUCTIVA

Las personas trans* deben tener los mismos derechos que el resto de la población en relación con la reproducción asistida. Desde el momento en que legalmente son hombres o mujeres, orgánicamente estériles, tendrán derecho a ser atendidos.

Por lo tanto, es imprescindible antes de iniciar una reasignación hormonal o quirúrgica (consideradas irreversibles), informar a las personas demandantes de sus opciones de fertilidad de acuerdo con su sexo de origen y su orientación sexual (son diferentes las opciones) y de las limitaciones existentes si comienza con el tratamiento hormonal.[20]

Las posibilidades terapéuticas con vistas a la reproducción en pacientes trans* pasan por intentar preservar sus gametos antes de la hormonoterapia (o en su defecto en los primeros estadios de la misma) o de la cirugía. Espermatozoides en el caso de la mujer trans*, óvulos en el caso del varón trans* (incluso del ovario).

En los últimos años se ha desarrollado con notable éxito la criopreservación con vitrificación de óvulos que precisa la inducción del desarrollo folicular múltiple, en uno o dos ciclos, con gonadotropinas y la extracción de los óvulos por vía transvaginal.

Este derecho está recogido en la Ley 8/2014 de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans*: (art.6)

- A que se adopten todas las medidas administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar sus derechos reproductivos, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, dentro del marco de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios del SNS.

[20] Gomez Gil, Esther y Esteva De Antonio, Isabel. Ser Transexual. Ed. Glosa.2006

6. SISTEMA DE REGISTRO E INDICADORES DE EVALUACIÓN

Permitirá el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados. Se llevará a cabo mediante la explotación de datos del RECAP, una tabla excel específica para ese fin, y el sistema de información de los hospitales de referencia para actividad quirúrgica, hasta que se disponga de un sistema de información específico que permita su explotación a través de la historia de salud electrónica.

Se creará un fichero automatizado, dentro de la historia de salud electrónica, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El registro no sólo tendrá fines de facilitación de la actividad asistencial, sino que servirá a su vez de herramienta indispensable para llevar a cabo tareas de evaluación.

Esta información estará a disposición de los clínicos implicados, manteniendo el anonimato de las personas objeto de la estadística, para poder calibrar el nivel de eficacia de cada equipo profesional con relación a las expectativas.

6.1. Datos a remitir anualmente para el seguimiento de la unidad de referencia:

6.1.1. Datos de actividad de cada profesional

6.1.2. Datos de resultados clínicos

La UAT debe disponer de un registro de usuarios/as atendidos en el que deberá constar como mínimo de:

- Nº referencia
- Fecha nacimiento.
- Sexo registral al nacer e identidad de género
- Fecha de ingreso en la UAT.
- Fecha de alta en la UAT y motivo.
- Procedimientos diagnósticos realizados a usuarios/as.
- Tratamientos.
- Complicaciones.

6.2. Indicadores de evaluación

Actividad: Número de procedimientos realizados al año para garantizar una atención adecuada a trans*:

- Nº de usuarios que acuden a la UAT. (1ª consulta y seguimiento)
- Nº de usuarios/as que inician tratamiento con análogos al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que inician tratamiento hormonal al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que han acudido a consulta psicólogo al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que han acudido a consulta ginecológica al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que han acudido a consulta urológica al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que han acudido a consulta de foniatra o logopeda al año y en seguimiento.
- Nº de usuarios/as que reciben tratamiento quirúrgico (especificando tipo de cirugía)
- Nº de usuarios/as en lista de espera para tratamiento quirúrgico (especificando tipo de cirugía)
- Nº de usuarios/as que inician tratamiento de reproducción asistida

Encuesta de satisfacción de usuarios/as con el servicio prestado con carácter bianual

ANEXO I.

Conceptos básicos

En las personas **trans* el sexo sentido no se corresponde con el asignado al nacer** en atención a los genitales,teniendo derecho a que la sociedad respete su identidad de género, y ofrezca la atención sanitaria.

En este sentido se trata de un proceso vital desarrollado paulatinamente, que es a lo que alude el prefijo "trans*", y por eso es más adecuado referirse a las personas trans* por su identidad de género, no por su apariencia externa, dado que esta última cambia de forma progresiva, y así hablamos de:

Mujeres trans*: las personas cuyo *sexo asignado al nacer* es masculino, pero que tienen *identidad de género* femenina, identificándose de forma estable y permanente como mujer.

Hombres trans*: las personas cuyo *sexo asignado al nacer* es femenino, pero que tienen *identidad de género* masculina, identificándose de forma estable y permanente como hombre.

Conceptos a tener en cuenta:

Identidad de género: se refiere a la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y auto determina, sin que deba ser definida por terceros, pudiendo corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento y pudiendo involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido.

Género: conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres. El género es una construcción sociocultural que varía a través de la
historia y se refiere a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión.
Sin embargo, algunas personas no se identifican dentro del género binario del hombre/mujer y éste no siempre se corresponde con el sexo asignado al nacer.

Expresión de género: forma en la que cada persona manifiesta o expresa su género, pudiendo coincidir o no con los estereotipos sociales asociados al sexo asignado en el momento del nacimiento.

Orientación Afectivo-Sexual: capacidad de sentir atracción romántica, afectiva y/o sexual hacia personas del mismo sexo (homosexuales), del sexo contrario (heterosexuales), o de más de un sexo o género (no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera o con la misma intensidad: bisexualidad). Las personas trans* pueden tener una orientación sexual heterosexual, gay, lésbica, bisexual, pansexual, etc.

Persona cisexual: persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.

Persona transexual: persona cuya identidad de género no coincide con el sexo que le asignaron al nacer.

Personas con variante de expresión de género: persona que expresa su género de una manera que no coincide con las expectativas sociales más habituales con respecto a su sexo.

Sexo biológico: suma de todos los elementos sexuados del organismo. Sería una manera de categorizar a los seres humanos según los siguientes rasgos: cromosomas, genitales, gónadas, hormonas y caracteres sexuales secundarios, principalmente (hombres, mujeres, personas intersexuales).

Sexo psicológico: hace referencia a la identidad sexual y se corresponde con la vivencia interna e individual que una persona tiene de sí misma, sin que pueda estar definida por ninguna otra. Esta puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer, y comprende la percepción personal del cuerpo, que puede comportar, si así se escoge libremente, la modificación del mismo. Responde a la pregunta "¿quién soy?".

Sexo social: haría referencia al género, y en sentido amplio, puede ser comprendido no sólo como el conjunto de construcciones culturales que define en cada sociedad las categorías de hombre y mujer, sino también un mecanismo cultural que genera normas y expulsiones.

Sexo legal: status legal que se asigna al nacer, mediante la observación de la apariencia genital.

Transexualidad: situación en que se encuentra una persona cuya identidad (sexo sentido) no coincide con el sexo asignado al nacer (sexo legal).

Transfobia*:* aversión, rechazo y miedo irracional hacia personas trans* y hacia personas que muestran una expresión del género no normativa. El hecho de no prestar atención, de ignorar e invisibilizar la realidad trans* es una expresión más del rechazo a la misma.

Tránsito Social: se refiere al hecho de que una persona cuyo sexo no coincide con el que se le asignó al nacer, pase a vivir en todos los ámbitos de la vida de acuerdo a su identidad sentida, lo que conlleva un cambio de mirada por parte de los demás en el reconocimiento y respeto de su identidad.

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. Dentro del abanico de la intersexualidad, se usa el término hermafrodita que hace referencia a animales que tienen los dos sexos y pueden realizar las funciones reproductivas de ambos, hecho que en los seres humanos no es posible en ningún caso por lo que es considerado ofensivo y patologizante por los colectivos de personas intersex. No obstante, los científicos acuñaron este término para lo que en la actualidad se conoce como intersexualidad y muy recientemente se está cambiando la terminología a DSD, Disorders of Sexual Development (Anomalías del Desarrollo Sexual), término que también es considerado patologizante y se prefiere denominar Differences of Sexual Development (Diferencias del Desarrollo Sexual/ Desarrollo Sexual Diferente o Diverso). Señalar que diferencia o diversidad (en lugar de anomalía) es la mejor opción según la literatura psicológica (Liao & Siamonds, 2013), por el posible impacto negativo que tiene en la persona (y su familia) el hecho de considerar su cuerpo anómalo en vez de diferente o diverso.

Persona trans*: toda aquella persona que se identifica con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacer. A los efectos de este documento y sin prejuzgar otras acepciones sociales el término trans* ampara múltiples formas de

expresión de la identidad de género o sub categorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, así como a quienes definen su género como «otro» o describen su identidad en sus propias palabras.

Principios de Yogyakarta: son una serie de principios sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Los Principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir. Prometen un futuro diferente, donde todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, podrán ejercer ese precioso derecho adquirido al momento de nacer.

Aspectos a considerar al tratar a la persona trans*

Resulta fundamental el **respeto**: es más adecuado referirse a las personas trans* por su identidad de género, no por su apariencia externa, dado que esta última cambia de forma progresiva a medida que avanzan en su proceso, y así hablamos de mujeres y hombres trans*.

La **cuestión del nombre** es crucial: llamar a la persona por el nombre con el que se siente identificado/a, especialmente ante terceros, evitando seguirles tratando con el género en el que nacieron, suele considerarse por el/la afectado/a una falta de respeto, incluso un agravio, y puede generar situaciones muy tensas en consulta.

Igualmente es fundamental el respeto a la intimidad de la persona trans*: no se debe confundir la identidad de género con la orientación sexual. Una persona no es más o menos trans* por tener orientación heterosexual, homosexual o bisexual, del mismo modo que no se es más o menos español por profesar una religión u otra, por poner un ejemplo de entre las numerosas circunstancias personales que no guardan relación con la identidad de género.

ANEXO II . Directorio de Asociaciones y Colectivos

Tenerife

ASOCIACIÓN LGBTI ALGARABÍA CANARIAS (Colectivo LGBTI Canarias)
C/ Heliodoro Rodríguez González nº 10 Local Izquierdo, CP 38005 - S/C de Tenerife
Teléfonos : 922 88 21 88 / 638 790 420
E-mail : algarabia@algarabiatfe.org, Web: www.algarabiatfe.org

APERTTURA. ASOCIACIÓN DE PERSONAS TRANSEXUALES DE TENERIFE
Centro de Entidades de Voluntariado
C/ Juan Rumeu García nº 28, buzón 54, CP 38008 - S/C de Tenerife
Tlf. 618 593 218
E-mail: aperttura@gmail.com Web: www.aperttura.com

TRANSBOYS. ASOCIACIÓN ESTATAL DE HOMBRES TRANS
Centro de Entidades de Voluntariado
C/ Juan Rumeu García nº 28, CP 38008 - S/C de Tenerife.
Teléfono: 644 74 33 86
E-mail: contacto@transboys.es Web: www.transboys.es

TRANSGIRLS. ASOCIACIÓN DE MUJERES TRANS
E-mail: transgirlspain@gmail.com

LIBERTRANS. ASOCIACIÓN PERSONAS TRANS
C/Volcán Pico Viejo Nº1 P20 El Sobradillo, CP 38107- S/C de Tenerife
Teléfono: 690 082 775
E-mail: atlibertrans@gmail.com

ASOCIACIÓN LGBTI* DIVERSAS
Calle de La Verdad, nº 19, 38400 - Puerto de la Cruz, S/C de Tenerife
Tlf. 616 00 10 60 / 651 07 13 11
E-mail: diversas@felgtb.org

Gran Canaria

COLECTIVO GAMÁ (Colectivo LGTB de Canarias)
Paseo Tomás Morales, nº 8, bajo. CP 35003 - Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 928 43 34 27 Teléfono / Fax: 928 38 31 69
E-mail: gama@colectivogama.comWeb: http://www.colectivogama.com/

CHRYSALLIS CANARIAS A.F.M.T.
C/ Montaña Clara, 18. San Fernando Maspalomas CP 35100 San Bartolomé de Tirajana
Teléfono: 619 90 99 22 / 679 61 45 52
E-mail: canarias.chrysallis@gmail.com Web: www.chrysallis.org.es

ARANDA LGBTI
Teléfono: 629 26 27 46
E-mail: arandalgtbi@gmail.com Web: https://arandalgtbi.com/

Asociación DRAGA LGBTIQ*
Paseo de Chil nº3, Bajo C.P.: 35014 Las Palmas de Gran Canaria
Teléfonos: 928 382 485 / 615 624 393
E-mail: info@dragafeministas.org Web: http://dragafeministas.org/

EQUAL LGBTI
Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 616030597 E-mail: equallgtb@gmail.com

Fuerteventura

ALTIHAY (Colectivo LGTBI de Fuerteventura)
C/ Goya, 3, Local 3, Centro Ciudadano Buenavista. CP 35600 - Puerto del Rosario
Teléfono: 928 859 358
e-mail: altihay@felgtb.org

Lanzarote

ASOCIACIÓN LÁNZATE (Colectivo LGTBI de Lanzarote)
C/ Vizcaya nº 6, CP 35500 -Arrecife
Teléfono: 928816016
e-mail: asociacion.lanzate@gmail.com

La Palma

VIOLETAS LGTBI

Tlf.: 638741990 Email: colectivovioletas@gmail.com

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL EN PERSONAS TRANS*

De forma libre y voluntaria, usted acude a esta Unidad de acompañamiento a las personas trans* (UAT) del Servicio Canario de la Salud y ha sido derivado al Servicio de Endocrinología para que se le prescriba el tratamiento hormonal adecuado que modifique su cuerpo y los caracteres sexuales en base a su identidad sentida y su expresión de dicha identidad.

Las modificaciones que se van a producir en su organismo, aparecerán de forma lenta y gradual, sin que se pueda precisar el tiempo necesario para completar el cambio, ni que los resultados finales vayan a coincidir con las expectativas que haya puesto en el tratamiento. Por eso, recibirá las explicaciones necesarias en cada fase del tratamiento. También debe saber que algunos de los cambios que se produzcan serán irreversibles una vez iniciado el tratamiento.

Para realizar dicho tratamiento se van a emplear fármacos, cuyo uso en España se encuentra legalmente autorizado para diversas situaciones clínicas, entre las que no se incluye este proceso o tránsito. Usted debe conocer que la administración de dichos fármacos puede ocasionar efectos secundarios adversos en el organismo de diferentes tipos. Esta información se le explica en un documento anexo.

Estos riesgos pueden ser mayores en algunas circunstancias, por lo que es importante que usted comunique previamente si ha presentado algún tipo de alergia o medicamentos u otras sustancias, las enfermedades que ha padecido en el pasado o que tenga actualmente (especialmente del hígado, cardiovasculares, alteraciones en la coagulación), si ha tomado anteriormente dichos fármacos y si tuvo algún síntoma que se pudiera relacionar con ellos.

En caso de sospecha clínica fundada usted podría ser atendido en varios servicios médicos o quirúrgicos para descartar la existencia de posibles contraindicaciones al tratamiento hormonal antes de empezarlo.

Si después de leer este informe y el documento anexo desea alguna aclaración puede realizar las preguntas que considere necesarias para resolver sus dudas.

Nombre y apellidos:……...……...…… de ……. años de edad y D.N.I. nº…… con domicilio en …... ……. Población ……...…… CP …… Provincia ……..……..….

DECLARO:

1. Encontrarme en mi total y plena capacidad mental y psíquica para decidir libre y voluntariamente sobre mi condición sexual.
2. Que he leído atentamente este informe y el documento sobre los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal y que han sido aclaradas mis dudas de forma satisfactoria sobre las hormonas y fármacos utilizados para realizar el cambio de mis caracteres sexuales, por parte del médico responsable.
3. Aceptar de forma libre y voluntaria recibir el tratamiento hormonal necesario para modificar mi cuerpo, así como acudir a los controles médicos que sean necesarios, tanto previos como posteriores al inicio del mismo.
4. Que si cambio de opinión podré retirar este consentimiento en cuanto lo desee, informando de dicho cambio de opinión al médico/equipo médico que me atiende.

Y para que así conste, tras haber sido debidamente informado y haber leído y comprendido todo el contenido de este escrito,

DECIDO:

Dar mi consentimiento para que se me prescriba el tratamiento hormonal para realizar el cambio de mis características sexuales actuales por las del sexo al que me siento pertenecer, asumiendo los plazos de tiempo y el riesgo de posibles consecuencias desfavorables que no sean debidas a una conducta profesional negligente.

Firmo el presente en ……, a…… de …… de ……

El paciente

Fdo.:

El médico

Fdo.: Nº colegiado:

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL CON ESTRÓGENOS

Los efectos del tratamiento aparecen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de tratamiento, siendo algunos efectos irreversibles después de 6-12 meses. Los estrógenos, utilizados para desarrollar las características femeninas, no se deben utilizar a dosis altas, pues sus resultados a medio y largo plazo son similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los antiandrógenos se usan para impedir la acción de los andrógenos y hacer retroceder las características masculinas. Los resultados obtenidos pueden ser menos evidentes si no se han extirpado los testículos. Los efectos que se van a observar son:

- En relación con la actividad sexual, la capacidad de erección disminuye hasta desaparecer totalmente. Los orgasmos eyaculatorios son menos intensos al disminuir la producción de semen. La satisfacción sexual es variable y subjetiva, y va a depender de cada persona.
- Los testículos y la próstata se atrofian.
- La fertilidad disminuye al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos.
- El aumento de las glándulas mamarias es variable, no predecible y no es siempre simétrico. No se puede elegir el tamaño deseado aumentando la dosis de estrógenos.
- La grasa se redistribuye aumentando en la zona de las caderas y muslos, hombros y brazos, y cara.
- El vello corporal (el que depende de los andrógenos) disminuye. El facial no siempre desaparece del todo, aunque se hace menos denso y oscuro.
- La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a estas hormonas.
- Hay un cambio del carácter con incremento de la emotividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, depresión, retención de líquidos, alteraciones digestivas, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar (muy excepcional).

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

En nuestra Unidad recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

Hoja informativa
TRATAMIENTO HORMONAL CON ANDRÓGENOS

Los efectos del tratamiento se producen de forma gradual y no siempre de forma idéntica en cada persona. Su acción se suele empezar a notar a partir de las primeras dosis de andrógenos y sus efectos son prácticamente irreversibles casi desde el principio. Los andrógenos, que se emplean para desarrollar las características masculinas, no deben utilizarse en dosis altas, ya que sus resultados a medio y largo plazo van a ser similares que con dosis menores, siendo también menores sus efectos secundarios. Los efectos que se van a observar son:

- El deseo sexual aumenta. El clítoris aumenta su tamaño varios centímetros, a veces con dolor.
- La fertilidad disminuye y desaparecen los ciclos menstruales
- Aumento del vello facial y corporal, de distribución masculina, haciéndose más grueso y oscuro.
- Puede aparecer acné y alopecia.
- La masa muscular aumenta y la grasa adopta una distribución masculina.
- La voz puede hacerse más grave, aunque no siempre llega al tono masculino clásico.
- Hay un cambio del carácter, con un aumento de la agresividad, que depende mucho de las características psicológicas previas de cada persona.
- El tamaño de las glándulas mamarias apenas disminuye, aunque pueden ablandarse.

También pueden aparecer, con poca frecuencia, efectos no deseados o secundarios, siendo los más destacables, retención de líquidos, dolor de cabeza, alteraciones de la función hepática, aumento de las cifras de la tensión arterial, elevación de la glucosa y del colesterol en la sangre. Los tres últimos aumentan el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (infarto de corazón o cerebral, trombosis cerebral, etc).

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

En nuestra Unidad recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA SUPRIMIR LA PUBERTAD EN MUJERES TRANS*

Se le va a administrar un tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para suprimir el desarrollo de la pubertad y caracteres sexuales secundarios que ya ha iniciado, es decir, para evitar el crecimiento del pene y los testículos, el desarrollo del escroto, la aparición de vello corporal de características masculinas y los cambios corporales y de la voz típicos del varón. El efecto de estos fármacos se instaura progresivamente durante las primeras semanas de su uso. Impiden que el organismo produzca las hormonas sexuales (testosterona) que producen la maduración sexual masculina. Sus efectos son **reversibles** una vez suspendido el tratamiento (tendría lugar el desarrollo puberal normal de forma inmediata).

Los efectos que va a observar son:

- Se parará la virilización, disminuyendo el vello corporal y facial.
- Los testículos disminuirán de volumen.
- La fertilidad disminuirá al descender la producción de semen. Puede ser reversible al suspender el tratamiento.
- El crecimiento se hará más lento.

Estos fármacos están contraindicados si existe hipersensibilidad previamente conocida a ellos. Con escasa frecuencia se producen efectos adversos que raramente obligan a suspender el tratamiento: molestias digestivas (nauseas, vómitos, diarrea), pérdida de apetito, vértigos, dolor de cabeza, dolor articular generalizado, palpitaciones o nerviosismo.

Cuando el Equipo especializado de la Unidad lo considere oportuno, se iniciará también el tratamiento de forma gradual con hormonas femeninas (estrógenos) para conseguir el desarrollo puberal del sexo femenino.

En nuestra Unidad recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

Hoja informativa

TRATAMIENTO HORMONAL PARA SUPRIMIR LA PUBERTAD EN HOMBRES TRANS*

Se le va a administrar un tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para suprimir el desarrollo de la pubertad femenina que ya has iniciado, es decir, para evitar el crecimiento de las mamas, la menstruación y los cambios corporales típicos de la mujer.
El efecto de estos fármacos se instaura progresivamente durante las primeras semanas de su uso. Impiden que el organismo produzca las hormonas sexuales (estrógenos) que producen la maduración sexual femenina. Sus efectos son **reversibles** una vez suspendido el tratamiento (tendría lugar el desarrollo puberal normal de forma inmediata).

Los efectos que va a observar son:

- Se parará la feminización, disminuyendo el tamaño de las mamas.
- No aparecerán o se interrumpirán las menstruaciones.
- El crecimiento se hará más lento.
- Cabe la posibilidad de que mientras dure el tratamiento se produzca un estado de infertilidad reversible.

Con escasa frecuencia se producen efectos adversos que raramente obligan a suspender el tratamiento. Si ya se tenían menstruaciones pueden aparecer transitoriamente síntomas semejantes a los de la menopausia (sofocos, sudoración, sequedad vaginal…). Raramente se presentan molestias digestivas (nauseas, vómitos, diarrea), pérdida de apetito, vértigos, dolor de cabeza, dolor articular generalizado, palpitaciones o nerviosismo.
Estos fármacos están contraindicados en caso de embarazo o lactancia, o si existe hipersensibilidad previamente conocida a ellos.

Cuando el Equipo especializado de la Unidad lo considere oportuno, se iniciará también el tratamiento de forma gradual con hormonas masculinas (andrógenos) para conseguir el desarrollo puberal del sexo masculino.

En nuestra Unidad recibirá la información adecuada acerca del tratamiento específico que se le proponga, y se le aclararán todas las dudas que tenga al respecto.

ANEXO IV. RENUNCIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL EN PERSONAS TRANS*

Nombre y apellidos:. ……...…… de …… años de edad y D.N.I. nº…… con domicilio en …...……. Población ……..…… CP …… Provincia ……..……..……..….

DECLARO:

Que de forma libre y voluntaria, y a partir de la fecha, retiro el consentimiento otorgado previamente para recibir el tratamiento hormonal que iba a producir el cambio de mis caracteres sexuales.

Firmo el presente en ……., a…… de …… de ……..

El paciente	El médico
Fdo.:	Fdo.: Nº colegiado

ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE PARA HISTERECTOMIA NO ONCOLOGICA EN PERSONAS TRANS*

Nombre y apellidos:.....de.....años de edad, con DNI N.º .....en calidad de (1).....de .....… Nombre y apellidos.....… (1) Representante legal, cónyuge familiar, allegado.

DECLARO:

Que el/la DR./DRA..... me ha explicado que es posible proceder en mi caso a realizar una HISTERECTOMÍA ACOMPAÑADA DE OVARIECTOMÍA BILATERAL por solicitarlo personalmente yo por estar en proceso de transición.

Se me ha explicado y comprendo que:

La intervención consiste en la extirpación total del útero, (matriz) que en algunos casos puede realizarse por vía vaginal, siendo en otros casos necesario abrir la pared del abdomen. En ocasiones una intervención comenzada por vía vaginal, menos frecuentemente abdominal, requiere por dificultades técnicas que se cambie de vía. La técnica por vía vaginal puede combinarse con una fase laparoscópica.

La extirpación del útero tiene escasa importancia para la salud futura, puesto que se extirpa un órgano que no produce sustancias hormonales o de otro tipo importantes para el bienestar o función del usuario. Se evitaran además posibles enfermedades futuras.

Debe entenderse que al realizar la intervención el usuario dejará de presentar menstruaciones y presentara un estado de infertilidad irreversible.

Asimismo y en caso de que se emplee la vía abdominal quedaran cicatrices visibles en el abdomen.

Tras la intervención se producirán molestias, especialmente abdominales, que en general son soportables y que permanecerán bajo control fácilmente con los métodos actuales antidolorosos. Los días de permanencia en el Hospital tras la intervención oscilan entre 2 y 7 salvo complicaciones pudiendo esperarse una reincorporación a la vida normal aproximadamente a las 4 semanas de la intervención. Tras ello la actividad en todas las facetas de la vida incluida la sexual, no tienen por qué alterarse.

Una vez realizada la intervención el usuario dependerá del tratamiento hormonal establecido por el endocrino asignado. En caso de no continuar con el tratamiento hormonal podrían aparecer diversas complicaciones como sofocos, pérdida de las características masculinas y enfermedades como la osteoporosis.

EXTIRPACIÓN DE LOS ANEJOS UTERINOS. Durante la operación de histerectomía pueden extirparse fácilmente las trompas y ovarios (anejos uterinos), salvo en algunos casos de histerectomía vaginal en que puede ser técnicamente dificultoso. La extirpación de los ovarios "sanos" antes de la menopausia convierte a la mujer en "menopaúsica" de modo inmediato. La paciente requerirá posteriormente según los casos , el criterio del especialista que la trate y el suyo propio, tratamiento hormonal para evitar los efectos secundarios. Se evitará la presencia en el futuro de cánceres de ovario que son poco frecuentes pero de alta gravedad así como la aparición de otra patología, como quistificaciones, más frecuente. La conservación de los ovarios tiene las ventajas e inconvenientes contrarios a los citados con anterioridad, salvo que después de la histerectomía cesan en su actividad algo antes que en casos en que no se haya practicado dicha intervención.

La práctica de una histerectomía requiere de anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesiología.

La intervención que se me propone es razonablemente segura y se considera beneficiosa para mi salud. No obstante ocasionalmente pueden surgir complicaciones, que habitualmente serán controlables por el equipo médico. Para mi mejor información se me exponen a continuación las más frecuentes e importantes:

- Fiebre en el 15-30% de los casos, por infecciones urinarias, infección de la incisión abdominal, infección del muñón vaginal (incisión vaginal y tejidos adyacentes), infección de los tejidos pelvianos, infección peritoneal e infección respiratoria. algunas infecciones si bien poco frecuentes pueden ser graves, requiriendo de tratamiento antibiótico y en algún caso de reintervenciones quirúrgicas.

🕐 Perdida aumentada de sangre que obligue a transfusión sanguínea durante o después de la intervención en 5-10% de los casos.

🕐 Lesiones del tracto urinario (vejiga o/y uréter) o del intestino, así como alteraciones de la función intestinal que pueden requerir nueva intervención quirúrgica en menos del 1% de los casos. Pueden aparecer fistulas vesicales, ureterales o intestinales con muy escasa frecuencia.

🕐 Tromboflebitis y accidentes tromboembólicos especialmente pulmonares en menos del 1% de los casos, que pueden ser graves incluso mortales.

🕐 Dehiscencia de la incisión abdominal que en los días posteriores a la intervención obliguen a una nueva intervención y que de presentarse más tardíamente dan lugar a una "hernia" en el lugar de la incisión. Pueden presentarse ocasionalmente prolapsos de cúpula vaginal.

🕐 Existen otras posibles complicaciones en número menor y en general de escasa trascendencia para la vida del usuario. En cualquier caso la mortalidad achacable a la intervención es escasa, al igual que las complicaciones.

FACTORES QUE AUMENTAN LOS RIESGOS

Las enfermedades generales de cualquier tipo (Hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, hepáticas, renales) y la obesidad así como las intervenciones generales anteriores aumentan los riesgos citados.

ESPECIFICACIONES ESPECIALES

Se me ha comunicado que en mi situación los riesgos aumentan debido a .....

Si durante el acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones CONSIENTO;

En que se me realice:

- ☐ Extirpación del útero, anejos uterinos y ovarios.
- ☐ Extirpación del útero.
- ☐ Extirpación de los ovarios “sanos” siempre que ello no sea técnicamente difícil.
- ☐ Extirpación de los anejos sólo en caso de que presenten enfermedad que lo justifique.
- ☐ En ningún caso se extirparán los anejos, salvo enfermedad maligna o grave peligro, sin consentimiento previo.

En....., a..... de ..... del año .....

Paciente	Médico
Fdo.:	Fdo.: Nº colegiado

ANEXO VI. ACCESO A MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS AUTORIZADAS

La utilización de los fármacos para el tratamiento hormonal en trans*, se regula en el Real Decreto 1015/2009 de 19 de Junio (BOE nº 174, lunes 20 julio de 2009) sobre disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

El Capítulo III "Acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas", en su **artículo 13**, señala literalmente:

"La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre".

Adicionalmente el **artículo 15** regula las obligaciones del médico responsable del tratamiento:

El médico responsable del tratamiento estará obligado a:

a) Informar al paciente en términos comprensibles, de la naturaleza del tratamiento, su importancia, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
b) Notificar las sospechas de reacciones adversas de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre.
c) Respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario".

ANEXO VII. EFECTOS DE LAS HORMONAS SEXUALES

En las dos tablas siguientes se resumen las modificaciones corporales inducidas por el tratamiento hormonal en las personas trans* y su secuencia de aparición.

EFECTOS ESTROGENICOS EN MUJER TRANS[1]

Efecto	Inicio	Máximo
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-3 años
Disminución masa muscular y fuerza	3-6 meses	1-2 años
Piel más suave/menos grasa	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	3-6 meses
Disminución erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunción eréctil	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años
Disminución volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Disminución producción de semen	Desconocido	>3 años
Disminución del crecimiento del pelo terminal	6-12 meses	>3 años
Calvicie	No recrecimiento	-
Cambios en la voz	Ninguno	-

EFECTOS ANDROGENICOS EN HOMBRE TRANS[1]

Efecto	Inicio	Máximo
Piel grasa/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento pelo facial/corporal	6-12 meses	4-5 años
Calvicie	6-12 meses	-
Aumento masa muscular/fuerza	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa	1-6 meses	2-5 años
Cese de las menstruaciones	2-6 meses	-
Crecimiento clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Voz más grave	6-12 meses	1-2 años
Aumento del deseo sexual[2]	Variable	Variable
Aumento de la agresividad[3]	Variable	Variable

1. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology & metabolism, September 2009, 94(9): 3132-3154.

2. Becerra-Fernández, A. Transexualidad. La búsqueda de una identidad.. 2003. pág.76

3. Gooren LJ, Giltay EJ . Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females. J Sex Med. 2008; 5: 765-776.

En mujeres trans* se produce: redistribución de la grasa corporal hacia una forma más femenina, aumentando la grasa en caderas y disminuyendo en la porción superior del cuerpo; desarrollo mamario; disminución del vello corporal; disminución de la aparición de calvicie; disminución de la libido y de la fertilidad (al disminuir la producción de semen); atrofia prostática y testicular. Estos cambios son, en su mayoría, reversibles al cesar el tratamiento.

La longitud del pene no se reduce por las hormonas, pero por su estado de flaccidez y acúmulo de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas se suprimen dentro de los 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer. El volumen testicular se reduce un 25% dentro del primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina.

La inducción de las características femeninas es muy variable. Al principio son habituales los nódulos periareolares dolorosos. El tamaño de las mamas puede ser cuantificado midiendo la hemicircunferencia que al año puede alcanzar unos 10 cm., pudiendo llegar hasta 22 cm. a los 24 meses, aunque en la mitad de las mujeres trans* es juzgado como insatisfactorio. En caso que la paciente desee una prótesis mamaria es recomendable esperar al menos un año. Por otra parte, la voz no suele cambiar de timbre. La grasa se acumula en la cadera, pero no es la norma. La estructura esquelética tampoco se modifica; manos, pies y pelvis son las zonas más llamativas que permanecen. La piel se hace más fina y seca y las uñas más quebradizas. Además, el tratamiento estrogénico suele producir cambios de humor y del estado emocional.

En hombres trans* es más sencillo conseguir los caracteres masculinos con el tratamiento hormonal: aumento del vello facial y corporal; aumento de la masa muscular; crecimiento del clítoris; aumento del deseo sexual, y cese de las menstruaciones. En cambio, no disminuye apenas el tamaño mamario, la voz se hace más grave pero no llega al tono masculino clásico y no se modifican la anchura pélvica ni la estatura más baja.

El tratamiento con andrógenos suele provocar acné, y con menor frecuencia y de forma más tardía calvicie de patrón androgénico. Pueden producir efectos desfavorables sobre el perfil lipídico, que coloca a los varones trans* en la categoría de riesgo de los hombres biológicos. Por ello deben evitar el tabaquismo, hacer ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y la hipertensión arterial.

Los cambios en el aspecto externo producidos suelen ser bastantes satisfactorios, aunque la piel más sebácea puede llegar a ser un problema. Los hombres trans* son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, y puede aumentar el deseo sexual tras el tratamiento androgénico.

ANEXO VIII. AUTOMEDICACIÓN Y SOBREDOSIFICACIÓN

En el tratamiento hormonal en trans* uno de los fenómenos más preocupantes es la alta prevalencia de la sobredosificación y la automedicación. Obviamente las hormonas no son inocuas, y estas prácticas pueden revestir un alto riesgo para la salud y para la vida.

En ocasiones la automedicación está motivada por la impaciencia por obtener los cambios deseados y puede llevar a estas personas a sobredosificarse o automedicarse pese a tener acceso a una asistencia adecuada. El desarrollo puberal fisiológico es un proceso que dura varios años y tratar de acelerarlo no mejora el resultado final pero puede ser causa de efectos adversos graves además de resultados muchas veces antiestéticos.
Para minimizar el riesgo de automedicación y sobredosificación hormonal es preciso mejorar el acceso de las personas trans* a la asistencia endocrinológica especializada, ofrecer información veraz de los beneficios y los riesgos de los diferentes fármacos y dosis, conseguir la empatía y la confianza de las personas atendidas y desmitificar la falsa información que circula sobre la eficacia de tratamientos alternativos (como por ejemplo, que los estrógenos inyectados son mucho más efectivos que los orales o tópicos, cuando en realidad no tienen ninguna ventaja en efectividad y asocian riesgos muy superiores de complicaciones graves como el tromboembolismo venoso).

1) Estrógenos
En las mujeres trans* el mayor riesgo está en la sobredosificación con preparados estrogénicos, especialmente con el fin de obtener un desarrollo mamario mayor y más acelerado. Exceder la pauta previamente recomendada en este protocolo no garantiza en modo alguno un volumen mamario final mayor, pero tiene múltiples inconvenientes:
-El desarrollo mamario acelerado es causa frecuente de estriación, asimetría y deformidad de las mamas.
-Cuando los estrógenos se sobredosifican antes del final del crecimiento la talla final puede verse reducida (aunque en mujeres trans* que se perciben como demasiado altas este podría ser un resultado deseable).
-Se produce hiperprolactinemia que resulta frecuentemente en galactorrea, que además de ser molesta nos advierte de una probable sobredosificación. Puede producirse hipertrofia de las células lactotropas de la adenohipófisis, y de forma menos frecuente prolactinomas. Los prolactinomas causan cefaleas intensas y pueden complicarse con panhipopituitarismo y déficit del campo visual que puede llegar hasta la ceguera.
-El riesgo más grave y frecuente asociado a la sobredosificación de estrógenos (especialmente cuando se utilizan estrógenos sintéticos como el etinilestradiol) es la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo (pulmonar o de otra localización). Esta complicación es muy grave y muchas veces mortal, y es la principal causa (además del suicidio) de que la mortalidad global en las mujeres trans* supere significativamente la mortalidad de la población femenina general. Además de la dosis y el tipo de estrógenos, cuentan otros factores como el sedentarismo o la inmovilización, las trombofilias, y los factores de riesgo cardiovascular en general (tabaquismo, dislipemia, hipertensión, diabetes, edad > 40 años, etc.).
-A largo plazo aumenta el riesgo de cáncer hormonodependiente, especialmente el mamario.
-La toxicidad hepática (con hipertransminasemia como principal marcador) es rara o inexistente para el 17-β-estradiol pero puede presentarse con estrógenos sintéticos, especialmente a dosis elevadas.

-Otros eféctos que pueden presentarse son: distimia o depresión, pérdida de la líbido, astenia, migraña, vértigo, acúfenos, náuseas y vómitos de predominio matinal, cloasma y retención hidrosalina.

2) Antiandrógenos y gestágenos
La toxicidad por sobredosis de estos fármacos es menos frecuente en mujeres trans* en comparación con la toxicidad estrogénica, pero ocasionalmente puede dar lugar a efectos adversos graves.

La sobredosis de ciproterona se ha asociado a depresión, pérdida de la líbido, trombosis y tromboembolismo, hepatitis tóxica, déficit de vitamina B_{12}, hiperprolactinemia (raramente prolactinomas o meningiomas) y estriación de la piel. La retirada brusca de dosis elevadas puede dar lugar a crisis suprarrenales.

Otros antiandrógenos de uso frecuente pero actualmente no recomendado como la flutamida o la bicalutamida se asocian a hepatotoxicidad severa, a veces fulminante y mortal. Menos habitual es la neumonitis intersticial, que puede progresar a fibrosis pulmonar. Otros efectos descritos son depresión, mareo, piel seca, mastodinia, anorexia, náusea, vómitos y diarrea.

La espironolactona es en general bien tolerada pero la sobredosificación puede dar lugar a hiperkaliemia con riesgo de arritmias, especialmente si existe insuficiencia renal.

La sobredosificación de gestágenos como la medroxiprogesterona se ha asociado a labilidad emocional, depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, mareo, mastodinia, acné, hirsutismo, osteoporosis, aumento del apetito y del peso, hiperglucemia y síndrome de Cushing yatrógeno, con posible crisis suprarrenal en la retirada.

3) Testosterona
La sobredosificación de testosterona puede dar lugar a un desarrollo acelerado de la masa muscular, que es un efecto muchas veces deseado. Sin embargo las dosis muy elevadas con frecuencia dan lugar a feminización paradójica, con aumento del desarrollo mamario etc. Esto se debe a que el efecto de la testosterona es saturable, mientras que la conversión periférica a estradiol por la aromatasa es dosis-dependiente, de forma que la sobredosificación de testosterona tiende a dar lugar a hiperestrogenismo.

El acné y la seborrea son efectos casi obligados de la sobredosificación de testosterona, con aumento y aceleración del riesgo de alopecia androgénica. Son tambien frecuentes los cámbios de caracter, con libido y agresividad aumentadas, irritabilidad e insomnio.
Se observa con frecuencia en la sobredosificación: retención hidrosalina, aumento de la presión arterial y dislipemia con hipertrigliceridemia y reducción del HDL-colesterol. Presumiblemente el riesgo de eventos cardiovasculares en esta situación está aumentado aunque no existen datos estadísticos definitivos.

La toxicidad hepática de la testosterona es muy baja y no es habitual la hepatopatía incluso en la sobredosificación (sin embargo otros andrógenos son altamente hepatotóxicos).

El riesgo de cáncer de mama no esta aumentado y los escasos datos disponibles no apoyan un riesgo elevado de cancer ovárico o endometrial, aunque no permiten descartarlo.
Al suspender las dosis altas de testosterona (o volver a las dosis normales) puede producirse un síndrome climatérico con calor, sofocos, etc.

4) Otros andrógenos/anabolizantes y fármacos misceláneos
Algunos hombres trans* son susceptibles a la vigorexia, y a través de foros, gimnasios etc. consiguen productos "anabolizantes" de elevada toxicidad, de procedencia muchas veces dudosa (veterinaria, laboratorios clandestinos etc.) y no aptos para consumo humano. En este contexto se emplean términos como "esteroides" o "anabolizantes" de forma inespecífica, referidos a cualquier sustancia capaz de favorecer el desarrollo muscular o la apariencia hercúlea (pérdida de grasa subcutánea) incluyendo hormona del crecimiento, agonistas β-adrenérgicos ("quemagrasas") como el clembuterol, etc. El uso de agonistas β-adrenérgicos (clembuterol, efedrina) da lugar a cefalea, insomnio, agitación, taquicardia, palpitaciones, crisis hipertensivas, infarto de miocardio, ictus y muerte súbita.

Los andrógenos sintéticos (oxandrolona, nandrolona, trebolona, etc.) tienen, ademas de los riesgos asociados a la sobredosis de testosterona, el problema añadido de la hepatotoxicidad. Este riesgo es especialmente elevado en los esteroides C_{17}-α-alquilados como el estanozolol (Winstrol); este rasgo bioquímico favorece su disponibilidad por via oral, pero se asocian a un riesgo muy elevado de hepatitis tóxica, cirrosis y hepatocarcinoma.

Para minimizar los efectos estrogenizantes paradójicos del exceso de testosterona se utilizan a veces en combinación inhibidores de la aromatasa como el tamoxifeno, anastrozol o clomifeno, pero el uso de estos fármacos se ha asociado a hipertrigliceridemia, esteatosis, tromboembolismo, pérdida de libido y disfunción cognitiva. Para reducir el riesgo de alopecia se utilizan inhibidores de la 5-α-reductasa como finasteride y dutasteride. La toxicidad de esos fármacos parece ser escasa.

De forma concomitante es habitual el consumo de cantidades muy elevadas de proteínas, en preparados no siempre aptos para consumo humano. La sobredosificación de proteínas puede dar lugar a hepatopatía o nefropatía, especialmente si existe nefropatía previa (cuya evolución se verá acelerada), o si se utilizan simultáneamente sustancias hepato o nefrotóxicas. Por otra parte el sobreconsumo proteico puede asociarse a deficiencia de otros nutrientes esenciales (vitaminas, oligoelementos etc.).

Los varones vigoréxicos no trans* utilizan con frecuencia análogos de gonadotropinas o HCG humana para recuperar la función testicular tras un ciclo de andrógenos/anabolizantes, lo que no tiene ninguna utilidad para los hombres trans*, que los consumen ocasionalmente por falta de información (existe además el mito de que la HCG favorece la pérdida de masa grasa). La toxicidad de las gonadotropinas es escasa, pero en hombres trans* puede producir feminización por reactivación de la función ovárica, y puede limitar la talla definitiva si se usan antes del fin del crecimiento.

ANEXO IX. FARMACOS Y DOSIS PARA EL TRATAMIENTO HORMONAL EN TRANS*

Mecanismo de acción	Compuesto químico	Nombre comercial	Dosis media
Análogos de LHRH	Triptorelina	Decapeptyl® 3,75	3,75 mg/mes/im o 11,25 mg/3 meses
	Leuprorelina	Ginecrin Depot®, Pocrin Depot®	3,75 mg/im/mes o 7,5 mg / 3 meses /im
	Goserelina	Zoladex® 3,6	3,6 mg/mes/ sc
Antigonadotrópicos	Acetato de ciproterona	Androcur®	25-100 mg/día/vo
	Medroxiprogesterona	Progevera ®	5-10 mg/día/vo
		Depo-Progevera®	150 mg/mes/ im
Antiandrógenos	Acetato de ciproterona	Androcur®	50-100 mg/día/vo
	Espironolactona	Aldactone®	100-400 mg/día/vo
Estrógenos	17β-estradiol:	Evopad® 25, 50, 75 y 100	2-4 mg/día/vo
	-transdérmicos:	Alcis® Absorlent®, Estraderm Matriz® 25, 50 y 100 Oestraclin Gel®	100 mcg dos veces a la semana /vtd
	-orales(valerianato de estradiol)	Meriestra® 1 y 2 mg	2-6 mg/día
		Progynova® 1 mg	2-6 mg/día
	Estrógenos conjugados	Premarin®	1,25-2,5 mg/día/vo
		Equin 0,6®	1,25-2,5 mg/día/vo
Andrógenos	Esteres testosterona	Reandron®	1000 mg/12 sem/ im
		Testex Prolongatum® 100-250 Nebido®	100-250 mg/2-4 sem/ im
	Preparados transdérmicos*:		50 mg/día/vtd
	- Geles	Testim® y Testogel® Itnogen®	
	- Parches testosterona	Testopatch ®1,2; 1,8 y 2,4 mg	2,4 mg/día/vtd

mg... miligramo
mcg... microgramo
sem... semana
vo...vía oral
im... intramuscular
sc... subcutáneo
vtd... vía transdérmica

En adultos, se considera recomendable iniciar el tratamiento con fármacos de vida media corta para comprobar tolerancia p. ej. con preparados transdérmicos.

ANEXO X. NORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regulan las bases para todo el Estado español relativas a la correcta prestación del consentimiento informado.

De este modo, determinan respecto del consentimiento informado lo siguiente:Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el **consentimiento** libre y voluntario del afectado, una vez que, **recibida la información asistencial** (información que comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias, y que será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad), haya valorado las opciones propias del caso.

El consentimiento será **verbal** por regla general. Sin embargo, se prestará **por escrito** en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el apartado anterior, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

Asimismo, todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

En cualquier momento el paciente puede **revocar libremente** por escrito su consentimiento.

CONDICIONES DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO POR ESCRITO.

En cualquiera de los casos descritos anteriormente destinado a recabar el consentimiento informado, el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar el consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

LÍMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN.

1. La RENUNCIA **del paciente a recibir información** está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las **intervenciones clínicas indispensables en favor** de la salud del paciente, SIN NECESIDAD DE CONTAR CON SU CONSENTIMIENTO, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley . En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos anteriormente, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente

participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

RÉGIMEN ESPECIAL PARA MENORES:

Regla general

- Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos:

  - en los que el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia o

  - paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención,

  no cabe prestar el consentimiento por representación, así que el consentimiento lo prestará dicho menor emancipado o mayor de 16 años.

Excepciones:

- No obstante lo dispuesto en la regla general, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

- La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad (18 años) y por las disposiciones especiales de aplicación.

- Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

- **Conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 8/2014, de 28 de octubre, las personas trans* menores de edad tienen pleno derecho a recibir el oportuno diagnóstico y tratamiento médico relativo a su transexualidad, especialmente la terapia hormonal durante la etapa prepuberal. Dicho tratamiento se producirá bajo la autorización de quien posea la tutela del menor, y con la previa recomendación firme de abordar el mismo por parte de dos profesionales especializados en tratamiento de la transexualidad.** La negativa de padres o tutores a autorizar el tratamiento transexualizador podrá ser recurrida ante la autoridad judicial, que atenderá en último caso al criterio del beneficio del menor.

ANEXO XI. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS EN TARJETA SANITARIA

Nombre y apellidos: _____, con DNI núm _____ y número de afiliación a la S.S. _____, y con domicilio en _____, calle _____, siendo el mismo a efectos de notificaciones, madre/padre y representante legal del/de la menor, Nombre y apellidos_____,(_____ a efectos administrativos), nacido/a el día _____, beneficiario/a del mismo, por la presente

EXPONE

1.- Que el/la menor/adulto mencionada/o, tiene la condición de persona trans*.

2.- Que por dicha razón, tanto el aspecto que presenta como el nombre que utiliza habitualmente no se corresponden con el nombre que figura en su tarjeta sanitaria, lo que le genera un menoscabo a su dignidad personal e intimidad cada vez que tiene que acreditarse ante el sistema sanitario público. Derechos fundamentales (arts. 10 y 18 de la Constitución) que vinculan a todos los poderes públicos (art. 53 CE), quienes deben actuar anteponiendo el interés superior del menor sobre cualquier otro, según les imponen la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.

3.- Además, la Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Canarias, establece en su artículo 6.2 que *"Sin perjuicio de los derechos y deberes recogidos en la Carta de los Derechos y los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios, las personas transexuales tienen asimismo derecho en hospitales y centros sanitarios, públicos o privados: A ser tratadas conforme a su identidad de género sentida e ingresadas en salas o centros correspondientes a esta, cuando existan diferentes dependencias por razón de sexo, y a recibir el trato que se corresponde a su identidad de género"*.

En virtud de todo lo anterior:

SOLICITA

Se expida tarjeta sanitaria en la que se designe al/a la beneficiario/a con el nombre de _____ y género_____ manteniéndose no obstante su número de usuario/a del sistema público de salud.

En _____, a ____ de _____ de 20_____

Fdo:

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS EN TARJETA SANITARIA

DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA MENORES:

- Doc. nº 1: Solicitud cumplimentada, (se adjunta modelo de solicitud)

- Doc. nº 2: Copia del DNI de padre/madre.

- Doc. nº 3: Copia del DNI del/ la menor en caso de tenerlo.

- Doc. nº 4: Copia del libro de familia.

- Doc. nº 5: Copia de la tarjeta sanitaria del tutor o tutora del/la menor.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA ADULTOS:

- Doc. nº 1: Solicitud cumplimentada, (se adjunta modelo de solicitud)

- Doc. nº 2: Copia del DNI (no es necesario que tenga nombre y género sentido)

Debe considerarse que el 23 de octubre de 2018, el BOE publicó la Instrucción de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre **cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales** que permite el cambio de nombre en el Registro Civil (incluyendo menores).