

**Consideraciones Técnicas Operativas
para el abordaje de la
Terapia Hormonal en Personas Trans Adultas**

Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales



Jefaturas Ministerio de Salud

Bernardo Martorell Guerra Subsecretario de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	Andrea Albagli Iruretagoyena Subsecretaria de Salud Pública Ministerio de Salud
---	--

Responsables Técnicos Ministerio de Salud

María Soledad Martínez Gutiérrez Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Andrea Solís Aguirre Jefa División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Paula Araya Ibáñez Jefa Departamento de Derechos Humanos y Género Gabinete Ministra Ministerio de Salud	Susana Fuentealba Cofré Jefa Departamento Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Margarita Ramos Martínez Jefa Departamento Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	

Edición general

Maria José Oyarzún Isamitt Profesional (2022-2024) Departamento Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Víctor Arancibia Vergara Profesional Departamento Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Rodrigo Neira Contreras Profesional Departamento Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	

Profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Elisa Sepúlveda Alvarado Profesional (2022-2024) Departamento GES y Redes Complejas División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud	Vivian González Pellegrino Profesional Asesora de Género Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Gisela Acosta Poqué Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud	Anamari Avendaño Arechavala Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud
Carla Retamales Ponce Profesional Departamento GES y Redes Complejas División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud	Solange Burgos Estrada Profesional Departamento GES y Redes Complejas División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud
Damaris Meza Lorca Profesional Departamento de Gestión del Cuidado División de Atención Primaria Ministerio de Salud	Juan Herrera Burott Profesional Departamento de Gestión del Cuidado División de Atención Primaria Ministerio de Salud
Sebastián Cortés Moreno Profesional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Ministerio de Salud	

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

Carolina Orellana Campos Profesional Departamento Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Felipe Peña Quintanilla Profesional Departamento Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud
Gonzalo Rubio Schweizer Profesional Departamento Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Ximena Luengo Charath Profesional Asesora coordinadora Oficina de Bioética Gabinete Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud
María Eugenia Arzola Röber Profesional Oficina de Bioética Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Paula Maureira Martínez Profesional Departamento Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud
Alberto Inzulza Galdames Profesional Gabinete Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	

Profesionales del Gabinete Ministerial

Cynthia Aránguiz Castro Profesional Departamento de Derechos Humanos y Género Gabinete Ministra Ministerio de Salud	María Ignacia Rojas Puga Profesional Departamento de Derechos Humanos y Género Gabinete Ministra Ministerio de Salud
---	--

Participantes expertos por formación

Cecilia Pereira Rico Endocrinóloga, Hospital San Juan de Dios, Santiago.	Cristina Muela Bugueño Coordinadora Atención de Salud Trans, Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.
Antonio Zapata Pizarro Endocrinólogo, Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.	Andrea Von Hoveling Schindler Ginecóloga, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Santiago.
Felipe González Díaz Médico, Profesional División de Gestión de la Red Asistencial periodo 2022-2024.	Arlette Aduy Eberos Ginecóloga, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago.
Paulina Troncoso Espinoza Ginecóloga, Complejo Asistencial Padre Las Casas, Araucanía.	

Revisores Sociedad Civil

Mat. Claudia Ancapán Quilape	Ps. Leonel Catoni Alzamora
Gabriela Ahumada Castaneda	Lorenza Quezada Mendoza
Nut. Mireya Fernández Reta	Ps. Miguel Roselló Peñaloza
Makarena Salles Contreras	Mat. Astrid Arriagada Ramírez

Contenido

Presentación	9
Uso del Lenguaje	11
Glosario.....	11
Introducción	12
Objetivos.....	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Aplicabilidad	14
Características socio-epidemiológicas de la población.	14
1. Descripción del proceso de atención para terapia hormonal en personas trans adultas. 15	
Sobre el proceso clínico y administrativo.....	15
Conformación y Desarrollo de los Equipos.....	16
Sobre el uso de codificación taxonómica para personal de salud.	17
Sobre la Evaluación Médica Integral en personas trans adultas.....	18
Sobre el consentimiento informado.....	19
Entrega de información y apoyo a la toma de decisiones	20
Firma, registro y resguardo	21
2. Sobre Salud Sexual y Reproductiva	21
Consejería anticonceptiva en personas con uso de testosterona	22
Consejería anticonceptiva en personas trans con uso de estrógeno.....	26
Preservación de fertilidad	26
3. Consideraciones de Salud Mental.....	27
4. Salud Cardiovascular	29
Consideraciones para los equipos de salud en la valoración del riesgo cardiovascular	30
5. Sobre la Prescripción de Terapia Hormonal Género Afirmativa.....	31

A.	Modificación de riesgos para inicio de terapia hormonal género afirmativa en personas adultas:.....	31
	Contraindicaciones y modificaciones de riesgo para la THGA	31
	Riesgos de la THGA	32
B.	Exámenes de laboratorio iniciales y durante el seguimiento	33
C.	Regímenes hormonales	34
	Regímenes para THGA con estrógenos	35
	Estrógeno	35
	Progestágenos.....	36
	Regímenes para THGA con testosterona	38
	Testosterona	38
	Otros medicamentos para manejo de flujo menstrual	38
	Metas Terapéuticas	39
	Consideraciones en personas trans mayores.....	39
	THGA con testosterona en personas mayores	40
	THGA con estrógeno en personas mayores	40
	Seguimiento clínico para prevenir eventos adversos y evaluación de la THGA.....	40
	Interacciones farmacológicas de la THGA	42
6.	Proceso administrativo de la atención.....	43
	REFERENCIAS	48
	ANEXOS.....	57
	Anexo 1. Efectos físicos esperados tras el inicio de terapia hormonal género afirmativa (THGA)	57
	Anexo 2.A Flujograma del proceso de atención.....	60
	Anexo 2.B. Ficha del Proceso Administrativo de la Atención.....	61
	Anexo 3 Consentimiento Informado y Documento Informativo de Apoyo para terapia hormonal género afirmativa con estrógenos.....	66

Anexo 3 A Consentimiento informado para terapia hormonal género afirmativa con estrógenos	66
Anexo 3B Documento Informativo sobre efectos esperables, adversos y contraindicaciones del uso de la terapia hormonal género afirmativa con estrógenos	68
Anexo 4 Consentimiento informado y Documento Informativo de Apoyo para terapia hormonal género afirmativa con testosterona	72
Anexo 4 A Consentimiento informado para terapia hormonal género afirmativa con testosterona	72
Anexo 5. Plan de Cuidado Integral	78

Presentación

La Convención Interamericana de Derechos Humanos indica en su Informe 2020 que las personas trans y de género diverso ven severamente limitado el goce de su derecho a la salud, principalmente, como consecuencia de la patologización de sus identidades por la falta de reconocimiento a su identidad de género y a los altos niveles de violencia y discriminación que sufren al buscar atención y cuidados médicos (CIDH, 2020).

En nuestra sociedad, similar al panorama mundial, las personas trans y de género diverso, suelen experimentar barreras en el acceso a derechos como salud, educación, trabajo y vivienda, además de verse expuestas a situaciones de discriminación y violencia durante todo el ciclo vital, con potenciales consecuencias nocivas para la salud. Una de las estrategias para reducir estas barreras de acceso y sus consecuencias, es dirigir la oferta de prestaciones de salud hacia las necesidades específicas de esta población, incorporando atención de salud bajo un enfoque no patologizante de su identidad y expresión en el marco de los Derechos Humanos.

Un avance en este sentido fue la promulgación de la Ley 21.120 de 2018, la que introdujo importantes modificaciones en el marco legal para el reconocimiento del derecho a la identidad de género, estableciendo nuevos deberes para diversos organismos del Estado, incluido el Ministerio de Salud. Esta normativa consagra el principio de la no patologización, que reconoce el derecho de las personas trans a no ser tratadas como enfermas debido a su identidad de género. Además, incorpora el principio de la no discriminación arbitraria y el principio de la dignidad en el trato, los cuales garantizan que toda persona, independientemente de su identidad de género, reciba un trato respetuoso en el contexto de su atención de salud.

El presente documento “Consideraciones Técnicas Operativas para el abordaje de la Terapia Hormonal en Personas Trans Adultas” busca constituir un avance en la estandarización de este proceso clínico y administrativo. Por esta razón, identifica consideraciones a tomar en cuenta para la indicación de tratamiento hormonal para las personas adultas trans y género diverso que así lo deseen, elaboradas con la evidencia científica disponible desde un enfoque de derechos. En este contexto, no se han realizado recomendaciones o lineamientos, dado que la identidad trans o género diverso no constituye una patología y por ende no requiere necesariamente de un tratamiento médico. Además, el uso del tratamiento hormonal se utiliza para la adecuación corporal, y en vista que no todas las personas trans y género diverso buscan esta adecuación, el uso de tratamiento hormonal no se considera una respuesta clínica

estándar, sino que su indicación es totalmente contingente al deseo de la persona de recibir esta terapia.

ANDREA ALBAGLI IRURETAGOYENA

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

BERNARDO MARTORELL GUERRA

SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Uso del Lenguaje

El Ministerio de Salud reconoce la importancia de utilizar un lenguaje que no reproduzca esquemas discriminatorios y comparte el derecho a la autodeterminación.

Glosario

APS: Atención Primaria de Salud.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

FSH: Hormona Folículo Estimulante.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

LH: Hormona Luteinizante.

MAC: Método Anticonceptivo.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OA: Orden de Atención.

PAE: Píldora Anticonceptiva de Emergencia.

PAIG: Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género.

PCI: Plan de Cuidados Integrales.

RCE: Registro Clínico Electrónico.

SIC: Solicitud de Interconsulta.

SIU: Sistema Intrauterino.

TRA: Terapia de Reproducción Asistida.

TH: Terapia Hormonal

THGA: Terapia Hormonal Género Afirmativa

WPATH: Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (en inglés, *“World Professional Association for Transgender Health”*)

Introducción

Las barreras experimentadas por las personas trans y de género diverso están ampliamente documentadas en la literatura; estigma, prejuicio, discriminación, acoso, abuso y violencia a lo largo de la mayoría del ciclo vital a raíz de la identidad de género vivida y su socialización. Estas experiencias adversas pueden conducir al deterioro en la salud física y mental, llegando incluso a causar la muerte. En la última versión de la guía clínica de atención en salud dirigida por la *Asociación Mundial para la Salud Transgénero* (WPATH, por sus siglas en inglés) del año 2022, se describen en términos específicos las vivencias que experimenta esta población y se destaca su impacto en la salud global y específica. Estas experiencias no sólo están enmarcadas en el ámbito social/contextual, sino también estas experiencias o vivencias, así como la anticipación o el temor a enfrentarlas, generan lo que Meyer (Meyer, 2003) ha denominado el estrés de minoría, un fenómeno vivencial que se asocia a peores resultados en Salud. La falta de una atención sanitaria adecuada agrava los retos a los que se enfrentan muchas personas trans y género diverso en términos de salud y bienestar (United Nations, 2012).

Dentro de las atenciones médicas específicas que pueden ser solicitadas por personas trans y género diverso, sólo se considera la evaluación y prescripción de hormonas cuando la persona requiere de una adecuación corporal, desde ahora mencionada como “Terapia Hormonal Género Afirmativa (THGA)”, la que es de exclusiva facultad del actuar médico, y que será el objeto de estas consideraciones.

Las intervenciones médicas como la THGA en personas adultas que la soliciten tiene beneficios en la calidad de vida y el bienestar de las personas trans y de género diverso, cuando estos tratamientos se indican correctamente y se llevan a cabo de acuerdo con los Estándares de Cuidado (Coleman, 2022)¹.

Del universo de personas trans y de género diverso que han sido usuarias de THGA, cerca del 80% logra insertarse a la vida laboral mejorando su calidad de vida, y un 72% mejora la función sexual (Bockting, y otros, 2016; Murad, y otros, 2010; Nobili, Glazebrook, & Arcelus, 2018). Asimismo, en diversos estudios se ha observado una disminución de síntomas depresivos en seguimientos de 3, 6, 12 y 24 meses (Nguyen HB et al., 2018). Esto es similar a lo encontrado en relación con síntomas ansiosos, con una disminución de la respuesta de cortisol al despertar y el estrés percibido en seguimiento de 12 meses (Colizzi M et al., 2013), disminución de los problemas con la socialización y una mejora en el funcionamiento interpersonal en personas mayores transfemeninas que han recibido esta terapia (Bouman

¹ Los estándares de cuidados considerados son: enfoque multidisciplinario, cuidado basado en evidencia, atención integral y adaptabilidad.

WP et al.2016). Además, se ha encontrado una marcada reducción de dificultades en mediciones generales de salud mental, incluyendo ajuste psicológico general y síntomas psiquiátricos (Nguyen HB et al ,2018).

El presente documento, busca entregar consideraciones clínicas y administrativas para la prestación de THGA para personas trans adultas, en la Red Asistencial de Chile. Esto se enmarca en la Ley N°21.120, la “que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género”, cuyos principios orientadores promueven la validación y respeto por la Identidad de género, favoreciendo contextos sociales y de atención en salud que validen la experiencia.

Por otro lado, en la Ley N°20.584 “que regula derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”, se establecen criterios de calidad y seguridad.

Para la elaboración de este documento, se constituyó un panel de expertos y expertas compuesto por profesionales de la salud con trayectoria y formación en la temática, y en representación de los establecimientos de salud del país con alto avance clínico en atenciones específicas para personas trans adultas. El trabajo de este panel se basó en el documento “8° Versión de las Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género”, de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), y las “Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guidelines” de Endocrine Society (2017).

Objetivos

Objetivo general

Establecer consideraciones técnicas para la indicación y seguimiento de la terapia hormonal en personas trans y de género diverso adultas, en los Hospitales Públicos de la Red Asistencial de Chile.

Objetivos específicos

1. Definir el proceso de atención clínico y administrativo de la terapia hormonal para personas trans y de género diverso, adultas, a realizarse en los Hospitales Públicos de la Red Asistencial del país.
2. Describir consideraciones para la prescripción e indicación farmacológica en la terapia hormonal para personas trans adultas.
3. Proveer información basada en la evidencia sobre efectos esperados, efectos secundarios y contraindicaciones de la terapia hormonal en personas trans adultas
4. Releva la importancia del diseño e implementación del proceso de referencia y contrarreferencia para las solicitudes de terapia hormonal para personas trans y de género diverso, adultas, para asegurar la continuidad de la atención de las personas.

Aplicabilidad

Este documento está dirigido a profesionales del equipo de salud de los hospitales públicos del país, que realizan atención clínica y acompañamiento en terapia hormonal para personas trans y de género diverso, adultas, y al personal técnico y administrativo de las unidades en donde estará alojada la prestación. También se aplica como documento de consulta para equipos de Atención Primaria de Salud (APS), a fin de entender el proceso y potencialmente acompañar y derivar adecuadamente a personas adultas beneficiarias de la terapia hormonal en la lógica de la continuidad de los cuidados.

Características socio-epidemiológicas de la población.

En los diferentes sistemas de salud, cuantificar la población de personas trans y de género diverso para poder asignar recursos de manera eficiente y responsable, es un desafío. En Estados Unidos, se estima la población trans en un 0,5% del total de la población (Blosnich, y otros, 2013; Crissman, Berger, Graham, & Dalton, 2017).

En nuestro país, se estima que la población trans es un 0,8% de la población de 18 años y más, mientras la población no binaria representa un 0,2% de la población de 18 años y más, de acuerdo con los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Género (ENSSEX 2022-2023). En personas entre 18 y 29 años alcanza 1,0% (población trans) y 0,7% (población no binaria). En ambas categorías – personas trans y personas no binarias – es mayor la proporción de personas con sexo asignado al nacer hombre, en comparación con aquellas personas con sexo asignado al nacer mujer. La población potencialmente beneficiaria para terapia hormonal género afirmativa en adultos, se estima en 109.333 personas trans y 30.392 personas no binarias de 18 años y más (Ministerio de Salud, 2022). Esta estimación, en números absolutos, es relevante para la planificación de recursos potencialmente requeridos para la atención de personas, pero no para establecer indicadores de cobertura dado que no todas las personas trans o no binarias, desean o requieren intervenciones de adecuación corporal. De esta estimación poblacional solo un porcentaje va a requerir prescripción médica de hormonas.

Actualmente en Chile, el 47,8% de las personas trans y de género diverso que han utilizado hormonas en este contexto, reportó obtenerlas de fuentes informales (por ejemplo: amistades, mercado no regularizado o compra fuera del país) y, generalmente, asociadas a la automedicación (Barrientos Delgado et al., 2021). Esto pone en riesgo potencial su salud y bienestar, por lo que es necesario la prescripción médica formal dentro de un abordaje de las necesidades de manera integral basado en la mejor evidencia disponible.

1. Descripción del proceso de atención para terapia hormonal en personas trans adultas.

Sobre el proceso clínico y administrativo.

Este proceso es una parte de los cuidados clínicos de alta calidad que son esenciales para proporcionar servicios de salud adecuados a la necesidad de las personas. En este contexto es importante precisar que, si bien la prescripción hormonal es un hito importante, este proceso incorpora todos los subprocesos que desarrollan la atención de la persona, iniciado en la recepción o generación de Orden de Atención (OA)/ solicitud de interconsulta (SIC) hasta el alta con su correspondiente contrarreferencia.

Conformación y Desarrollo de los Equipos

Se sugiere que los equipos de salud estén constituidos de manera interdisciplinaria (profesionales médicos y no médicos), y que sus integrantes tengan con al menos 1 año de experiencia en trabajo con personas trans y de género diverso y estén capacitadas en estas materias. Además, los equipos de salud deben adscribirse a las capacitaciones que sean impartidas por el Ministerio de Salud, con la finalidad de generar una base de conocimientos homologables para un desempeño adecuado (Rukadikar et al., 2022; Aldridge et al. 2021; Caulfield et al., 2015-2016).

Consideraciones sobre conformación de los equipos clínicos y apoyo psicosocial para THGA:

1. Que el/la profesional no médico/a cuente con experiencia y competencias en temáticas de salud sexual y reproductiva.
2. Que el/la profesional de área psicosocial sea psicólogo/a, trabajador/a social u otro profesional que cuente con capacidad para responder a las posibles necesidades psicosociales.
3. Que el/la profesional médico/a, a cargo de la atención clínica y la prescripción de la terapia hormonal sea especialista en endocrinología, medicina familiar, medicina interna o ginecología adulto, según la oferta asistencial y disponibilidad del recurso en el establecimiento de salud.

Los equipos de salud de atención secundaria deben documentar la formación propia según las consideraciones citadas y/o deberán participar de los espacios de formación y certificación que se pudieran impartir a nivel ministerial como formación continua.

Se espera conformar una red con sistemas de comunicación directa, clara y coordinada con equipos y/o profesionales de otras unidades de atención, ya sea internas o externas al establecimiento de salud, presenciales o remotas, con competencias en salud trans, para el abordaje integral de los procesos de salud.

En cuanto al flujo y proceso, revisar los Anexos 2A y 2B de este documento.

Indicaciones para los equipos de salud de los distintos niveles de atención que realizan prestaciones a personas adultas trans y de género diverso.

Proporcionar un enfoque integral centrado en la persona y en el contexto de las personas trans y género diverso que buscan atención de salud.

Evaluar situaciones de salud que puedan ocurrir de manera concomitante y dar una mirada amplia a las problemáticas que puedan presentar.

Asegurar que todas las personas puedan expresar sus preferencias sobre cómo desean ser nombradas, referidas en pronombre, asegurando que éstas sean respetadas en los registros clínicos y administrativos de los sistemas informáticos de los establecimientos.

Proporcionar una orientación adecuada a las personas que presenten Discordancia de Género (para más información ver en sección de “Consideraciones de Salud Mental”) junto con otros problemas sociales o médicos. Esto puede incluir la derivación a servicios de salud mental o la colaboración con equipos que brinden atención y protección social en conjunto con otras necesidades como salud sexual y reproductiva. Realizar las acciones necesarias para dar respuestas según la realidad local.

Reconocer que los miembros de la familia de una persona que experimenta discordancia de género también pueden enfrentar desafíos significativos y requerir de servicios de apoyo adicionales cuando sea apropiado.

Actualizar los protocolos de atención local, considerando la inclusión de las suscritas consideraciones

Adaptación de RCGP, 2024. (Royal College of General Practitioners. RCGP position statement, 2024 update. (2024) **Transgender care.** <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care>)

Sobre el uso de codificación taxonómica para personal de salud.

En diversos sistemas de salud, incluidos el nuestro, el uso de taxonomías para codificar ciertos diagnósticos con la finalidad de poder hacer seguimiento epidemiológico de la población y una gestión asociada a esos diagnósticos lleva a intentar homogenizar las codificaciones utilizadas, pudiendo así obtener bases de datos confiables y separadas según prestaciones y población atendida (Coleman, 2022). En Chile, el sistema de Clasificación Estadística vigente y utilizado desde 1997 por el sistema de salud es la CIE-10. Esta codificación menciona las identidades trans como una patología en su apartado de “*trastornos mentales y del comportamiento*” con el código F64-Trastornos de la identidad de género, lo que supone una serie de cuestionamientos sobre los DDHH y aspectos éticos sobre las identidades trans. (Drescher et al., 2012). Por esto, la actual CIE-11 (2022) supone un avance acorde a la evidencia y estándares en derecho, ya que separa las identidades trans de una patología y la posiciona en apartado de “*Condiciones relacionadas con la Salud Sexual*”, especificando nuevos conceptos que pretenden ser menos estigmatizante como es la Discordancia de género (“HA60 Discordancia de género en la adolescencia o adultez”).

Sin embargo, dado que la actualización en la implementación de la codificación en los sistemas de salud son procesos de larga data, en nuestro sistema continuaremos usando, por el momento, la CIE-10, por lo que se sugiere lo siguiente:

- Usar la codificación con pertinencia a la necesidad presentada por la persona o situación de salud por la cual la persona acude y, considerar que las identidades trans no son un diagnóstico médico, por tanto, reforzar la sugerencia de la norma ministerial vigente (Ministerio de Salud, 2023) para incorporación de “Identidad de Género-Identidad de Género Trans” como elemento trazador epidemiológico.
- Para la codificación de prestación de terapia hormonal: No se recomienda la Codificación CIE 10- “F64” por las razones presentadas previamente y se indica ocupar codificación de la Serie Z, Z65 “Problemas relacionado con otras circunstancias psicosociales” como trazador para efectos de referencia y contrarreferencia.
- Una vez implementado la CIE-11 se deberá usar para consultas relacionadas a THGA la codificación HA60 descrita previamente.
- Se sugiere dejar constancia y conversar los actos de codificación con el consultante como elemento que promueve claridad y favorece la comunicación equipo médico-consultante.

Sobre la Evaluación Médica Integral en personas trans adultas.

La evaluación integral en personas trans adultas es un acto sistematizado y bien documentado con un enfoque no patologizante, no coercitivo, no impositivo, no estigmatizante y que favorece el proceso de identificación. Esta evaluación incluye las siguientes consideraciones:

- a. La evaluación médica integral incluye una recopilación de historia clínica detallada junto con abordaje y entendimiento de las necesidades en salud de las personas trans, las que pueden incluir terapia hormonal. En este caso se debe indagar sobre las expectativas de la persona en torno a la terapia hormonal y cómo esto se relaciona con su afirmación de género, con la finalidad de determinar si las necesidades pueden resolverse mediante la atención médica y la prescripción de THGA.
- b. En caso de que la terapia hormonal sea una opción para la persona, se debe documentar que exista Discordancia de Género (CIE-11, OMS,2023) según lo descrito en la CIE-11, así como la mantención del patrón de Discordancia de Género marcada y mantenida en el tiempo. Además, es necesario que la persona usuaria tenga conocimiento y haya comprendido en qué consiste el proceso de prescripción de terapia hormonal y sus efectos potenciales.

- c. En caso de identificarse inquietudes o indicios de alteraciones en la salud mental, estas deben ser evaluadas durante la consulta, incorporadas en el Plan de Cuidados Integrales (PCI) y/o derivadas a la especialidad correspondiente, según criterio clínico.
- d. Se deben abordar temáticas relacionadas con salud sexual y reproductiva y dar respuestas a estas inquietudes.
- e. La evaluación médica integral de riesgos constituye un pilar fundamental en el proceso clínico, debiendo abarcar no solo el análisis de factores cardiovasculares (p. ej., perfil lipídico, presión arterial, antecedentes de trombosis), sino también la valoración de otros sistemas potencialmente impactados (metabólico, óseo, hepático). Esta aproximación debe basarse en un enfoque personalizado, considerando variables individuales como edad, comorbilidades preexistentes, hábitos de vida y antecedentes familiares, así como los objetivos terapéuticos del paciente.
- f. Se recomienda integrar protocolos estandarizados que permitan estratificar riesgos, identificar modificadores prevenibles (p. ej., sedentarismo, tabaquismo) y establecer parámetros de monitorización continua durante el tratamiento. La comunicación clara de estos hallazgos —incluyendo probabilidades, implicancias a largo plazo y estrategias de mitigación— es esencial para facilitar decisiones informadas, alineadas con el principio de autonomía progresiva y el modelo de atención centrado en la persona.

Todo lo anterior tiene que estar sustentado en una óptima relación equipo de salud-consultante, que favorece y mejora los resultados en salud y disminuye el malestar emocional (Kattari & Hasche, 2016), y debe quedar contenido en el Plan de Cuidado Integral (anexo 5).

Sobre el consentimiento informado

La terapia hormonal para personas trans adultas suele conducir a cambios físicos con mayor o menor grado de reversibilidad, por lo tanto, la prescripción médica se hará efectiva únicamente tras un proceso de consentimiento informado cuya realización y responsabilidad es del médico/a que la prescribe. El equipo de salud contribuye a este proceso entregando información. El proceso culmina con la firma de un formulario de consentimiento por parte de la persona usuaria (Anexo 3A o Anexo 4A). Para que la firma sea válida, el equipo clínico debe haber realizado las acciones correspondientes a la entrega de información, su respaldo de registro en la RCE y apoyo a la toma de decisiones, todo según lo dispuesto en la Ley 20.584.

Entrega de información y apoyo a la toma de decisiones

El proceso de entrega de información puede tomar tiempo y debe realizarse utilizando un lenguaje sencillo y de fácil comprensión para las personas que reciben la información, evitando un enfoque paternalista y/o patologizante de la diversidad de género, y respetando la dignidad de la persona en todo momento, otorgando la posibilidad de realizar consultas y respondiendo las dudas o preocupaciones que puedan surgir durante el proceso. Es posible que la persona usuaria requiera de un tiempo mayor para el análisis de la información entregada, para conversarla con familiares u otras personas significativas, o para regresar con nuevas consultas al equipo tratante.

Se debe entregar a la persona usuaria información relevante y veraz sobre los riesgos, beneficios y alternativas a la terapia hormonal, de manera clara y adaptada a las necesidades y el ritmo de cada persona, para lograr una adecuada comprensión del procedimiento terapéutico.

Los apoyos para la toma de decisión podrán ser desplegados durante todo el período de entrega de información, cuando la persona requiera ajustes razonables para la adecuada comprensión. Algunas estrategias para el apoyo en la toma de decisiones pueden ser:

- Presencia de un familiar u otra persona que facilite la comprensión de la información entregada.
- Facilitadores interculturales.
- Intérpretes de lengua de señas para personas sordas.
- Otras prestaciones, según los recursos del servicio y las necesidades de las personas usuarias.

El diagnóstico de una enfermedad de salud mental o física no determina la presencia o la ausencia de la capacidad para decidir un tratamiento. Sin embargo, frente a cuadros agudos de una enfermedad física o mental, esta capacidad puede verse limitada temporalmente, situación que se revertirá con el abordaje del cuadro que la origina.

En aquellos casos en que el equipo de salud haya estimado fundadamente que la persona no tiene la capacidad de consentir, y en los casos en que el equipo tenga dudas a ese respecto, se debe reforzar la entrega de información e implementar nuevas estrategias de apoyo. Para muchas personas, la dificultad para comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento en particular puede superarse con tiempo, con apoyos y con una explicación cuidadosa. Una vez implementados estos apoyos, el equipo de salud podrá revalorar la capacidad de la persona de consentir en la terapia hormonal.

Firma, registro y resguardo

El proceso de consentimiento informado realizado debe garantizar y consignar que se ha proporcionado la información completa sobre la Terapia Hormonal Género Afirmativa en el marco del cumplimiento de la Ley N°20.584.

Cada establecimiento debe contar con un formulario escrito de consentimiento informado exclusivo para estos efectos, confeccionado en un lenguaje sencillo, de fácil comprensión y de lectura accesible, que debe contener un resumen de la información relevante del procedimiento, los beneficios esperados y los riesgos asociados al tratamiento. (Ver Anexos 3A y 4A).

El equipo de salud que implementará la terapia hormonal deberá documentar el consentimiento en la ficha clínica oficial de la persona usuaria, en el establecimiento donde se atiende, en papel o electrónica.

2. Sobre Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual, el ciclo menstrual, la anticoncepción, la fertilidad, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el placer sexual, suelen ser preocupaciones relevantes en la población en general. Pese a esto, la información que reciben al respecto las personas trans y de género diverso por parte de sus prestadores de salud suele ser significativamente menor que la aportada a la población cisgénero (Riskind, Tornello, Younger, & Patterson, 2014; Schwartz, Russell, & Gray, 2019; Lawlis, Donkin, Bates, Britto, & Conard, 2017).

Se requieren habilidades de entrevista que permitan realizar anamnesis y consejería de manera respetuosa y abierta, sin asumir orientación sexual, afectiva, prácticas sexuales, identidad ni expresión de género, con el objetivo de no cometer discriminación de ningún tipo (Krempasky, Harris, Abern, & Grimstad, 2020). Cada persona debe recibir información completa y no sesgada respecto a su salud sexual y reproductiva, incluyendo información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y la prevención de gestaciones no deseadas.

Antes de la prescripción de Terapia Hormonal, las personas deben recibir consejería sobre los cambios reversibles e irreversibles que pueden ocurrir durante estos procesos, incluido el riesgo de embarazo, las dificultades que puede haber en relación con la fertilidad, la preservación de ésta, y la anticoncepción (Macini, Alvisi, Gava, Seracchioli, & Meriggiola, 2021), pues si bien la terapia hormonal induce cambios fenotípicos y reproductivos en su mayoría reversibles, existe evidencia suficiente de que, ya sea con testosterona o

estrógeno, se suprime parcial, pero, no completamente la función gonadal (Light, Wang, Zeymo, & Gomez-Lobo, 2018; Schneider, Kliesch, Schlatt, & Neuhaus, 2017).

Consejería anticonceptiva en personas con uso de testosterona

La terapia hormonal para personas trans adultas, induce una retroalimentación negativa en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal a la función ovárica, con una subsecuente disminución de la concentración de hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), aunque sin abolirlas totalmente. Los niveles de estradiol sérico no suprimidos completamente por la testosterona exógena, podrían sugerir actividad ovárica residual, además de la aromatización periférica. Por otra parte, la testosterona también puede afectar el endometrio, presentando efectos descritos desde la atrofia hasta la hiperplasia endometrial.

Las personas con THGA con testosterona suelen presentar amenorrea dentro de los primeros 6 meses, lo que puede dar una falsa seguridad respecto a la no necesidad de métodos anticonceptivos. Existen reportes de gestaciones en personas utilizando terapia con testosterona y estando en amenorrea, lo que demuestra que la testosterona no es un anticonceptivo, dado que no inhibe sostenidamente la ovulación.

Asimismo, en contexto del efecto teratogénico de la testosterona (Pfizer, 2023) y dada la posibilidad de eventos ovulatorios, se debe aconsejar el uso de un método anticonceptivo confiable a quienes inician terapia hormonal género afirmativa en adultos, que presentan capacidad de gestar, y que tienen prácticas sexuales que tienen riesgo de gestación (Patel & Rivkees, 2010; Wolf, Hotchkiss, Ostby, LeBlanc, & Earl Grays Jr, 2002). Se debe entregar información sobre los distintos tipos de métodos (hormonales y no hormonales, mecanismo de acción, eficacia, efectos secundarios y contraindicaciones), para que la persona decida un método según sus preferencias y objetivos personales. Al respecto, existen los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Control Disease Center (CDC) sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos (MAC), los que, si bien no han incluido el uso en personas usuarias de terapia hormonal con testosterona, tampoco han reportado interacciones medicamentosas con esta hormona, por lo que deben evaluarse las indicaciones de testosterona y de anticoncepción indistintamente (Bonnington, y otros, 2020).

Por otro lado, la menstruación suele asociarse con ansiedad o malestar en personas trans y no binarias con sexo biológico femenino al nacer (Hewitt, y otros, 2012; Spack, y otros, 2012), por lo que sería recomendable, si existe ese malestar en relación con la menstruación, sugerir dentro de la consejería sugerir la utilización de un anticonceptivo que tenga como efecto secundario la supresión menstrual.

Los métodos anticonceptivos (MAC) se pueden clasificar según su efectividad (Tabla 1). Debe entregarse la completa información de la tasa de falla de cada método anticonceptivo, y recomendarse acompañarlos con un método de barrera para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Tabla 1: Efectividad y ejemplos de MAC			
	Muy Efectivos	Efectivos	Menos efectivos
Tasa de falla	Menos de 1 embarazo por cada 100 personas/año	6-12 embarazos por cada 100 personas/año	Mayor de 18 embarazos por cada 100 personas/año
Tipo de MAC	Dispositivos Intrauterinos (DIUs) e implantes subcutáneos	Métodos hormonales de corta acción con distintas vías de administración (oral, transdérmica, vaginal, inyectable)	Métodos de barrera (Condón externo e interno) y coito interruptus, método sintotérmico

Adaptada de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, MINSAL, 2016.

En relación con el perfil de seguridad, de acuerdo con la evaluación personalizada y según los riesgos detectados, se deben usar los *criterios de elegibilidad* que clasifican los métodos en 4 categorías (Tabla 2).

Tabla 2: Criterios de elegibilidad de OMS	
Categoría	Condición
1	No hay restricción para el uso del MAC
2	Las ventajas del MAC superan los riesgos teóricos o probados
3	Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del MAC
4	Representa un riesgo de salud inadmisibles si se usa el MAC

Adaptada de Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, MINSAL, 2016.

Los MAC hormonales se clasifican en combinados (estrógenos con progestina) o sólo progestinas. En relación con los MAC combinados (píldora, parche, anillo, inyectable mensual), al contener estrógeno existe preocupación respecto al aumento de riesgo trombótico y al eventual impacto sobre la terapia hormonal con testosterona. Teóricamente, estos MAC podrían aumentar la globulina transportadora de hormonas

sexuales (SHBG) y disminuir la concentración de testosterona libre. Debido a esto se prefiere utilizar los métodos sólo con progestina (Tabla 3), los que además de ser anticonceptivos, pueden producir supresión menstrual.

Tabla 3: Recomendación de anticoncepción sólo con progestinas		
Método	Tasa de falla en mujeres cisgénero	Características y modo de uso
Implante con etonorgestrel (3 años) o con levonorgestrel (5 años)	0.05%	Disminuye flujo menstrual, puede producir sangrado irregular. Es probable que en personas en terapia con testosterona usuarias de implantes se mantenga la amenorrea.
Sistema intrauterino con levonorgestrel (SIU)	0.02%	Hay distintas dosis de levonorgestrel: 52 mg (8 años de efectividad) y 19.5 mg (5 años de efectividad). Requiere examen genital interno y uso de instrumentos para su inserción y extracción, lo que puede representar una barrera de acceso para la persona. En caso de solicitarlo y estar en terapia con testosterona, y dada la atrofia vaginal, es recomendable tratar con estrógeno tópico previo a la inserción.
Inyectable trimestral	6%	Medroxiprogesterona de depósito (DMPA) administración intramuscular (150 mg) y subcutánea (104 mg)
Píldora sólo de progestina (POP)	9%	Levonorgestrel, desogestrel, drospirinona, toma diaria y continua. (La drospirenona es antiandrogénica y antiminerlocorticoide).
Anticoncepción de emergencia (AE) - Píldora de anticoncepción de emergencia (PAE)	PAE 0.3 a 2.6%	La PAE es 1.5 mg de levonorgestrel en dosis única. Puede usarse hasta 5 días después del coito no protegido, es más efectiva mientras más pronto se utiliza. Está disponible en APS, los servicios de urgencias en forma gratuita y en las farmacias se vende sin necesidad de receta médica. No tiene contraindicaciones y no debiera alterar su eficacia con el uso de testosterona. En personas con sobrepeso u obesidad aumentar la dosis a 3.0 mg (Haeger, Lamme, & Cleland, 2018).

- Dispositivo Intrauterino T de Cobre (DIU-TCu, MAC no hormonal de este grupo)	DIU TaCu 0.08%	DIU TCu: es la anticoncepción de emergencia más efectiva, la recomendación de la OMS es la inserción dentro de las 120 horas post coito, aunque es efectiva en cualquier momento del ciclo, siempre que se haya descartado gestación (Turok, y otros, 2013).
--	-------------------	--

Los MAC no hormonales disponibles son el DIU-TCu (T de Cobre) y los métodos de barrera. La T de Cobre ofrece una duración efectiva de 10 años y es un método *muy efectivo*, pero que requiere de examen pélvico. Por otro lado, los métodos de barrera pertenecen al grupo de los anticonceptivos *menos efectivos*, pero que permiten un uso totalmente independiente para la persona usuaria.

Los preservativos externos pueden ser de látex o de poliuretano (sin látex), y tienen una falla como anticonceptivo de hasta 18% en mujeres cisgénero. Se aconseja su uso también para prevenir infecciones de transmisión sexual, siempre asociado al uso de lubricantes a base de agua o silicona. Los preservativos internos tienen una tasa de falla como anticonceptivo de un 21%, y al igual que el preservativo externo se aconseja su uso junto a otro MAC para prevenir ITS. Además, este último permite su uso antes del inicio de la actividad sexual y retirar sin apuro después de ésta (Ministerio de Salud, 2016). Finalmente, en la Tabla 4 se resume la necesidad de examen pélvico invasivo², efectos secundarios y eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles.

Tabla 4: Efectos secundarios y eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos recomendados.³

	Examen Pélvico Invasivo	Con Progesterona	Riesgo de spotting	Supresión Menstrual	Dismenorrea	Sensibilidad mamaria	Requiere dosificación frecuente	Eficacia Perfecta / típica
PÍLDORA ANTICONCEPTIVA SÓLO DE PROGESTERONA	No	Si	Bajo	Si	Disminuye	-	Si	99/91
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO	No	Si	Alto	Si	Disminuye	Infrecuente	No	99/94
IMPLANTE	Inserción Subdérmica	Si	Alto	Si	Disminuye	Posible	No	99/99
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): COBRE	Si	No	Bajo	Sangrado más abundante	Aumenta	No	No	99/99

² Se considera examen pélvico invasivo cualquier examen manual y/o instrumental con espéculo que pretenda valorar la integridad de los genitales internos, como cavidad vaginal, cuello uterino y/o anexos. Debe realizarse según necesidad del tratante.

³ Tabla traducida y adaptada de, Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. AJOG, 2020.

DIU: PROGESTERONA	Si	Si	Alto	Si	Aumenta en inserción, luego disminuye con uso	Posible	No	99/99
AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA	No	No	Bajo	Si	Disminuye	-	No	No aprobado como MAC
ESTERILIZACIÓN	Requiere Cirugía	No	No	No	Ninguno	No	No	99/99
DIAFRAGMA	Inserción Frontal	No	No	No	Ninguno	No	No	94/88
CONDÓN: INTERNO	Inserción Frontal	No	No	No	Ninguno	No	n/a	95/79
CONDÓN: EXTERNO	No	No	No	No	Ninguno	No	n/a	98/82
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE): LEVONORGESTREL	No	Si	Si	No	Aumenta, Autolimitante	Posible	n/a	75/89

Consejería anticonceptiva en personas trans con uso de estrógeno

En las personas trans adultas, con uso de TH con estrógenos, se ha documentado disminución de la espermatogénesis y de los parámetros del semen, no llegando a azoospermia completa (WPATH, 2022), por lo que debe considerarse sugerir un método anticonceptivo si existe práctica sexual con posibilidad de gestación. Los MAC disponibles son los métodos de barrera (preservativo externo o interno) y la vasectomía, que se considera un método irreversible.

Preservación de fertilidad

Existe consenso internacional de la necesidad de informar respecto al potencial efecto en la fertilidad con el uso de la terapia hormonal para personas trans adultas y de las opciones existentes para la preservación de esta (WPATH, 2022). El uso de TH para personas trans adultas con estrógeno a largo plazo se asocia a disminución de la espermatogénesis, aunque existen reportes de recuperación al suspender por algunos meses (de Nie, y otros, 2020; Jindarak, y otros, 2018).

De igual forma, no existen estudios que evalúen el efecto a largo plazo de la terapia con testosterona sobre la fertilidad, aunque se ha documentado que las personas en terapia hormonal con testosterona pueden lograr embarazos desde los 4 meses tras suspender la terapia (Light, Wang, Zeymo, & Gomez-Lobo, 2018). Paralelamente, existen recomendaciones para preservar la fertilidad, tanto previas al inicio de la THGA, como que pueden efectuarse durante ésta (para lo cual la terapia hormonal debe suspenderse temporalmente).

Se recomienda que, durante la consejería previa, que los profesionales de salud informen a las personas trans y de género diverso, sobre los posibles efectos irreversibles en la fertilidad asociados a ciertos tratamientos médicos (como la gonadectomía). En este

contexto es fundamental señalar a la persona usuaria, que las opciones potenciales de métodos de preservación de gametos conocidas, explicando sus alcances y limitaciones. Esta orientación debe enfocarse en facilitar una decisión informada y autónoma, invitando a evaluar alternativas o postergar intervenciones si la persona no se siente preparada. Es clave precisar que esta información no implica que dichos servicios de preservación estén garantizados dentro de la Red Pública de Salud en Chile, sino que busca transparentar las opciones existentes.

3. Consideraciones de Salud Mental

Dentro de un abordaje integral de la persona y su salud, es necesario valorar los aspectos psicosociales y de salud mental antes y durante la prescripción de la Terapia Hormonal (ver anexo 5 “Plan de Cuidados Integral”). Los aspectos más relevantes a considerar en el trabajo con las personas trans y de género diverso se describen a continuación:

- Suelen tener mayores problemas de salud mental y física, en comparación con el grupo de personas cisgénero. Muchos se relacionan con factores como la violencia, estigma, peores hábitos en el cuidado de su salud, menor apoyo social, o el uso de procedimientos de salud informales, irregulares, dañinos, sin indicación y/o supervisión del personal de salud (Poteat et al., 2023; Andrzejewski et al., 2020; Barrientos Delgado et al., 2019; Flentje et al., 2022; Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Guzmán-González et al., 2020; Howell & Maguire, 2019; Safer et al., 2016).
- Presentan una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y consumo problemático de sustancias psicoactivas que la población general y, aunque la sintomatología o diagnóstico por sí solo no es una contraindicación para la terapia hormonal, es necesario valorar si ésta es significativa, requiere de atención y no representa una barrera para participar activamente en su PCI.
- Existen situaciones en que la presencia de un trastorno de salud mental agudo y grave puede confundirse con una experiencia de discordancia de género (Organización Mundial de la Salud, 2023). En estas circunstancias excepcionales, por ejemplo, la presencia de síntomas psicóticos o disociativos agudos y graves que interfieren en la experiencia general de identidad de la persona (no solo con relación al género), se recomienda diferir la toma de decisiones hacia el futuro. Es importante considerar que las personas trans y género diverso pueden presentar incongruencia de género y un diagnóstico de salud mental al mismo tiempo, y no hay evidencia que sugiera un beneficio de una dilación arbitraria de la THGA por el solo hecho de tener un diagnóstico de salud mental (Coleman, et al.2022).

- No todas las personas trans y género diverso han tenido, tienen o tendrán disforia de género. El diagnóstico y abordaje de la disforia de género, así como otros diagnósticos de salud mental, es competencia del equipo de salud mental y excede el alcance de este documento. Cuando se sospeche de cualquier problema de salud mental, se debe derivar a la persona usuaria a la red temática para un manejo oportuno y adecuado del mismo.
- No todas las personas trans y género diverso requerirán de terapia de salud mental durante el proceso de desarrollo de su identidad, mientras que algunas sí se beneficiarán de contar con estos servicios (Dhejne, C et al. 2018). La terapia de salud mental no es un requisito para el acceso al THGA, si no que un aporte al desarrollo integral de las personas trans y género diverso en aquellos casos en que es necesaria y beneficiosa.
- Las prácticas llamadas “terapias de conversión” no son una alternativa terapéutica válida para las personas trans y de género diverso. Este tipo de prácticas se basan en la premisa de que la identidad de género es un problema de salud, y que la misma puede o debe modificarse, causando sufrimiento severo, con consecuencias psicológicas y/o físicas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos, 2024)⁴. En Chile, este tipo de intervenciones o métodos se encuentran prohibidos^{5,6}.
- Los procesos terapéuticos en salud mental en un marco de derechos humanos son valiosos. Los equipos deben realizar todos los esfuerzos necesarios para no reproducir esquemas patologizantes, estigmatizantes, discriminatorios, restrictivos, agresivos o violentos hacia las personas trans y de género diverso⁷.
- La terapia hormonal puede mejorar la calidad de vida, y disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa en las personas trans y de género diverso. Este resultado es más probable cuando la persona cuenta con una red de apoyo (familia, amistades y pareja) y un equipo de salud que vela por una atención integral (Aldridge et al., 2021; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Rowniak et al., 2019). La terapia hormonal puede mejorar la calidad de vida, disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa en las

⁴ OHCHR. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos. [citado 13 de mayo de 2024]. Práctica de las llamadas “terapias de conversión” Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/reports/practices-so-called-conversion-therapyreport-independent-expert-protection>

⁵ Ley N°21.331 de 2021. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. 23 de abril de 2021. Diario Oficial de la República de Chile, edición número 42.951.

⁶ Ministerio de Salud. Circular B2 N° Sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental. Subsecretaría de Salud Pública; 2023. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/CIRCULAR-B-2-N%C2%B0-6-Sobre-la-proteccion-de-derechos-en-relacion-con-la-OSIEGen-salud-mental.pdf>

⁷ Circular B2 N° 6 Sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental (2023)

personas trans y de género diverso. Este resultado es más probable cuando la persona cuenta con una red de apoyo (familia, amistades y pareja) y un equipo de salud que vela por una atención integral (Aldridge et al., 2021; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Rowniak et al., 2019).

- Se recomienda que los regímenes de terapia hormonal género afirmativa no se suspendan durante tratamientos psiquiátricos o por el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Actualmente no existe evidencia que indique como rutina el cese de la THGA, y, al mismo tiempo, su mantención es un soporte para la calidad de vida y salud integral de las personas (Coleman, et al. 2022).

4. Salud Cardiovascular

Aun cuando los controles habitualmente se realicen en atención secundaria, todo el equipo de salud deberá conocer los efectos secundarios y riesgos de salud asociados a esta hormonoterapia, con el fin de pesquisarlos tempranamente y disminuir los riesgos de salud cardiovascular asociados, en atenciones de salud de los distintos niveles de atención.

Sobre el uso de THGA en mujeres transgénero, existen numerosos estudios retrospectivos que han evaluado el riesgo de trombosis; los datos varían dependiendo de las características de la población y el tipo de estrógeno utilizado, pero en general los resultados sugieren que aumenta el riesgo de trombosis venosa con ciertos estrógenos, siendo concurrentes los eventos trombóticos en el primer año de terapia (Aday 2018).

El uso de etinil estradiol (EE) oral como estrógeno tiene un efecto negativo en los inhibidores de la coagulación, con efecto protrombótico, aumentando el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (VTE), por esta razón, no se recomienda su uso en personas transgénero y se recomiendan otras formulaciones con estradiol y estradiol valerato y cipionato (Aday 2018).

En la evaluación clínica se debe considerar que variables como la edad (mayores de 40 años), tabaquismo, sedentarismo, obesidad, trastornos trombofílicos y el uso concomitante de progestágenos de tercera generación, pueden aumentar el riesgo cardiovascular (Aday 2018).

En el caso de los hombres transgénero en general el uso de THGA con testosterona es seguro (Aday 2018). El uso de THGA con testosterona tiene riesgo aumentado de policitemia, hematocrito mayor a 50% (Hembree 2017). Los altos niveles de andrógenos estimulan la eritropoyesis, es decir, la producción de glóbulos rojos en la médula ósea. El incremento de los glóbulos rojos en sangre aumenta el riesgo de tromboembolismo,

aunque se ha visto que la administración transdérmica y el ajuste de la dosis puede reducir este riesgo. En cuanto al perfil lipídico, los niveles séricos suprafisiológicos de testosterona podrían alterarlo, a diferencia de administración transdérmica la cual parece ser más neutra (Aday 2018).

Ambas THGA, podrían presentar incrementos de la presión arterial (Aday 2018), mas, existe un riesgo moderado de hipertensión arterial en hombres transgénero con uso de THGA con testosterona (Hembree, y otros,2017). Por esto se sugiere mantener un control frecuente de la presión arterial en pacientes que reciben esta terapia.

Consideraciones para los equipos de salud en la valoración del riesgo cardiovascular

Las siguientes consideraciones a profesionales y equipos de salud se tomaron y adaptaron de los Estándares de Cuidado de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Versión 8):

- Obtener una anamnesis detallada de personas transgénero y de género diverso que incluye el uso pasado y presente de hormonas y/o cirugías gonadales, así como la presencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares como factores de riesgo, con el objetivo de permitir una evaluación periódica del riesgo cardiovascular de acuerdo con las directrices establecidas y utilizadas localmente.
- Evaluar y gestionar la salud cardiovascular en personas transgénero y de género diverso utilizando una evaluación personalizada de los factores de riesgo y métodos de manejo cardiovascular/cerebrovascular.
- Adaptar las calculadoras de riesgo basadas en el sexo, (utilizando las Tablas de Framingham, para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena), a las necesidades de personas transgénero y de género diverso, teniendo en cuenta la duración del uso de hormonas, la dosis, los niveles hormonales séricos (si se cuenta con ellos), edad actual y la edad en la que se inició la terapia hormonal. Se recomienda, para este cálculo, usar el género afirmado para: adultos transgénero con antecedentes de THGA en el inicio de la edad puberal y/o pacientes con antecedente de uso de THGA en dosis excesivamente altas (generalmente sin indicación de especialista).
- El equipo de salud debe ser consciente de las características y limitaciones de la calculadora de riesgos en esta población.
- Asesorar a las personas transgénero y de género diverso sobre su consumo de tabaco y siempre aconsejar la suspensión de tabaco/nicotina y favorecer estilos de vida saludable.

5. Sobre la Prescripción de Terapia Hormonal Género Afirmativa

La TGHA consiste en la administración de medicamentos y/o hormonas, de manera exógena, a través de vía oral, transdérmica o intramuscular. A nivel fisiológico cumpliría dos funciones principales, (1) reducir los niveles de hormonas sexuales endógenas, y (2) reemplazar los niveles de hormonas sexuales endógenas de acuerdo con los potenciales efectos físicos que puedan producir estas hormonas en el cuerpo y permitan generar características físicas que vayan acorde a la identidad de género y expectativas en salud de la persona. (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017).

Por tanto, los objetivos terapéuticos se irán evaluando y ajustando según los resultados serológicos de niveles hormonales, en conjunto con la satisfacción de expectativas en torno a los cambios corporales planteados en un principio.

A. Modificación de riesgos para inicio de terapia hormonal género afirmativa en personas adultas:

Después de haber realizado un proceso exhaustivo de evaluación, se proponen acciones, teniendo como base la toma de decisiones compartidas, que permitan desarrollar un plan que reduzca los riesgos siempre que sea posible, de forma anticipada al inicio de la terapia.

Contraindicaciones y modificaciones de riesgo para la THGA

Existen contraindicaciones absolutas para iniciar una THGA y también condiciones que pueden empeorar con el inicio de ésta (Tabla 5). Para disminuir el riesgo, siempre se deben incentivar estilos de vida saludable, mediante consejerías y acompañamiento en temáticas tales como: la suspensión de tabaco, mantener una alimentación saludable, realizar actividad física frecuente, entre otros (Hembree, y otros, 2017) (Wierckx, y otros, 2012).

Tabla 5. Riesgos y contraindicaciones para inicio de THGA		
	THGA con estrógenos	THGA con testosterona
Alto riesgo de efectos adversos (contraindicación relativa)	- Enfermedad tromboembólica	- Hematocrito > 50%

Riesgo moderado de efectos adversos (contraindicación relativa)	<ul style="list-style-type: none"> - Macroprolactinoma - Cáncer de mama tratado - Cardiopatía coronaria estable - Enfermedad cerebrovascular estable - Colelitiasis - Hipertrigliceridemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Transaminasas > 3 veces - Cardiopatía coronaria estable - Enfermedad cerebrovascular estable - Hipertensión arterial no tratada - Cáncer de mama o cérvix uterino tratado
Contraindicaciones absolutas		<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo - Policitemia no tratada (Hematocrito > 52%)
	Cardiopatía coronaria inestable Falla hepática Tumor hormono dependiente no tratado	

En el caso de sospechar trombofilia se debe confirmar el diagnóstico y manejarse en conjunto con un equipo de hematología, para iniciar terapia anticoagulante y evaluar caso a caso el inicio de estrógeno transdérmico o testosterona (Kerrebrouck, Vantilborgh, Collet, & T'Sjoen, 2022).

Ante la presencia de enfermedades concomitantes descompensadas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o hipertrigliceridemia, éstas deben ser estabilizadas antes de iniciar la terapia hormonal género afirmativa.

Riesgos de la THGA

La THGA es una intervención farmacológica relativamente segura, que como toda intervención médica conlleva riesgos que, pese a no ser una contraindicación, ameritan evaluación previa e integral con el objetivo de aminorar sus potenciales efectos no deseados. La probabilidad de un evento adverso grave depende de numerosos factores: fármacos utilizados, posología, vía de administración y factores de riesgo propios de la persona (edad, antecedentes médicos personales, antecedentes familiares, hábitos de salud, entre otros). Por lo tanto, no es posible predecir si un determinado efecto adverso ocurrirá en una persona usuaria en particular.

Tabla 6. Riesgos asociados a la THGA		
Nivel de riesgo	THGA con estrógenos ⁸	THGA con testosterona
Riesgo muy alto	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad tromboembólica venosa⁹ - Disfunción reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Policitemia (hematocrito >50%) - Disfunción reproductiva

⁸ El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos.

⁹ Otros factores de riesgo que incluyen la edad

Riesgo moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperprolactinemia y prolactinoma - Enfermedad arterial coronaria - Enfermedad cerebrovascular - Colelitiasis - Hipertrigliceridemia - Alteración de las pruebas hepáticas - Hiperkalemia y deshidratación (en caso de uso de espironolactona) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Dislipidemia aterogénica - Enfermedad arterial coronaria - Enfermedad cerebrovascular - Alteración de pruebas hepáticas - Apnea del sueño - Acné - Alopecia androgénica - Eventual descompensación de algunas patologías de salud mental¹⁰
Sin evidencia o evidencia poco concluyente	<ul style="list-style-type: none"> -Cáncer de mama -Cáncer de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> -Cáncer de mama -Cáncer de útero y cuello uterino -Cáncer de ovario

Adaptado de (Hembree et al, 2022) y (Coleman, E, et al, 2022)

B. Exámenes de laboratorio iniciales y durante el seguimiento

Se deben considerar una serie de exámenes de laboratorio tanto previos al inicio farmacológico como durante el seguimiento de la terapia. En el Esquema I se detallan los controles clínicos y exámenes de laboratorio e imagenológicos que se sugiere considerar para este proceso.

Esquema I: Consideraciones clínicas al inicio de la terapia hormonal género afirmativa

Examen físico: realizar examen físico inicial en una única instancia, sin ser obligatorio en el primer control, priorizando la comodidad y la relación médico/a – persona usuaria.

Evaluación de peso, talla, circunferencia de cintura y presión arterial.

Exámenes de laboratorio: estradiol, testosterona, LH, FSH, prolactina, perfil hepático, perfil lipídico, perfil tiroideo, creatinina, electrolitos plasmáticos, glicemia, hemoglobina glicosilada, hemograma, densitometría ósea de columna lumbar y cadera bilateral según factores de riesgo*, calcio, fósforo y vitamina D.

THGA con testosterona:

- Si el cuello uterino está presente considerar PAP según Guía Clínica MINSAL.
- Considerar mamografía en caso de presencia de tejido mamario según Guía Clínica MINSAL, habiendo realizado examen pectoral aún en casos de mastectomía.
- Ecografía ginecológica** (opcional).

THGA con estrógenos:

- Antígeno prostático según Guía Clínica MINSAL en personas que tienen próstata.
- En caso de historia previa con exposición a estrógenos, solicitar ecografía mamaria o mamografía.
- Para las personas que tienen testículos se sugiere realizar ecografía Doppler testicular***.

*Obesidad, trastorno de la conducta alimentaria, fractura previa de bajo impacto, historia familiar de fractura o enfermedad ósea, corticoterapia de uso crónico, enfermedad de mal absorción, uso previo de análogos de GnRH.

**En caso de sintomatología ginecológica presente (sangrado o algia pélvica).

***En caso de signos de alarma al examen físico o antecedente de estrógeno automedicado.

C. Regímenes hormonales

En la actualidad, se cuenta con una gran variedad de fármacos y posologías para la THGA dentro de la literatura médica.

A continuación, se presentan las consideraciones farmacológicas instruidas por la *World Professional Association for Transgender Health* y la *Endocrine Society*, las que proporcionan orientación específica para mantener niveles hormonales dentro de rangos fisiológicos con el objetivo de lograr cambios físicos que permitan reafirmar el género según la situación particular de cada persona consultante y satisfacer las necesidades en salud planteadas al inicio de la evaluación.

Es importante que el o la profesional a cargo de la terapia hormonal género afirmativa informe a la persona usuaria que, para la mantención de los cambios físicos obtenidos durante la terapia, ésta debe ser de por vida y que, en caso de suspensión, el proceso debe ser con acompañamiento de profesionales de salud.

Se recomienda a las y los profesionales prescriptores, revisar regularmente la literatura para que poder responder con evidencia actualizada a las necesidades individuales, como, además, la disponibilidad del medicamento a nivel nacional.

Hay que considerar que los siguientes medicamentos tienen indicados otros usos en sus registros sanitarios, por tanto, las indicaciones son *off label* y la responsabilidad de su uso es asumida por el prescriptor.

Regímenes para THGA con estrógenos

Estrógeno

La recomendación internacional es usar 17β-estradiol (*estradiol*).

Se sugiere iniciar estradiol con 1 a 2 mg vía oral, aumentando las dosis cada 3 a 6 meses hasta alcanzar una dosis máxima de 6 mg de estradiol vía oral por día (ajustar según nivel de estradiol plasmático).

En caso de que la persona usuaria tenga una contraindicación de administración por vía oral (alto riesgo de enfermedad tromboembólica o cardiovascular, mayor de 45 años, o alteración en la función hepática objetivada con exámenes de laboratorio), se sugiere el uso de estradiol en gel, con una presentación habitual de 0,5 mg por aplicación (1 dosis por aplicación). Esta forma de presentación evita el paso hepático y tiene menor riesgo tromboembólico.

El objetivo es alcanzar niveles plasmáticos de estradiol entre 100-200 pg/ml.

En cuanto a efectos adversos, éstos aumentan con dosis más elevadas, particularmente con dosis específicas que conduzcan a niveles suprafisiológicos de estradiol en sangre (Hembree, y otros, 2017).

Finalmente, está contraindicado el etinilestradiol y estrógenos conjugados de equinos, esto debido al aumento del riesgo tromboembólico (Vinogradova, Coupland, & Hippisley-Cox, 2019).

Medicamentos para reducir los andrógenos (“antiandrogénicos”)

La terapia hormonal género afirmativa únicamente con dosis fisiológicas de estrógenos es insuficiente para lograr suprimir los niveles endógenos de testosterona y sus efectos, por lo que, en la THGA, se requiere una combinación de estrógenos y otros fármacos para reducir los andrógenos.

Los medicamentos comúnmente empleados para reducir los efectos de la androgenización pertenecen a varias clases de fármacos que tienen el efecto de reducir tanto los niveles de testosterona endógena como la actividad de la testosterona en los tejidos y, por lo tanto, la disminución de características físicas asociadas, principalmente, el vello corporal. Asimismo, los antiandrogénicos reducen al mínimo la dosis de estrógenos necesaria para suprimir la testosterona, contribuyendo a reducir los riesgos asociados con altas dosis de estrógeno exógeno (T'Sjoen, Arcelus, Gooren, Klink, & Tangpricha, 2019).

Entre los antiandrogénicos comúnmente empleados se incluyen los siguientes:

Espironolactona: un fármaco antihipertensivo que bloquea el receptor de aldosterona y que, entre otros efectos, es capaz de inhibir directamente la secreción de testosterona y la fijación de andrógenos a su receptor. La presión sanguínea, la creatinina y los electrolitos deben ser supervisados por el riesgo potencial de hiperpotasemia, advirtiendo, además, el efecto diurético del fármaco. La dosis habitualmente usada de espironolactona como terapia hormonal género afirmativa es de 100 a 300 mg/día.

Agonistas de GnRH (leuprolide, triptorelina y otros): son neurohormonas que bloquean el receptor de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), obstruyendo así la liberación de la hormona folículo estimulante y de la hormona luteinizante. Esto conduce a un bloqueo gonadal altamente eficaz. Sin embargo, estos medicamentos son de alto costo, y en personas adultas su uso se reserva para casos específicos (falla renal, reacciones adversas a la espironolactona, entre otras).

Inhibidores de 5-alfa reductasa (finasteride y dutasteride): bloquean la conversión de la testosterona al agente más activo, la 5-alfa-dihidrotestosterona. Estos medicamentos tienen efectos beneficiosos sobre la alopecia androgénica, el crecimiento de vello corporal, las glándulas sebáceas y la consistencia de la piel. La dosis habitualmente usada de finasteride es de 1-5 mg al día. Su uso es excepcional dado la falta de estudios sobre efectividad y seguridad en personas que lo utilicen como terapia hormonal género afirmativa.

Flutamida y Bicalutamida: fármacos que bloquean el receptor de andrógenos. Previamente se usaba como antiandrogénico, sin embargo, su asociación a falla hepática ha contraindicado su uso.

Acetato de ciproterona: es un compuesto progestágeno con propiedades anti androgénicas. Este medicamento no está aprobado en los Estados Unidos debido a las preocupaciones sobre sus potenciales efectos hepatotóxicos, además, de su asociación con meningiomas e hiperprolactinemia (Nota, y otros, 2018), aunque es ampliamente utilizado en otros países (De Cuypere, y otros, 2005). La dosis habitual es entre 25-50 mg al día, sin embargo, esta presentación no está disponible en Chile (Devoto, Martínez , & Aravena, 2016).

Progestágenos

Con la excepción de la ciproterona, la inclusión de los progestágenos en la THGA con estrógenos es controvertida, y actualmente su uso no se recomienda (Oriel, 2000).

Los progestágenos juegan un papel en el desarrollo mamario a nivel celular, algunos profesionales consideran que estos agentes son necesarios para un desarrollo completo (Oriol, 2000). Sin embargo, una comparación clínica de los regímenes de THGA con estrógenos, con y sin progestágenos, encontró que la adición de estos compuestos no ha aumentado el crecimiento mamario ni ha reducido los niveles séricos de testosterona libre (Meyer, y otros, 1986).

Existe preocupación por los posibles efectos adversos de los progestágenos, como depresión, aumento de peso y cambios en el metabolismo de los lípidos (Tangpricha, Cucharne, Barber, & Chipkin, 2003). Se sospecha que los progestágenos (especialmente medroxiprogesterona de depósito) también aumentan el riesgo de cáncer de mama y el riesgo cardiovascular (Rossouw et al., 2002).

Tabla 7. THGA en base a estrógeno				
	Modo de administración		Tipo	Dosis
Estrógenos (17 B estradiol)	Transdérmica	Estradiol en parche	Disponibilidad variable en Chile	50 a 100 mg (parche nuevo cada 3 días)
		Estradiol en gel	Estradiol en gel al 0,1% tópico. Estradiol en gel al 0.06% tópico.	1,5 -2 mg/día (En > 45 años usar 1 a 2 puff al día)
	Oral	Estradiol oral	17 B estradiol o valerato de estradiol	2 a 6 mg/día
Antiandrógenos	Oral		Espironolactona	100 a 300 mg/día (mayor a 65 años: dosis máxima 150-200 mg/día)
Agonistas de GnRH	Parenteral	Intramuscular o subcutánea	Triptorelina	11,25 mg cada 12 semanas
		Intramuscular o subcutánea	Leuprolide	11,25 mg cada 12 semanas

Regímenes para THGA con testosterona

Testosterona

La testosterona se puede administrar vía transdérmica o parenteral (IM). Existen diferentes presentaciones: undecanoato de testosterona, mezcla de ésteres de testosterona, enantato de testosterona, y testosterona en gel.

El undecanoato de testosterona intramuscular mantiene estables los niveles fisiológicos de testosterona por alrededor de 12 semanas. Por su parte, el enantato y la mezcla de ésteres de testosterona mantienen niveles por 2 a 4 semanas (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007).

El intervalo de administración se ajusta según niveles plasmáticos de testosterona, los que deben estar entre 320-700 ng/dl.

En el caso de undecanoato de testosterona los niveles se miden una semana antes de la administración y para los otros fármacos las mediciones se realizan entre punciones.

En el caso de la presentación en gel, ésta es de uso diario y el día de toma de niveles plasmáticos el gel debe administrarse posterior a la toma de la muestra sanguínea.

Otros medicamentos para manejo de flujo menstrual

Generalmente se logra amenorrea durante los primeros 6 meses de THGA utilizando sólo testosterona, de lo contrario debe ser evaluado por ginecología con formación en la temática. De no encontrarse ninguna alteración se pueden utilizar progestágenos o aGnRH, los cuales se suspenden en caso de histerectomía (Coleman, 2022) (Hembree, y otros, 2017) (Wierckx, y otros, 2012).

Los progestágenos, en particular la medroxiprogesterona, pueden utilizarse durante un período breve de tiempo para ayudar con el bloqueo de la menstruación al comienzo de la terapia hormonal, habiendo descartado contraindicaciones y permitiendo el alivio de un posible malestar en relación con el sangrado menstrual y la identidad de género de la persona. Si además requiere un método anticonceptivo, el uso de medroxiprogesterona es una buena opción.

Finalmente, los agonistas de GnRH pueden ser usados de manera similar para el sangrado uterino refractario en personas usuarias sin una anomalía ginecológica subyacente.

Tabla 8. THGA en base a testosterona				
	Modo de administración		Tipo	Dosis
Testosterona	Parenteral (dosis no difiere en personas mayores)	Intramuscular	Testosterona Undecanoato	1000 mg cada 10 a 12 semanas
			Testosterona Enantato	250 mg cada 2 a 4 semanas
			Testosterona propionato, fenilpropionato, isocaproato y decanoato.	250 mg cada 2 a 4 semanas
	Transdérmica (dosis no difiere en personas mayores)	Tópica ¹¹	Gel al 1%	25-100 mg 1 vez al día
Progestágenos	Oral		Medroxiprogesterona	5-10 mg 1 vez al día
	Parenteral	Intramuscular	Medroxiprogesterona	150 mg cada 12 semanas
Agonistas de GnRH	Parenteral	Intramuscular o subcutánea	Triptorelina o Leuprolide	11,25 mg cada 12 semanas

Metas Terapéuticas¹²

Nivel sérico como meta para terapia con testosterona: 320 a 700 ng/dl de testosterona plasmática.

Nivel sérico para la terapia con estrógeno: 100 a 200 pg/ml de estradiol plasmático, con niveles de testosterona menor a 50 ng/dl.

Consideraciones en personas trans mayores

Las personas trans mayores de 60 años son el grupo menos estudiado, reconocido por sufrir altos niveles de estigmatización, discriminación, limitada red de apoyo familiar y social, dificultad en el acceso de atención en salud, y mayor frecuencia de problemas de salud mental y discapacidad al compararlas con sus pares cisgénero (de Vries, y otros, 2019) (Fredriksen-Goldsen, y otros, 2014). El 70% de las personas trans mayores de 60 años

¹¹ A la fecha de la publicación de este documento, el medicamento no cuenta con disponibilidad a nivel nacional.

¹² Estos valores son modificables según el criterio médico, los resultados logrados y reacciones adversas a la terapia.

admiten haber retrasado su transición para evitar discriminación por parte de la sociedad y del personal de salud (Mahan, Askins Bailey, Bibb, Fenney, & Williams, 2016).

En los últimos años la evidencia en torno a personas mayores trans y género diverso ha aumentado de manera importante. La evidencia, en base a recomendación de expertos y seguimiento de grupos de personas mayores, dice que las personas mayores que inician THGA no difieren enormemente de las que lo inician en edades menores, pero es fundamental tener especial consideración en estrategias preventivo-promocionales de salud en la población general que se empiezan a aplicar desde los 40 años, incluso, en conjunto con estrategias de inicio de terapia que puedan minimizar los riesgos pesquidados.

En personas mayores se debe considerar, además, la valoración general y aspectos propios de riesgo por curso de vida, como los síndromes geriátricos y el riesgo aumentado por la edad de enfermedad cardiovascular, cáncer relacionado a la anatomía y riesgo de cáncer en base a los hábitos, en conjunto con el riesgo de osteoporosis. (Iwamoto et al., 2023)

THGA con testosterona en personas mayores

Se puede usar aGnRH como coadyuvante. El uso de inhibidores de 5-alfa reductasa (finasteride, dutasteride) pueden ayudar si hay crecimiento excesivo de vello corporal y/o alopecia androgénica en caso de que la persona no esté a gusto con estos cambios.

A su vez, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina pueden ser útiles en disminuir la libido, si este fuera un efecto buscado (Hembree, y otros, 2017) (Mahan, Askins Bailey, Bibb, Fenney, & Williams, 2016; Gooren, Wierckx, & Giltay, 2014).

THGA con estrógeno en personas mayores

Debe privilegiarse el uso de estrógeno vía transdérmica debido a su menor efecto en el perfil lipídico, en marcadores procoagulantes y menor riesgo trombótico (Hembree, y otros, 2017).

Como antiandrogénico se puede utilizar espironolactona en menores dosis, evitando el uso de acetato de ciproterona y medroxiprogesterona por su perfil protrombótico. Los aGnRH pueden ser usados para lograr una mejor aparición de caracteres sexuales asociados a lo femenino (Fredriksen-Goldsen, y otros, 2014).

Seguimiento clínico para prevenir eventos adversos y evaluación de la THGA

La supervisión tiene como objetivo valorar el grado de desarrollo de caracteres sexuales y su relación con las expectativas de afirmación de género de la persona. De manera paralela

se deben evaluar los potenciales efectos adversos y generar un plan acorde a su presentación.

La periodicidad de la supervisión siempre tiene que ir acorde a las necesidades de las personas, por un lado, considerando las comorbilidades y situaciones de salud enmarcadas en contexto de multimorbilidad u otros elementos psicosociales, que pueden requerir mayor supervisión clínica, tanto por el equipo en atención secundaria que brinda la atención de THGA, como por equipos clínicos de APS.

La modalidad de supervisión también puede ser variable, ya que se entiende que la disponibilidad de los equipos que brindan atención en contexto de THGA está instalada en atención secundaria y comprendiendo la amplia posibilidad de contexto, pudiera ser una alternativa desarrollar atención remota como forma de disminuir brechas en acceso y acercar la supervisión de salud.

El médico o médica a cargo de la THGA debe considerar los siguientes puntos:

1. Realizar un seguimiento médico persistente en el tiempo, que incluya evaluaciones clínicas y exámenes de laboratorio para monitorear cumplimiento de expectativas planteadas por las personas que consultan en torno a la afirmación de género y potenciales efectos secundarios. La atención debe entregarse con perspectiva de curso de vida, ya que la prestación va cambiando a lo largo del tiempo según necesidades de las personas.
2. Comunicarse directa o indirectamente a través del o la profesional de atención secundaria que coordine la prestación y, según sea necesario, con el equipo profesional de APS y los otros equipos que tengan participación clínica en la atención de la persona usuaria.
3. Fomentar la comunicación clara y coordinada con equipos en APS sobre la indicación de THGA prescrita, para así evitar errores médicos asociados al desconocimiento de las prescripción o aclarar dudas que surjan sobre la prescripción en los distintos niveles de atención.
4. Si es necesario para la persona usuaria, proporcionar una declaración escrita abreviada indicando que están bajo supervisión y cuidado médico que incluye THGA, especialmente, cuando la atención se brinda en otro establecimiento o no existan métodos efectivos de interoperabilidad entre los niveles de atención.

Interacciones farmacológicas de la THGA

Se debe tener en consideración eventuales interacciones farmacológicas de la THGA y otros tratamientos farmacológicos de base que presente la persona. Entre ellos es relevante considerar las interacciones descritas entre terapia hormonal género afirmativa y algunos tratamientos antirretrovirales contra el VIH (tenofovir, efavirenz), antivirales contra la hepatitis C, y anticonvulsivantes (estrógenos pueden disminuir umbral convulsivante y alterar el metabolismo de algunos fármacos), entre otros.

En estos casos se debe establecer una comunicación coordinada con el equipo tratante de otras situaciones de salud concomitantes, incluido el equipo de APS. A continuación, se exponen potenciales interacciones farmacológicas con tratamientos de uso crónico y enfermedades incidentales¹³:

Tabla 9. Potenciales interacciones farmacológicas asociadas a la THGA con estrógeno			
	Medicación concomitante	Potencial interacción farmacológica	Recomendación
Estradiol	Anticonvulsivantes - Carbamazepina - Fenobarbital - Fenitoína	Disminuye efecto de estradiol debido a la inducción de la enzima de Citocromo P-450.	Ajustar la dosis de estradiol, si se requiere, dependiendo de los hallazgos clínicos y los niveles séricos medidos.
	Antiinfecciosos - Rifampicina - Efavirenz - Nevirapina		
	Productos derivados de la hierba de San Juan.		
	Antibióticos Carbón activado.	Reduce la absorción de preparaciones con estradiol vía oral.	Debido a ser habitualmente una medicación concomitante temporal, no requiere ajuste de dosis.
	Ritonavir Nelfinavir ¹⁴	En co-medicación con estradiol, propiedades estimulantes de enzimas.	Tener en cuenta que los niveles plasmáticos cambian en caso de medicación concomitante con otros medicamentos sensibles.

¹³ Tablas adaptadas de Meyer G, Boczek U, Bojunga J. Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria. Dtsch Arztebl Int. 2020 Oct 23;117(43):725-732. doi: 10.3238/arztebl.2020.0725.

¹⁴ A la fecha de la publicación de este documento, Ritonavir y Nelfinavir no cuenta con disponibilidad a nivel nacional

Metoprolol Imipramina	Aumenta el efecto en combinación con preparaciones de estradiol oral.	Preferir administración de estradiol transdérmico.
Anticoagulantes Fármacos antidiabéticos Paracetamol Benzodiazepinas	Reduce el efecto en caso de medicación concomitante con preparaciones de estradiol oral.	Preferir administración de estradiol transdérmico.

Debido a las posibles interacciones farmacológicas, principalmente con las preparaciones orales de estradiol, generalmente se debe preferir una vía de administración transdérmica en personas que requieren medicación concomitante a largo plazo.

Tabla 10. Potenciales interacciones farmacológicas asociadas a la THGA con testosterona

	Medicación concomitante	Potencial interacción farmacológica	Recomendación
Testosterona	Anticoagulantes orales (especialmente derivados de cumarina)	Aumenta el efecto en medicación concomitante con testosterona	Monitoreo de pruebas de coagulación con intervalos estrechos
		En personas en tratamiento con derivados de cumarina, testosterona no debería ser administrada vía intramuscular. Cuando los nuevos anticoagulantes orales directos (NACO) son usados, los intervalos de aplicación entre la toma de anticoagulantes orales y la inyección intramuscular debe ser observado.	
Estradiol / Testosterona	Cuando se utilizan medicamentos que pueden causar niveles elevados de enzimas hepáticas, se recomienda realizar regularmente pruebas de función hepática. De todas formas, el monitoreo de la terapia hormonal género afirmativa conlleva la realización de pruebas hepáticas durante el seguimiento.		

6. Proceso administrativo de la atención

A continuación, se describe el proceso de atención que realizará la persona trans que desee acceder a la terapia hormonal género afirmativa, desde la puerta de entrada hasta el eventual egreso y/o continuidad de la prestación:

1. Vías de derivación a THGA en nivel secundario:
 - a) Desde la Atención Primaria de Salud (APS), con derivación a través de una “Solicitud de Interconsulta” (SIC) realizada por médico/a o derivación por profesional habilitado. La interconsulta o derivación será dirigida *al profesional médico/a de la*

especialidad donde se realice la prestación (medicina interna, medicina familiar, endocrinología o ginecología), de acuerdo con el mapa de derivación de la respectiva Red¹⁵.

- b) Derivación interna entre especialidades: Profesional médico/a de otra especialidad podrá derivar a la persona usuaria hacia la especialidad donde se alberga la prestación por medio de una “Solicitud de Interconsulta”, la que seguirá el proceso de atención de pertinencia y priorización de acuerdo con protocolo vigente.
2. Recepción, revisión y priorización de SIC: La unidad encargada de la revisión de las SIC debe validar la completitud de la información y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión definidos en el protocolo de referencia y contrarreferencia de la red. En el caso de identificar falta de información o alguna desviación en los criterios consensuados, se deben generar las coordinaciones correspondientes para adecuar la solicitud y asegurar la continuidad de la atención de los usuarios. Cada solicitud deberá contar con su correspondiente priorización para la gestión del agendamiento efectivo.
 3. Proceso de agendamiento: La SIC es enviada al profesional médico/a de la Especialidad, pero es crucial que se generen flujos y protocolos que promuevan gestión de casos de manera óptima, ya que la figura de “preevaluación” pueda ser realizada por profesional no médico/a previo a entrevista con profesional que indica la THGA y así optimizar la utilización de recursos.
 4. Preevaluación: realizado por un/a profesional de la unidad que realiza la prestación (se sugiere un/a profesional no médico/a). En esta primera instancia se entregará orientación sobre las líneas generales de la prestación, en función del motivo de consulta y expectativas de la persona. Consulta 30-45 min.

Además, la preevaluación considera las siguientes acciones a llevarse a cabo:

- a. Plan de Cuidados Integral (PCI, Anexo 5): En el ingreso se aplicará una entrevista semiestructurada para definir el motivo de consulta, expectativas, red de apoyo, estado de salud general y, finalmente para establecer los objetivos que tendrá la terapia hormonal género afirmativa, bajo un enfoque de derechos y no patologización.
- b. Entrega del Documento Informativo de Apoyo y formato de Consentimiento Informado (Anexos 3 y 4): para que sea leído por la persona usuaria y su familia,

¹⁵ El intersector debe informar a la persona usuaria que la derivación a Terapia Hormonal Género Afirmativa debe ser realizada desde APS.

si corresponde. Es fundamental que la persona pueda leer estos documento con anterioridad y se puedan resolver sus dudas sobre lo señalado en él. Es posible que se requiera más de una sesión, situación que deberá considerarse en la planificación.

- c. Orden de exámenes de sangre: (Revisar Esquema I).
 - d. Realización de consejería pertinente a las necesidades priorizadas por la persona usuaria, por ejemplo, dudas sobre fertilidad o efectos reversibles e irreversibles de la THGA.
5. Consulta Nueva de Especialidad o CNE (Evaluación Inicial”): es realizada por el médico o médica especialista a cargo de prescribir la THGA. Se revisarán los exámenes previamente solicitados. Se conversará el PCI (iniciado en atención anterior) y se delimitarán los objetivos que serán evaluados a lo largo de las sucesivas consultas de la persona usuaria. En esta oportunidad se identificarán en el PCI, además de los objetivos, los fármacos y la posología a indicar.

Se clarificarán dudas que hayan podido surgir en relación con el consentimiento informado para concluir el proceso en la firma del documento. El acto de firma del consentimiento informado es la culminación de un proceso, posterior a la entrega de toda la información pertinente descrita en la sección “Sobre la evaluación médica integral en personas adultas”.

Tras la evaluación clínica y luego de la explicación de efectos esperados y efectos no deseados, incluyendo la consejería en fertilidad, eventualmente se iniciará la THGA. Consulta 30-45 min.

Si la persona usuaria ingresa a THGA, el médico/a debe realizar la contrarreferencia inicial a APS.

6. Apoyo a la persona usuaria: Realizada por profesional no médico/a, quien puede otorgar apoyo en torno a aplicación de medicamentos IM, consejería sobre salud sexual y reproductiva, entre otras.

Este tipo de consultas se puede ir adecuando a la disposición de cada centro (presencial o a distancia) y se debe agendar como “Consulta control”.

Se dispone de atenciones de 15-20 min para ello. La periodicidad de control es en base a las necesidades de las personas, con una sugerencia control al inicio cada 1,5 meses los 6 primeros meses, y posteriormente cada 3 meses hasta completar un año. Después en base a las necesidades, con mínimo de 1 vez cada 6 meses.

Seguimiento realizado por un médico o médica para el monitoreo de la THGA.

Primer año	1 control de 20 minutos cada 3-6 meses.
Segundo año en adelante.	1 control de 20 min cada 6-8 meses. Siempre considerarlo en base a las necesidades de la persona usuaria, con posibilidad de aumentar la frecuencia en base a disponibilidad.

7. Alta de consulta por especialidad ambulatoria: Para mantener los efectos de modificación corporal, la THGA debe ser de por vida. Sin embargo, es posible que, por razones clínicas, esa terapia se deba suspender temporalmente, o incluso se deba detener indefinidamente la prestación. Se sugiere que en ambas situaciones sea siempre con el acompañamiento médico.

Toda alta de consulta por especialidad ambulatoria debe ser registrada, indicando el motivo en el Registro Clínico Electrónico:

- a. Alta voluntaria: Si la persona decide suspender la THGA, se debe realizar una evaluación y seguimiento por parte de la o el especialista, quien además explicará los efectos permanentes y/o reversibles que se han presentado según el tiempo de duración de la THGA, estableciendo finalmente un eventual egreso de la prestación. Esta decisión de suspensión voluntaria de la THGA debe quedar debidamente consignada en el Registro Clínico Electrónico de la persona usuaria.
- b. Alta administrativa: Corresponden a los egresos determinados por personal administrativo u otro autorizado; se asocian a las causales: 5, 6, 8, 9, 10, 11,13, 14 y 15. (Según Norma 118, MINSAL¹⁶)
- c. Fallecimiento: Se realiza tras la toma de conocimiento del fallecimiento, contrastando con certificado de defunción.

En estas circunstancias es fundamental que se realice documento de contrarreferencia a APS, documentando el motivo de alta y manteniendo continuidad de la atención.

¹⁶ Norma técnica 118, Minsal. “Norma Técnica de Registro de Demanda y Tiempos de Espera no GES”, aprobada mediante Resolución Exenta N° 3 de 2025 del Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual%20FINAL.pdf>

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. (2019). Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. *Endocrinology and Metabolism Clinics North America*, 331-339.
- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society. (2). *Scielo*, 426-441.
- Barrientos Delgado, J., Saiz, J. L., Guzmán-González, M., Bahamondes, J., Gómez, F., Castro, M. C., Espinoza-Tapia, R., Saavedra, L. L., & Giami, A. J. (2021). Sociodemographic Characteristics, Gender Identification, and Gender Affirmation Pathways in Transgender People: A Survey Study in Chile. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3505–3516. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01939-4>
- Blosnich, J., Brown, G., Shipherd, J., Kauth, M., Piegari, R., & Bossarte, R. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 27-32. doi:10.2105/AJPH.2013.301507
- Bockting, W., Coleman, E., Madeline, D., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer 3er, W., Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 188-97. doi:10.1097/MED.0000000000000232
- Bonnington, A., Shokoufeh, D., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 70-82. doi:10.1016/j.contraception.2020.04.001
- Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, Witcomb G, Jimenez-Murcia S, Fernandez-Aranda F, Arcelus J (2016). Sociodemographic variables, clinical features, and the role of preassessment cross-sex hormones in older trans people. *The Journal of Sexual Medicine*.;711-9.
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2018). *Manual de Obstetricia y Ginecología Novena Edición 2017*. (J. A. Carvajal Cabrera, Ed.) Santiago, Chile.
- Caulfield, M., Churchill, J., Crawley, A., & Phillips, J. (n.d.). House of Commons Women and Equalities Committee Transgender Equality First Report of Session 2015-16 Report, together with formal minutes relating to the report The Women and Equalities Committee. www.parliament.uk.
- CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*.

- Chrisler, J., Gorman, J., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., . . . McGrath, M. (2016). Queer periods: attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 1238-50. doi:10.1080/13691058.2016.1182645
- CIDH. (2020). *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*. Retrieved from <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE-11 HA60. (2023). Guía de Referencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) [https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf]. Recuperado aquí.
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger 3er, C., Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 186-189. doi:10.1016/j.contraception.2016.09.005
- Coleman, E. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal Transgender Health*. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
- Colizzi M, Costa R, Pace V, Todarello O. Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The journal of sexual medicine*. 2013 Dec;10(12):3049-58.
- Crissman, H., Berger, M., Graham, L., & Dalton, V. (2017). Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *American Journal Public Health*, 213-215. doi:10.2105/AJPH.2016.303571
- Curtis, J. (2009). *Affirmative Action in Medicine: Improving Health Care for Everyone*. University of Michigan Press.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Nie, I., Meibner, A., Kosteljik, E., Soufan, A., Voorn-de Warem, I., Heijer, M., . . . Van Mello, N. (2020). Impaired semen quality in trans women: prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 1529-1536. doi:10.1093/humrep/deaa133
- De Vries, B., Gutman, G., Humble, Á., Gahagan, J., Chamberland, L., Aubert, P., . . . Mock, S. (2019). End-of-Life Preparations Among LGBT Older Canadian Adults: The Missing

Conversations. *The International Journal of Aging and Human Development*, 358-379. doi:10.1177/0091415019836738

- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2018). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 56-69
- Devoto, E., Martínez, A., & Aravena, C. (2016). Trastorno de identidad de género Parte I: Definición, epidemiología, etiología, rol del endocrinólogo en diagnóstico y tratamiento. *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, 58-64.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Ellis, S., Wojnar, D., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: it's how we could have a family. *J Midwifery Womens Health*, 62-9. doi:10.1111/jmwh.12213
- Expósito-Campos P, Pérez-Fernández JI, Salaberria K. Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* marzo de 2023;100:102229.
- Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Neilands, T. B., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2022). Minority Stress, Structural Stigma, and Physical Health Among Sexual and Gender Minority Individuals: Examining the Relative Strength of the Relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(6), 573–591. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab051>
- Fredriksen-Goldsen, K., Cook-Daniels, L., Kim, H.-J., Erosheva, E., Emler, C., Hoy-Ellis, C., . . . Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 488-500. doi:10.1093/geront/gnt021
- González Díaz, F. (2024). Percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar acerca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la Región Metropolitana de Chile. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/198904>
- Gooren, L., Wierckx, K., & Giltay, E. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 209-219. doi:10.1530/EJE-14-0011

- Grant, J. M., Mottet, L. A., Justin Tanis, J., with Jack Harrison Jody Herman, Dm. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey*.
- Green, A., DeChants, J., Price, M., & Davis, C. (2022). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health, 70*(4), 643-649. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.10.036
- Grisso, T., Appelbaum, P. S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 48*(11), 1415–1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>
- Guzmán-González, M., Barrientos, J., Saiz, J., Gómez, F., Cárdenas, M., Espinoza-Tapia, R., Giami, A. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista Médica de Chile, 1113-1120*. doi:10.4067/S0034-98872020000801113
- Haeger, K., Lamme, J., & Cleland, K. (2018). State of emergency contraception in the U.S., 2018. *Contraception and Reproductive Medicine*. doi:10.1186/s40834-018-0067-8
- Harari, F., Lini, M., & Sappa, S. (2017). *Atención integral de personas en situación de aborto*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Argentina. Retrieved from <https://salud.gob.ar/dels/entradas/atencion-integral-de-personas-en-situacion-de-aborto>
- Hembree, W., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L., Hannema, S., Meyer, W., Murad, M., . . . T'Sjoen, G. (2017). Endocrine Treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3869-3903. doi:10.1016/j.ecl.2019.01.003
- Hewitt, J., Campbell, P., Kasiannan, P., Grover, S., Newman, L., & Warne, G. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Medical Journal of Australia, 578-581*. doi:10.5694/mja12.10222
- Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Neilands, T. B., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2022). Minority Stress, Structural Stigma, and Physical Health Among Sexual and Gender Minority Individuals: Examining the Relative Strength of the Relationships. *Annals of Behavioral Medicine, 56*(6), 573–591. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab051>
- INJUV. Problemáticas y desafíos de las juventudes en Chile. Evidencias desde las Encuestas Nacionales de Juventud [Internet]. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2021 [citado 5 de junio de 2023]. 214 p. Disponible en:

https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/injuv2021_problematicas_y_desafios_de_las_juventudes_en_chile_-1.pdf

- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Kaoutzannis, C., Davies, R. D., Moreau, K. L., & Rothman, M. S. (2023). Gender-affirming hormone therapy, mental health, and surgical considerations for aging transgender and gender diverse adults. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 14, 204201882311664. <https://doi.org/10.1177/20420188231166494>
- James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington DC: National Center for Transgender Equality.
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis Abnormalities following Hormonal Therapy in Transwomen. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2018/7919481
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences Across Age Groups in Transgender and Gender Non-Conforming People's Experiences of Health Care Discrimination, Harassment, and Victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285–306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
- Kerrebroeck, M., Vantilborgh, A., Collet, S., & T'Sjoen, G. (2022). Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series. *International Journal of Transgender Health*, 23, 377-391. doi:10.1080/26895269.2022.2025551
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134-143. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.043
- Lawlis, S., Donkin, H., Bates, J., Britto, M., & Conard, L. (2017). Health Concerns of Transgender and Gender Nonconforming Youth and Their Parents Upon Presentation to a Transgender Clinic. *The Journal of Adolescent Health*, 642-648. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.05.025
- Light, A., Obedin-Maliver, J., Savelius, J., & Kerns, J. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 1120-1127. doi:10.1097/AOG.0000000000000540
- Light, A., Wang, L.-F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 266-269. doi:10.1016/j.contraception.2018.06.006

- Macini, I., Alvisi, S., Gava, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. (2021). Contraception across transgender. *International Journal of Impotence Research*, 710-719. doi:10.1038/s41443-021-00412-z
- Mahan, R., Askins Bailey, T., Bibb, T., Fenney, M., & Williams, T. (2016). Drug Therapy for Gender Transitions and Health Screenings in Transgender Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2554-2559. doi:10.1111/jgs.14350
- Melendez, R. M., & Pinto, R. M. (2009). HIV Prevention and Primary Care for Transgender Women in a Community-Based Clinic. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 387–397. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.002>
- Mendoza, N. S., Moreno, F. A., Hishaw, G. A., Gaw, A. C., Fortuna, L. R., Skubel, A., Porche, M. v., Roessel, M. H., Shore, J., & Gallegos, A. (2020). Affirmative Care Across Cultures: Broadening Application. *FOCUS*, 18(1), 31–39. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190030>
- Meyer, G., Boczek, U., & Bojunda, J. (2020). Hormonal gender reassignment treatment for gender dysphoria. *Deutsches Arzteblatt International*, 725-732. doi:10.3238/arztebl.2020.0725
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, W., Webb, A., Stuart, C., Finkelstein, J., Lawrence, B., & Walker, P. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 121-138. doi:10.1007/BF01542220
- Ministerio de Desarrollo Social. (2022). “Ex Ante Programa Salud Trans”. Programas Sociales. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas_nr/122446/2022/12
- Ministerio de Salud. (2015). *Repositorio Digital Ministerio de Salud*. Retrieved from Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/827/GUIA-PARA-EL-ESTUDIO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFERTILIDAD_2015-FF1.pdf?sequence=1%26isAllowed=y
- Ministerio de Salud. (2016). Normas de la regulación de la fertilidad, MINSAL. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

- Ministerio de Salud. (2022). Informe Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023. <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 3470-5. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Ministerio de Salud. (2023). Norma de estándares e información en salud. <https://repositoriodeis.minsal.cl/Temporales/Norma%20T%C3%A9cnica%20820%20Est%C3%A1ndares%20de%20informaci%C3%B3n%20de%20Salud%20Feb2023.pdf>
- Murad, M., Elamin, M., Zumaeta García, M., Mullan, R., Murad, A., Erwin, P., & Montori, V. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 214-231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- National LGBT Health Education Center. (2016). *Atención para personas transgénero y de género no conformista: Las mejores prácticas*. Retrieved from <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/2016/02/SPANISH-Affirmative-Care-for-Transgender-and-Gender-Non-conforming-People.pdf>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 110. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorder*, 199-220. doi:10.1007/s11154-018-9459-y
- Nota, N., Wiepjes, C., M de Blok, C., Gooren, L., Peerdeman, S., Kreukels, B., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 2047-2054. doi:10.1093/brain/awy108
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. Montevideo, Uruguay.
- Organizando Trans Diversidades. (2017). *Encuesta T 1ª Encuesta para personas trans y de género no-conforme de Chile*.
- Oriel, K. (2000). Clinical Update: Medical Care of Transsexual Patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 185-194. doi:10.1023/A:1026563806480

- Patel, A., & Rivkees, S. (2010). Prenatal Virilization Associated with Paternal Testosterone Gel Therapy. *International Journal Pediatric Endocrinology*. doi:10.1155/2010/867471
- Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: a prospective cohort study. *Andrology*, 9(6).
- Pfizer. (2023). *pfizermedicalinformation*. Retrieved from DEPO®-TESTOSTERONE Contraindications: <https://www.pfizermedicalinformation.com/en-us/depo-testosterone/contradictions>
- Poteat, T., Davis, A. M., & Gonzalez, A. (2023). Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People. *JAMA*, 329(21), 1872–1874. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8121>
- Putney, J. M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). “Fear Runs Deep:” The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(8). <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Riskind, R., Tornello, S., Younger, B., & Patterson, C. (2014). Sexual Identity, Partner Gender, and Sexual Health Among Adolescent Girls in the United States. *American Journal Public Health*, 1957-1963. doi:10.2105/AJPH.2014.302037
- Robert B, Sebastián, Reculé, Juan I, & Prato, Juan A. (2016). Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización?. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1336-1342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000014>
- Rosenthal, S. (2016). Transgender youth: current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 185-192. doi:10.6065/apem.2016.21.4.185
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 873-880. doi:10.1111/andr.12405

- Schwartz, A., Russell, K., & Gray, B. (2019). Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstetrics and Gynecology*, 81-90. doi:10.1097/AOG.0000000000003308
- Spack, N., Edwards-Leeper, L., Feldman, H., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D., & Vance, S. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 418-425. doi:10.1542/peds.2011-0907
- Tangpricha, V., Cucharme, S., Barber, T., & Chipkin, S. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 12-21. doi:10.4158/EP.9.1.12
- Taub, R., Ellis, S., Neal-Perry, G., Magaret, A., Prager, S., & Micks, E. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 229.e1-229.e8. doi:10.1016/j.ajog.2020.01.059
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocrine Reviews*, 40, 97-117. doi:10.1210/er.2018-00011
- Turban, J., King, D., Carswell, J., & Keuroghlian, A. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*, 145(2), 2019-1725. doi:10.1542/peds.2019-1725
- Turok, D., Godfrey, E., Wojdyla, D., Dermish, A., Torres, L., & Wu, S. (2013). Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Human Reproduction*, 2672-6. doi:10.1093/humrep/det330
- United Nations Development Programme. (2012). Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region. UNDP. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/UNDP_HIV_Transgender_report_Lost_in_Transition_May_2012.pdf
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.k4810
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 2641-2651. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x
- Wolf, C., Hotchkiss, A., Ostby, J., LeBlanc, G., & Earl Grays Jr, L. (2002). Effects of prenatal testosterone propionate on the sexual development of male and female rats: a dose-response study. *Toxicological Sciences*, 71-86. doi:10.1093/toxsci/65.1.71

ANEXOS

Anexo 1. Efectos físicos esperados tras el inicio de terapia hormonal género afirmativa (THGA)

La THGA induce cambios físicos propios de los fenómenos fisiológicos de la administración de hormonas de manera exógena.

Los cambios físicos esperables con el uso de testosterona exógena son: profundización de la voz, crecimiento del clítoris (variable), crecimiento del vello facial y corporal, alopecia androgénica, cese de la menstruación, atrofia del tejido mamario, y disminución de porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular.

En personas con uso de estradiol exógeno, los cambios físicos esperables son crecimiento de la glándula mamaria (variable), disminución de la función eréctil, disminución del volumen testicular y aumento del porcentaje de grasa corporal en comparación con la masa muscular. La mayoría de los cambios físicos se producen en el transcurso de dos años, pero la magnitud y el tiempo en que transcurren los cambios es variable. A continuación, se describen los efectos y tiempos esperados de la terapia hormonal en las tablas 1-A y 1-B¹⁷ La mayoría de los cambios físicos se producen en el transcurso de dos años, pero la magnitud y el tiempo en que ocurren los cambios es variable. A continuación, se describen los efectos y tiempos esperados de la terapia hormonal en las tablas 1-A y 1-B¹⁸

Tabla 1-A. Efectos y tiempo esperado de la THGA con testosterona:

Efecto	Inicio esperado	Máximo efecto esperado
Oleosidad de la piel/acné	1 - 6 meses	1 - 2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	3 - 6 meses	3 - 5 años
Alopecia androgénica	> 12 meses	variable

¹⁸ Adaptado de Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.

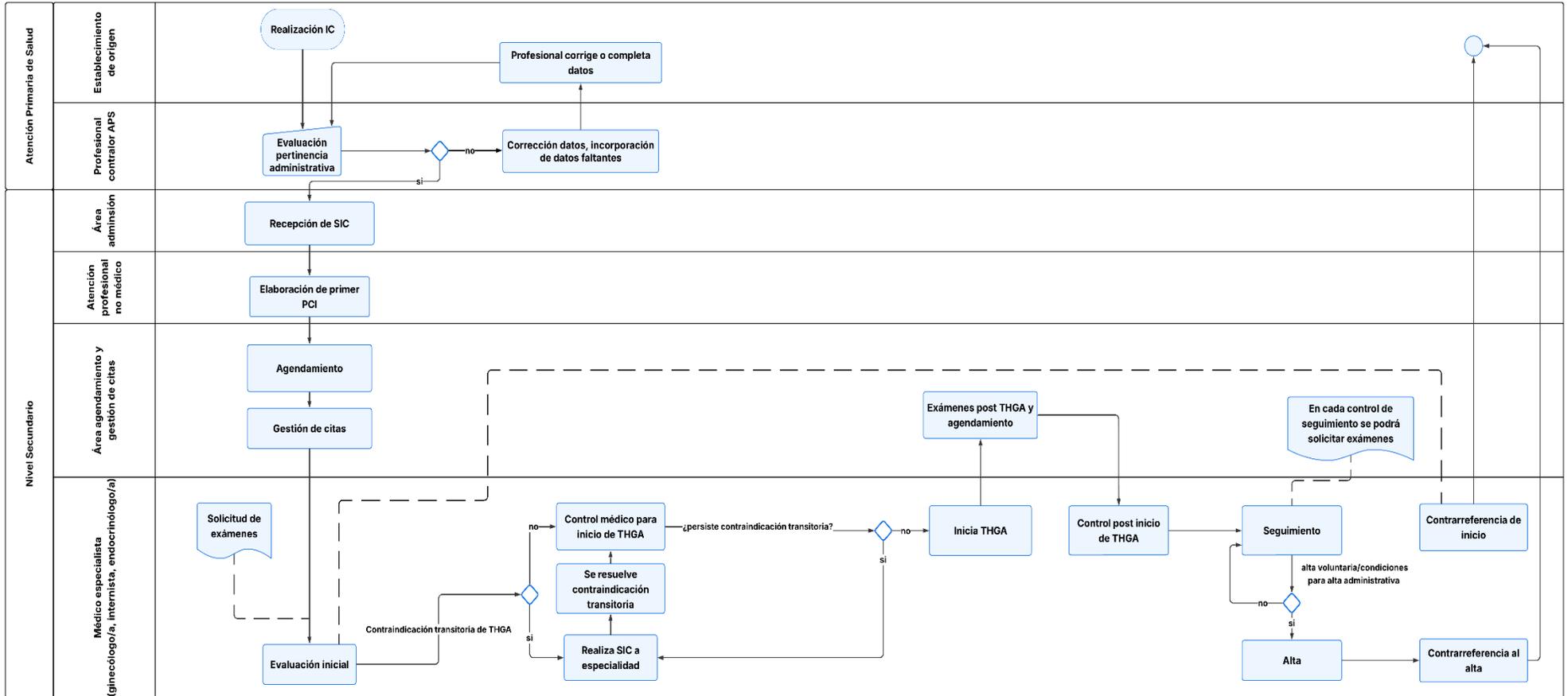
Aumento de masa muscular/fuerza	6 - 12 meses	2 - 5 años
Redistribución de la grasa corporal	3 - 6 meses	2 - 5 años
Cese de la menstruación	2 - 6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3 - 6 meses	1 - 2 años
Atrofia vaginal	3 - 6 meses	1 - 2 años
Engrosamiento de la voz	3 - 12 meses	1 - 2 años

Tabla 1-B. Efectos y tiempo esperado de la THGA con estrógeno

Efecto	Inicio esperado	Máximo efecto esperado
Redistribución de la grasa corporal	3 - 6 meses	2 - 5 años
Disminución de la masa muscular/fuerza	3 - 6 meses	1 - 2 años
Suavización de la piel/disminución de la oleosidad	3 - 6 meses	desconocido
Disminución de la libido	1 - 3 meses	1 - 2 años
Disminución de erecciones espontáneas	1 - 3 meses	3 - 6 meses
Disfunción sexual	variable	variable
Crecimiento mamario	3 - 6 meses	2 - 3 años
Disminución del volumen testicular	3 - 6 meses	2 - 3 años
Disminución de producción de esperma	variable	variable

Pérdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6 - 12 meses	> 3 años
Alopecia androgénica	No rebrote, pérdida se detiene 1 - 3 meses	1 - 2 años

Anexo 2.A Flujoograma del proceso de atención



Anexo 2.B. Ficha del Proceso Administrativo de la Atención

FICHA DE PROCESO			
PROCESO CLÍNICO Y ADMINISTRATIVO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDADES PARA EL ABORDAJE DE PERSONAS QUE SOLICITEN TERAPIA HORMONAL GÉNERO AFIRMATIVA PARA ADULTOS	Versión	Fecha	Autor
		1.0	06/09/23
Responsable	Jefatura de Atención Ambulatoria de Especialidades.		
Objetivo	Definir el proceso de atención en los establecimientos ambulatorios de especialidad para personas trans adultas que requieran terapia hormonal género afirmativa.		
Entradas	Persona trans o de género diverso adulta que solicita terapia hormonal género afirmativa.		
Salidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persona adulta que no puede acceder a terapia hormonal género afirmativa por incumplimiento de criterios clínicos. 2. Persona adulta que tras recibir orientación integral sobre la terapia hormonal género afirmativa, presenta dudas sobre el inicio del tratamiento. 3. Persona adulta que recibe la terapia hormonal género afirmativa y decide finalizar la terapia. 		
Participantes en la atención directa de la persona usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - Médicos y médicas especialistas. - Profesionales de la salud no médicos. • Áreas de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Admisión - Agendamiento - Gestión de citas - Farmacia - Procedimientos e imagenología 		

Procesos	Procesos	Descripción
Procesos	Recepción de la Solicitud de Interconsulta (SIC)/Orden de Atención (OA)	Proceso formado por el conjunto de actividades que tienen como objetivo disponer de documentos de derivación que cuenten con un conjunto mínimo básico de datos que permitan las gestiones clínicas y administrativas en la atención pertinente de la persona usuaria, de acuerdo con los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes en cada red.
	Pertinencia	<p>Proceso realizado por un o una profesional de la salud con las competencias técnicas necesarias para determinar si la derivación cumple con los criterios clínicos definidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia vigentes en la red local, junto con la completitud del conjunto mínimo básico de datos incorporados en la SIC u OA.</p> <p>Considerar que en las SIC u OA con origen en APS, la pertinencia se realiza en aquel nivel, por lo que se exceptúan de este proceso, considerando que ya se realizó por el profesional contralor del establecimiento.</p>
	Priorización	Este ámbito corresponde a un proceso efectuado por profesional médico que realiza acciones de categorización de prioridad de las SIC/OA desde un punto de vista clínico según la normativa de referencia y contrarreferencia de su red. Junto con lo anterior, se debe definir la modalidad de atención, que influirá en la prontitud con que la persona usuaria será agendada y atendida.

	Agendamiento	<p>Proceso realizado por personal administrativo encargado de asignar una citación consensuada con la persona usuaria de acuerdo con la priorización realizada a la SIC u OA y a la oferta de horas de consultas y procedimientos disponibles en el sistema de agenda oficial del establecimiento.</p> <p>Este agendamiento debe realizarse mediante contacto efectivo y de manera consensuada con la persona usuaria, junto a la entrega de indicaciones según protocolo del establecimiento cuando sea requerido.</p>
	Gestión de citas	<p>Corresponde al proceso realizado por personal administrativo donde se efectúa la confirmación de la cita a través de actividades que tienen por objetivo asegurar la asistencia de la persona usuaria a su atención de salud, para así lograr su acceso oportuno.</p> <p>Estas actividades se pueden realizar con sistemas multicanales determinados por el establecimiento.</p>
	Admisión de personas usuarias en el día de la atención de salud con modalidad presencial o a distancia.	<p>Proceso realizado por personal administrativo encargado de recepcionar a la persona usuaria donde se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifican registros de antecedentes personales, previsionales y demográficos para actualización en caso de que corresponda, generando datos que permitan la comunicación permanente entre la persona usuaria y los establecimientos de la red. - Asegura que el nombre social esté consignado y correctamente escrito, además se debe asegurar el correcto uso

		<p>del pronombre para referirse a la persona.</p> <p>- Se da aviso al o a la profesional que tiene asignada la cita, que la persona usuaria se encuentra en espera de su atención de salud.</p> <p>(*) En el caso de personas usuarias no beneficiarias de FONASA, se debe realizar el proceso de recaudación.</p>
	<p>Atención de la persona usuaria con modalidad presencial o a distancia.</p>	<p>Proceso que considera la realización de la prestación por parte del o de la profesional a la persona usuaria respecto a su necesidad de salud.</p> <p>En términos generales, la atención debe considerar la revisión de antecedentes otorgados en la SIC u OA, Registro Clínico Electrónico (RCE), resultado de exámenes, entre otros.</p> <p>En el caso de las prestaciones otorgadas dentro de la Terapia Hormonal Género Afirmativa, previa evaluación por el especialista se realiza la consulta nueva por profesional no médico como preevaluación médica.</p> <p>Al finalizar la atención del o de la profesional médico/a, la persona consultante conocerá su plan terapéutico, el cual incorpora las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta. - Hospitalización. - Derivación a otras especialidades. - Inicio de terapia hormonal género afirmativa, mantención de controles y seguimiento.

		Toda atención realizada por el personal de salud debe quedar consignada en el Registro Clínico Electrónico oficial del establecimiento.
	Contrarreferencia	<p>Proceso efectuado por el médico o médica especialista al profesional del establecimiento que originó la derivación donde se señala por medio de un documento, la atención efectiva de la persona consultante, e incluye datos clínicos y administrativos que responden al motivo que generó la SIC/OA.</p> <p>La contrarreferencia se realiza obligatoriamente en la consulta nueva del o de la especialista y al momento del alta de la especialidad.</p>
	Gestión de indicaciones	Proceso realizado por personal clínico y/o administrativo según sea el caso, para coordinar acciones relacionadas a las indicaciones entregadas en la atención clínica.

Anexo 3 Consentimiento Informado y Documento Informativo de Apoyo para terapia hormonal género afirmativa con estrógenos

Anexo 3 A Consentimiento informado para terapia hormonal género afirmativa con estrógenos

El objetivo específico de la terapia hormonal género afirmativa es minimizar o suprimir los caracteres sexuales secundarios correspondientes al sexo biológico de nacimiento, e inducir, mediante la administración de las hormonas, las características sexuales secundarias correspondientes al género identitario.

La terapia hormonal es de gran variabilidad, generando diferentes efectos, y en diferente tiempo para cada persona. En algunas personas los cambios serán notorios, y en otras no tanto; En algunas personas demorarán menos en aparecer y en otras más. Esto no depende de las dosis utilizadas, sino de factores como la respuesta individual a los fármacos utilizados, la edad de inicio, el funcionamiento orgánico, entre otros.

El estrógeno (generalmente estradiol) se utiliza para inducir características asociadas a la femineidad del cuerpo; y también puede disminuir la cantidad y el efecto de la testosterona. Los bloqueadores de andrógenos se utilizan para disminuir la cantidad de testosterona o para bloquear su efecto y reducir las características asociadas a lo masculino del cuerpo.

El o la profesional que indica la terapia hormonal determinará la forma de uso (pastillas, parches, geles o inyecciones) y la dosis de estrógeno y bloqueadores de andrógenos más adecuada para cada persona, considerando cualquier problema de salud que pueda existir.

Para mantener los efectos inducidos con la terapia hormonal, ésta deberá ser permanente. Detener la terapia repentinamente y por mucho tiempo puede tener efectos negativos para la salud, por lo que la suspensión de la terapia requiere asesoría profesional.

Estoy en conocimiento de que voy a iniciar un proceso de terapia hormonal género afirmativa, y que previamente a manifestar mi voluntad de acceder a ésta:

- He recibido la información detallada y que la he comprendido en su totalidad.
- He tenido la oportunidad de plantear las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara.
- Se me ha informado sobre los efectos esperables y los potenciales riesgos al usar la terapia hormonal género afirmativa con estrógenos.

- Me han informado que este consentimiento puede revocarse sin dar explicaciones del motivo, decisión que debe quedar debidamente consignada en la ficha clínica, y que cuento con acompañamiento y seguimiento médico en caso de suspensión.
- Me han informado y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo si no asisto a las consultas de seguimiento.
- Se me ha informado los efectos secundarios y las complicaciones posibles y su manejo, y se me ha entregado el “Documento Informativo de Apoyo sobre la Terapia Hormonal Género Afirmativa (THGA) con estrógenos”.

Por todo lo antes mencionado, confirmo que decido y solicito iniciar la terapia hormonal género afirmativa, para lo cual otorgo este consentimiento que firmo en dos documentos originales, uno de los cuales se incorporará a mi historia clínica y el otro quedará en mi poder.

Nombre legal de la persona usuaria ¹⁹ :	

Nombre social de la persona usuaria:	

RUT:	Firma:
_____	_____
Nombre del o la profesional responsable de la terapia hormonal:	

RUT:	Firma:
_____	_____
Nombre de la persona que actúa como facilitadora del proceso CI, en caso de existir:	

RUT:	Firma:
_____	_____

Establecimiento de salud: _____

Ciudad: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

¹⁹ De acuerdo con la Circular N°21/2012, todos los registros utilizados durante la atención de salud deben contemplar en primer lugar el nombre legal de la persona (consignado en el carnet de identidad) y, en segundo lugar, el nombre social con el cual dicha persona se identifica. **No obstante, es imprescindible que la identificación verbal durante el trato y la atención debe ser a través del nombre social.**

Anexo 3B Documento Informativo sobre efectos esperables, adversos y contraindicaciones del uso de la terapia hormonal género afirmativa con estrógenos

Efectos esperables al usar terapia hormonal género afirmativa con estrógenos

Los cambios en el cuerpo con el uso de estrógeno pueden tardar varios meses en ser perceptibles. Su acción suele empezar a notarse después de 2-4 meses de terapia, siendo algunos de sus efectos irreversibles después de los 6-12 meses. Por lo general los efectos tomarán de 3 a 5 años para ser completos.

Cambios que serán **permanentes** con la terapia hormonal género afirmativa con estrógeno y no desaparecerán, aun cuando se decida detener la terapia hormonal:

- Crecimiento y desarrollo del volumen mamario. El tamaño del volumen mamario varía en cada persona. No es predecible y no siempre es simétrico. El tamaño logrado no es proporcional a la dosis hormonal recibida; dosis mayores de hormonas con estrógeno no harán que se obtenga un volumen mamario mayor, ni que los efectos sean visibles en menos tiempo.
- Los testículos se vuelven más pequeños y suaves, y producen menos espermatozoides. Los testículos y la próstata se atrofian.
- Disfunción reproductiva: el tiempo que esto tarda en ocurrir y en convertirse en algo permanente varía de una persona a otra, pero puede ocurrir esterilidad permanente tras 6 meses del uso de estrógenos.

Cambios que **no son permanentes** y probablemente se revierten si se detiene la terapia hormonal género afirmativa con estrógeno:

- Pérdida de masa muscular y de fuerza, especialmente en la parte superior del cuerpo.
- Aumento de peso. En este caso la grasa tiende a ir a los glúteos, caderas, cara, brazos y muslos, en lugar del abdomen y la sección media, haciendo que el cuerpo se vea con una silueta asociada generalmente a lo femenino.
- La piel se vuelve más suave y el acné puede disminuir.
- El vello facial y corporal se vuelve más suave y liviano y crece más lentamente. Si bien el vello corporal disminuye, el facial no siempre desaparece del todo. Existen otros tratamientos para eliminar el vello no deseado.
- La calvicie puede ralentizar o parar, pero el pelo generalmente no vuelve a crecer.

- Disminución del deseo sexual.
- Disminución de la fuerza de las erecciones hasta desaparecer totalmente. La eyaculación se vuelve más fluida y hay menos cantidad.
- Pueden ocurrir cambios en el estado de ánimo o el pensamiento, que en general dependen de las características psicológicas previas de cada persona. Algunas personas encuentran que su salud mental mejora después de comenzar la terapia hormonal. Los efectos de las hormonas en el cerebro todavía no se comprenden por completo.

La terapia hormonal no cambia la estructura ósea de la cara ni del cuerpo; su “nuez de Adán” no se encoge. La voz sufre pocos cambios, ya que la laringe adulta es poco sensible a esta terapia hormonal. Existen terapias alternativas a la hormonal que pueden optimizar resultados en este sentido (terapia de la voz).

Posibles efectos adversos de la terapia con estrógenos y bloqueadores de andrógenos:

- Poco frecuentes: Retención de líquidos, alteración de la función hepática, cálculos en la vesícula. Alteraciones digestivas: náuseas y vómitos, especialmente al principio de la terapia con estrógenos.
- Disfunción reproductiva: es difícil predecir cuándo la disfunción reproductiva se convertirá en algo permanente. Cuando suceda, la persona perderá la capacidad de producir esperma con capacidad de fecundación, y ésta pudiera no reaparecer incluso si se suspende la terapia hormonal. Médicamente es posible preservar esperma antes de empezar la terapia hormonal.
- Mientras no se constate la disfunción reproductiva, si la persona practica sexo vaginal penetrativo con una persona con capacidad de gestar, y no está buscando un embarazo, se recomienda el uso de un método anticonceptivo (por ejemplo, preservativos). De igual manera el uso de preservativo SIEMPRE es una recomendación ya que previene Infecciones de transmisión sexual.
- Puede causar niveles elevados de prolactina (una hormona producida por la glándula pituitaria); existe reporte de casos de personas que recibían terapia hormonal con estrógenos y desarrollaron prolactinomas, un tumor benigno de la glándula pituitaria que puede causar dolores de cabeza, problemas con la visión y otros problemas hormonales.
- Puede empeorar un cuadro depresivo o causar cambios del estado de ánimo.

- Posible aumento del riesgo de desarrollar trombosis; en miembros superiores o inferiores (tromboflebitis) y en los pulmones (tromboembolismo pulmonar). Este último es muy excepcional, pero puede interferir con la respiración y la llegada de oxígeno al cuerpo, en las arterias del corazón podría causar infartos, y en las arterias del cerebro podría causar un infarto cerebral. De presentarse, es una situación grave de riesgo vital. **Este riesgo puede ser mayor en caso de: tabaquismo, si es mayor de 45 años, tiene presión arterial alta, colesterol alto, diabetes o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.**
- Puede causar o empeorar los dolores de cabeza y las migrañas.

Contraindicaciones para la terapia hormonal género afirmativa con estrógenos:

Cardiopatía coronaria inestable	Falla hepática inestable
Tumor hormono dependiente no tratado	

Los riesgos para la salud al usar la terapia hormonal género afirmativa pueden estar aumentados por presentar otros factores o características que son individuales y se describen a continuación (IMPORTANTE: completar describiendo características biológicas, psicológicas o sociales de esta persona usuaria que implican riesgos específicos):

- La terapia hormonal género afirmativa no es la única manera en que una persona puede expresarse de forma femenina, masculina o no binaria, y vivir según su propia identidad y expresión de género.
- Para la mantención de los caracteres sexuales secundarios inducidos con la terapia hormonal género afirmativa, ésta debe ser permanente.
- El tabaco puede aumentar considerablemente los riesgos de la terapia hormonal, especialmente de trombosis y enfermedad cardiovascular. Si fumo, se me recomendará disminuir el consumo o dejar de fumar antes de iniciar la terapia hormonal.
- Usar hormonas en dosis más altas que las recomendadas aumenta el riesgo de efectos secundarios, y tal vez no produzca mejores efectos en la inducción de los efectos esperados.

- Debo suspender el uso de hormonas por unas semanas antes y después de cualquier cirugía.
- El o la profesional que indica la terapia podría disminuir la dosis de fármacos, o podría dejar de recetarlos (casi siempre de forma temporal) por razones médicas y/o preocupaciones de seguridad. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal. En este caso, se me explicarán los motivos de todas las decisiones de la terapia.
- Este formulario compila los efectos secundarios y riesgos conocidos al momento, pero puede haber riesgos o efectos a largo plazo que aún no sean conocidos.
- El Consentimiento Informado puede ser revocado previo o durante la administración de los medicamentos sin tener que dar explicaciones de la causa de la revocación, suspendiéndose la terapia hormonal, sin embargo, el proceso debe ser con el acompañamiento por el médico o médica especialista que prescribió la terapia hormonal género afirmativa.

Responsabilidades de la persona usuaria:

- Utilizar los medicamentos solamente en las dosis y la forma como se me han recetado, y a consultar a mi médico o médica antes de hacer cualquier cambio.
- Mantener citas de seguimiento regulares; esto puede incluir citas para exámenes complementarios; el o la profesional que indica la THGA dirá qué pruebas son necesarias para detectar los posibles efectos nocivos y asegurar que la THGA sea segura y eficaz.
- Informar al médico o médica tratante si tomo o empiezo a tomar otros medicamentos recetados, suplementos dietéticos, medicamentos homeopáticos o a base de hierbas, así como cualquier droga (incluidas tabaco y alcohol), para que me pueda explicar las posibles interacciones y efectos que pueden tener en la THGA.
- Informar al médico o médica tratante de cualquier síntoma físico o problema nuevo que ocurra antes o durante la THGA.

Este Documento Informativo tiene por objetivo que considere los beneficios esperados de la THGA y sus posibles efectos secundarios, para que pueda decidir con su médico o médica si es lo adecuado para usted.

Anexo 4 Consentimiento informado y Documento Informativo de Apoyo para terapia hormonal género afirmativa con testosterona

Anexo 4 A Consentimiento informado para terapia hormonal género afirmativa con testosterona

El objetivo específico de la terapia hormonal género afirmativa es minimizar o suprimir los caracteres sexuales secundarios correspondientes al sexo biológico de nacimiento, e inducir, mediante la administración de las hormonas, las características sexuales secundarias correspondientes al género identitario.

La terapia hormonal es de gran variabilidad, generando diferentes efectos, y en diferente tiempo para cada persona usuaria. En algunas personas los cambios serán notorios, y en otras no tanto, al mismo tiempo, en algunas personas demorarán menos y en otras más en aparecer. Esto no depende de las dosis utilizadas, sino de factores como la respuesta individual a los fármacos utilizados, la edad de inicio, el funcionamiento orgánico, entre otros.

La testosterona se utiliza para inducir características asociadas a lo masculino del cuerpo.

El o la profesional que indica la terapia hormonal determinará la forma de uso (pastillas, parches, geles o inyecciones) y la dosis de testosterona más adecuada para cada persona, considerando cualquier problema de salud que pueda existir.

Para mantener los efectos inducidos con la terapia hormonal, ésta deberá ser permanente. Detener la terapia repentinamente y por mucho tiempo puede tener efectos negativos para la salud, por lo que la suspensión de la terapia requiere asesoría profesional.

Estoy en conocimiento de que voy a iniciar un proceso de terapia hormonal género afirmativa, y que previamente a manifestar mi voluntad de acceder a ésta:

- He recibido la información detallada y que la he comprendido en su totalidad.
- He tenido la oportunidad de plantear las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara.
- Se me ha informado sobre los efectos esperables y los potenciales riesgos al usar la terapia hormonal género afirmativa con testosterona.
- Me han informado de que este consentimiento puede revocarse sin dar explicaciones del motivo, decisión que debe quedar debidamente consignada en la

ficha clínica, y que cuento con acompañamiento y seguimiento médico en caso de suspensión.

- Me han informado y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo si no asisto a las consultas de seguimiento.
- Se me han informado los efectos secundarios y las complicaciones posibles y su manejo, y se me ha entregado el “Documento Informativo de Apoyo sobre la Terapia Hormonal Género Afirmativa (THGA) con testosterona”.

Por todo lo antes mencionado, confirmo que decido y solicito iniciar la terapia hormonal género afirmativa, para lo cual otorgo este consentimiento que firmo en dos originales, uno de los cuales se incorporará a mi historia clínica y el otro quedará en mi poder.

Nombre legal de la persona usuaria ²⁰ :	

Nombre social de la persona usuaria:	

RUN:	Firma:
Nombre del o la profesional responsable de la terapia hormonal:	

RUN:	Firma:
Nombre de la persona que actúa como facilitadora del proceso CI, en caso de existir:	

RUN:	Firma:

Establecimiento de salud: _____

Ciudad: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

²⁰ De acuerdo con la Circular N°21/2012, todos los registros utilizados durante la atención de salud deben contemplar en primer lugar el nombre legal de la persona (consignado en el carnet de identidad) y, en segundo lugar, el nombre social con el cual dicha persona se identifica. **No obstante, es imprescindible que la identificación verbal durante el trato y la atención debe ser a través del nombre social.**

Anexo 4B Documento Informativo sobre efectos esperables, adversos y contraindicaciones del uso de la terapia hormonal género afirmativa con testosterona

Efectos esperables al usar terapia hormonal género afirmativa con testosterona:

Los cambios en el cuerpo pueden tardar en empezar a notarse y generalmente toman de 3 a 5 años para completarse.

Cambios que serán **permanentes**; y no desaparecerán, aun cuando se decida detener la terapia hormonal con testosterona:

- El tono de la voz se volverá más grave.
- Aumento del crecimiento, engrosamiento y oscurecimiento de vello corporal.
- Crecimiento del vello facial.
- Alopecia androgénica: posible caída del cabello en las sienes y la corona de la cabeza (calvicie masculina) y posible calvicie completa.
- Aumento en el tamaño del clítoris

Cambios que **no son permanentes** y que probablemente se revertirán si detiene la terapia hormonal con testosterona:

- Se detendrá el sangrado menstrual, generalmente entre 2 y 6 meses después de empezar la terapia con testosterona.
- Posible aumento de peso. En este caso la grasa tiende a ir al abdomen y la sección media del cuerpo, en lugar de a los glúteos, las caderas y los muslos, lo que hace que el cuerpo se vea según el estereotipo social del cuerpo masculino.
- Aumento de la masa muscular y la fuerza en la parte superior del cuerpo.
- El tamaño de las glándulas mamarias apenas disminuye, aunque pueden ablandarse.
- Posible sensación de mayor energía física.
- Cambios en la piel, incluyendo acné, que puede ser grave.
- Aumento del deseo sexual.

Pueden ocurrir cambios en el estado de ánimo o el pensamiento, que en general depende de las características psicológicas previas de cada persona; tal vez note mayor impulsividad, pero no es categórico. Algunas personas encuentran que su salud mental mejora después de comenzar la THGA. Los efectos de las hormonas en el cerebro todavía no se comprenden por completo.

Posibles efectos adversos de la terapia con testosterona:

- Aumento del apetito, peso, músculo y grasa.
- Mayor sudoración.
- Posible empeoramiento o desencadenamiento de dolores de cabeza y migrañas.
- Retención de líquidos.
- Posibles efectos emocionales como dificultad en el manejo de la frustración o irritabilidad.
- La testosterona no es un método anticonceptivo. Aún si los períodos menstruales se detienen, si practica sexo vaginal receptivo con una persona portadora de espermios, existe posibilidad de embarazo. Es importante el uso de algún tipo de método anticonceptivo, tanto por la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) como de embarazo, entendiendo que los altos niveles de testosterona en el cuerpo podrían causarle daños al feto en desarrollo, e incluso la muerte.
- Disfunción reproductiva: después de recibir la terapia con testosterona, tal vez no se logre fertilidad por un tiempo; y es variable cuánto tiempo podría tardar en convertirse en algo permanente.
- El revestimiento del cuello uterino y las paredes de la vagina pueden researse y estar más frágiles; esto puede causar irritación y malestar; y aumentar la susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual, por lo que se recomienda el uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales, independientemente del género de la pareja sexual.
- Posibles cambios en los niveles de colesterol, aumento de la glucosa en sangre, y aumento de la presión arterial, pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ataques al corazón, cerebrales y bloqueos en las arterias).
- Posible aumento en la hemoglobina y el hematocrito (número de glóbulos rojos en la sangre); si aumenta a niveles más altos de lo normal, puede causar problemas con la circulación como trombosis o ataques cardíacos o cerebrales.
- Posibles alteraciones en la función hepática que pueden llevar a una Hepatopatía grave (enfermedad hepática por alteración de las enzimas del hígado, situación de salud grave).

Contraindicaciones para la terapia hormonal género afirmativa con testosterona:

Embarazo	Policitemia no tratada (hematocrito > 52%)
Cardiopatía coronaria inestable	Falla hepática
Tumor hormono dependiente no tratado	

Los riesgos para la salud al usar la terapia hormonal género afirmativa pueden estar aumentados por presentar otros factores o características que son individuales y se describen a continuación (IMPORTANTE: completar describiendo características biológicas, psicológicas o sociales de esta persona usuaria que implican riesgos específicos):

- La terapia hormonal género afirmativa no es la única manera en que una persona puede expresarse de forma femenina, masculina o no binaria, y vivir según su propia identidad y expresión de género.
- Para la mantención de los caracteres sexuales secundarios inducidos con la terapia hormonal género afirmativa, ésta debe ser permanente.
- El tabaco puede aumentar considerablemente los riesgos de la terapia hormonal género afirmativa, especialmente de trombosis y enfermedad cardiovascular. Si fumo, el o la profesional que indica la terapia me recomendará reducir el consumo o dejar de fumar antes de iniciar el uso de las hormonas, en particular si además tengo otros riesgos de formación de trombos o enfermedad cardiovascular.
- Usar hormonas en dosis más altas que las recomendadas aumenta el riesgo de efectos secundarios, y tal vez no produzca mejores efectos en la inducción de los efectos esperados.
- Debo suspender el uso de hormonas por unas semanas antes y después de cualquier cirugía.
- El o la profesional que indica la terapia podría disminuir la dosis de fármacos, o podría dejar de recetarlos (casi siempre de forma temporal) por razones médicas y/o preocupaciones de seguridad. Esto puede retrasar o dificultar la consecución de los objetivos previstos del cambio corporal. En este caso, se me explicarán los motivos de todas las decisiones de la terapia.
- Este formulario compila los efectos secundarios y riesgos conocidos al momento, pero puede haber riesgos o efectos a largo plazo que aún no sean conocidos.
- El Consentimiento Informado puede ser revocado previo o durante la administración de los medicamentos sin tener que dar explicaciones de la causa de

la revocación, suspendiéndose la terapia hormonal género afirmativa, sin embargo, el proceso debe ser con el acompañamiento del médico o médica especialista que prescribió la terapia hormonal género afirmativa.

Responsabilidades de la persona usuaria:

- Utilizar los medicamentos solamente en las dosis y la forma como se me han recetado, y a consultar a mi médico o médica antes de hacer cualquier cambio.
- Mantener citas de seguimiento regulares; esto puede incluir citas para pruebas de examen genital y de cuello uterino, mamografías y análisis de sangre con regularidad; el o la profesional que indica la terapia dirá qué pruebas son necesarias para detectar los posibles efectos nocivos y asegurar que la terapia hormonal género afirmativa sea segura y eficaz.
- Informar al médico o médica tratante si tomo o empiezo a tomar otros medicamentos recetados, suplementos dietéticos, medicamentos homeopáticos o a base de hierbas, así como cualquier droga (incluidas tabaco y alcohol), para que me pueda explicar las posibles interacciones y efectos que pueden tener en la terapia hormonal género afirmativa.
- Informar al médico o médica tratante de cualquier síntoma físico o problema nuevo que ocurra antes o durante la terapia hormonal género afirmativa.

Este Documento Informativo tiene por objetivo que considere los beneficios esperados de la terapia hormonal género afirmativa y sus posibles efectos secundarios, para que pueda decidir con su médico o médica si es lo adecuado para usted.

Anexo 5. Plan de Cuidado Integral

1. Antecedentes personales:

Fecha de elaboración del PCI: _____ (dd/mm/aa)

Profesionales que elaboran el PCI: _____

Nombre legal: _____

Nombre social (a utilizar durante toda la atención verbal): _____

Edad: _____

Sexo asignado al nacer: _____

Identidad de género: femenina __ masculina __ no binaria __ otra _____

Rut/NIP: _____ - _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ (dd/mm/aa)

Nacionalidad: _____

Acompañante: Sí __ No __. / (Papá, Mamá, Hermana/o, Abuela/o, Amiga/o, Pareja)

Red de apoyo: Sí __ No __ / Quién: _____ Contacto: _____

Se vincula a alguna organización: Sí __ No __ Cuál: _____

Nivel educacional: _____

2. Antecedentes clínicos:

Antecedentes médicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes en salud mental: _____

Antecedentes familiares: _____

Fármacos: _____

Alergia a fármacos: _____

Tabaco: _____

Oh: _____

Drogas: _____

Dieta alimentaria: _____

Suplemento alimentario: _____

Actividad física: _____

¿Ha utilizado terapia hormonal previamente? Sí __ No __

En caso ha utilizado: _____

Qué medicamentos: _____

Periodo de uso: _____

Uso de Relleno Sintético Permanente (*silicona líquida u otro*): Sí: __ No __

En caso ha utilizado, qué tipo: _____ Desconoce (marcar una X): _____

En qué zona: _____ Año de la aplicación: _____

Mecanismos de adecuación corporal (binder, packing): _____

