



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Protocolo de atención en salud del paciente transgénero**

**Belalcázar Obando Gishella Genith**

**Vargas Samacá Diana Catalina**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá D.C, Colombia

2022

# **Protocolo de atención en salud del paciente transgénero**

**Belalcázar Obando Gishella Genith  
Vargas Samacá Diana Catalina**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Especialistas en Obstetricia y Ginecología**

Director (a):

Dra. Diana Carolina Vargas Fiesco

Codirector (a):

Dr. Ariel Iván Ruiz Parra

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología

Bogotá, Colombia

2022

*A nuestros padres, hermanos y sobrinos, quienes nos inspiran cada día para la culminación de todos nuestros proyectos.*

*A nuestros profesores, quienes día a día se esfuerzan con amor, paciencia y armonía transmitiéndonos y fortaleciendo nuestra pasión por la medicina y en especial por nuestra valiosa especialidad.*

*A todos ustedes y a nuestra fuente de inspiración.*

Declaramos lo siguiente:

Hemos leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Fecha 18/11/2022

# Resumen

## **Protocolo de atención en salud al paciente transgénero**

Este protocolo es diseñado con el fin de implementarse en instituciones de salud para la adecuada atención del paciente transgénero, quienes han sido objeto de discriminación tanto en el ámbito social como en lo que respecta a la salud. comprometiendo la integridad de la persona, así como la violación de su derecho fundamental a la salud que se entiende según la Organización Mundial de la Salud como el bienestar no solo físico, sino también social y mental de cualquier persona: por lo tanto, es imperativo la oportuna y clara información sobre el abordaje en salud de los pacientes transgénero con el fin de brindar el mejor cuidado a esta población marginada desde el conocimiento y la empatía.

**Palabras clave: Transgénero, incongruencia de género, disforia de género, salud.**

## **Abstract**

### **Health care protocol for transgender patients**

This protocol is designed to be implemented in Health Institutions for the proper care of transgender patients, who have been subjected to discrimination the social sphere, as well as in the field of health, compromising the integrity of the persons and violating their fundamental right to the health, which according to the World Health Organization is understood as the physical, social and mental well-being of each person, therefore, it is important to implement this timely and clear information on the health approach of transgender patients and the best care based on knowledge and empathy.

**Keywords: Transgender, gender incongruity, gender dysphoria, health.**

# Tabla de contenido

## Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS ACTUALES.</b>  | <b>10</b> |
| <b>2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES</b>   | <b>13</b> |
| 2.1 MARCO JURÍDICO  | 15        |
| 2.1.1 Legislación Internacional   | 15        |
| 2.1.2 Legislación Colombiana  | 15        |
| <b>3. ALCANCE</b>   | <b>18</b> |
| <b>4. OBJETIVOS</b>   | <b>19</b> |
| 4.1 General:  | 19        |
| 4.2 Específicos:  | 19        |
| <b>5. METODOLOGÍA</b>   | <b>20</b> |
| <b>6. ADAPTACIONES DE TIPO ADMINISTRATIVO Y FUNCIONAL INSTITUCIONALES QUE SE REQUIEREN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO.</b> | <b>22</b> |
| 6.1 El profesional de la salud.   | 22        |
| 6.1.1 Estudiantes de medicina, posgrado y otras áreas en salud.   | 23        |
| 6.2 Personal no clínico   | 25        |
| 6.3 Las instituciones   | 25        |
| 6.3.1 Registro e historia clínica.  | 25        |
| 6.3.2 Adaptaciones en la planta física  | 26        |
| 6.4 Evaluar las necesidades de las comunidades  | 26        |
| <b>7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISFORIA O INCONGRUENCIA DE GÉNERO.</b>  | <b>29</b> |
| 7.1 Los criterios diagnósticos en el adulto y sus limitaciones  | 29        |
| 7.2 Frecuencia  | 31        |
| 7.3 El diagnóstico en la niñez y la adolescencia  | 32        |
| 7.4 Implicaciones para los prestadores de servicios de salud  | 33        |
| <b>8. ABORDAJE GENERAL DE LA MUJER TRANSGÉNERO.</b>   | <b>35</b> |
| 8.1 Acompañamiento en el tratamiento médico de la mujer transgénero   | 36        |
| 8.2 Supervisión periódica:  | 37        |
| 8.3 Efectos adversos en el tratamiento médico de mujeres transgénero.   | 37        |
| 8.4 Consideraciones de fertilidad.  | 38        |
| 8.5 Tamización oncológica.  | 38        |
| 8.6 Cirugía de confirmación de género.  | 39        |
| 8.7 Resultados psicosociales del tratamiento.   | 39        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>9. ABORDAJE GENERAL DEL HOMBRE TRANSGÉNERO</b>  | <b>40</b> |
| 9.1 Acompañamiento en el tratamiento médico del hombre transgénero.  | 40        |
| 9.2 Supervisión periódica:   | 41        |
| 9.3 Consideraciones de fertilidad  | 42        |
| 9.4 Cirugía de reafirmación de género  | 42        |
| <b>10. APOYO FÍSICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES TRANSGÉNERO</b>   | <b>43</b> |
| 10.1 Depresión e intento suicida en pacientes transgénero.   | 43        |
| 10.2 Ansiedad social en pacientes transgénero  | 45        |
| 10.3 Consumo de Sustancias psicoactivas en la población transgénero.   | 46        |
| 10.4 Trastornos alimentarios en pacientes transgénero  | 47        |
| 10.5 Salud sexual en la población transgénero.   | 48        |
| 10.5.1 ¿Cómo se ve afectada la salud sexual durante los tratamientos de reafirmación de género?                      | 49        |
| 10.5.2 Detección, prevención y tratamiento de Virus de inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual. | 51        |
| 10.6 Implicaciones en salud  | 52        |
| <b>11. SERVICIOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GÉNERO</b>                | <b>54</b> |
| 11.1 Enfermedad y riesgo cardiovascular  | 54        |
| 11.2 Salud ósea y osteoporosis   | 55        |
| 11.3 Mujeres transgénero mayores.  | 57        |
| 11.4 Opciones en fertilidad  | 57        |
| 11.5 Atención preconcepcional y prenatal   | 59        |
| 11.6 Anticoncepción  | 60        |
| 11.7 Infecciones de transmisión sexual   | 63        |
| 11.8 Tamizaje del cáncer en personas transgénero   | 65        |
| <b>12. TERAPIA HORMONAL DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO</b>  | <b>70</b> |
| 12.1 Generalidades   | 70        |
| 12.1.1 Evaluación previa al tratamiento  | 71        |
| 12.1.2 Exámenes de laboratorio iniciales:  | 72        |
| 12.1.3 Contraindicaciones de la terapia hormonal de reafirmación de género   | 72        |
| 12.2 Terapia hormonal en la mujer transgénero  | 73        |
| 12.2.1 Estrógenos  | 73        |
| 12.2.2 Antiandrógenos  | 76        |
| 12.2.3 Seguimiento   | 78        |
| 12.3 Terapia hormonal en el hombre transgénero   | 81        |
| 12.3.1 Testosterona  | 81        |
| 12.3.2 Progesterona  | 83        |
| 12.3.3 Seguimiento   | 83        |
| <b>13. ASPECTOS QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO</b>   | <b>87</b> |
| 13.1 Procedimientos quirúrgicos.   | 87        |
| 13.1.1 Cirugía torácica de afirmación de género:   | 87        |
| 13.1.2 Cirugía de reconstrucción genital   | 87        |
| 13.1.3 Otras intervenciones quirúrgicas representativas:   | 91        |



|   |            |
|---|------------|
| 13.2 Cuidados posoperatorios :  | 91         |
| <b>14. ORGANIZACIONES DE APOYO QUE PUEDEN SER CONSULTADAS EN LA RED</b> | <b>93</b>  |
| <b>15. ANEXOS</b>   | <b>96</b>  |
| <b>16. BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>111</b> |

# 1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS ACTUALES.

**Sexo:** categorización que generalmente se asigna al nacimiento de acuerdo con las características biológicas (fenotípicas, genéticas, hormonales o anatómicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como hombres o mujeres (1).

**Género:** Se refiere a los roles, comportamientos y características definidas por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, mujeres o personas con identidades no binarias. Abarca tres dimensiones: identidad, comportamiento y deseo (1).

**Identidad de género:** Sentido interno de ser hombre o mujer o identificarse con ambos o ninguno de estos géneros. Es importante distinguir la orientación sexual de la identidad de género; conocer la identidad de género de alguien no identifica su orientación sexual (ver adelante) (2). En relación con la identidad de género pueden considerarse:

- Identidad de género binaria: corresponde a la de las personas que tienen una identidad de género que es masculina o femenina.
- Identidad de género no binaria: corresponde a la de las personas que tienen una identidad de género que no es ni masculina ni femenina (3).

**Expresión de género:** Formas en las que una persona comunica a otras su identidad de género (3).

**Cisgénero:** Término que se aplica a las personas cuyo sexo registrado al nacer se alinea con su identidad de género; personas que no son transgénero (1).

**Transgénero:** Término que se aplica a las personas que tienen una identidad de género que difiere del sexo que se les asignó al nacer, incluidas aquellas que se identifican como no binarias (2). El término incluye:

- Mujer transgénero: se refiere a aquellas personas que tienen una identidad de género del espectro femenino, pero se les asignó el sexo masculino al nacer.
- Hombre transgénero: se refiere a aquellas personas que tienen una identidad de género del espectro masculino, pero se les asignó el sexo femenino al nacer.
- Agénero: se refiere a aquellas personas que no se identifican ni con el género femenino ni con el género masculino.

- **Género fluido:** persona de cualquier sexo asignado al nacimiento que tiene una identidad de género que no es ni masculina ni femenina, es una combinación de los dos o es fluida.

**LGBTIQ+:** Es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales y Queer, que agrupa a las personas con las orientaciones sexuales e identidades de género mencionadas. Al final de la sigla se suele añadir el símbolo + para incluir todos los colectivos que no están representados en las siglas anteriores.

**Transexual:** Histórica y médicamente, el término transexual se utilizó para indicar una diferencia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer. Más específicamente, el término se usa a menudo para comunicar que la experiencia del género implica cambios médicos.

A pesar de definiciones similares, muchas personas transgénero no se identifican como transexuales. Además, algunas personas transgénero encuentran que la palabra transexual es ofensiva y estigmatizante. Esto se debe a su historia y a sus raíces en los campos profesionales de la medicina y la psicología, que usaban este término para etiquetar incorrectamente a todas las personas transgénero como enfermos mentales o sexualmente desviados (3).

**Orientación sexual:** Término que caracteriza el patrón de atracción romántica o sexual hacia otras personas, independientemente de la identidad de género (1). Se consideran en este término:

- **Homosexual (gay o lesbiana):** aquellos que se sienten predominantemente atraídos o son sexualmente activos con miembros del mismo género.
- **Bisexual:** aquellos que se sienten atraídos o son sexualmente activos con personas de un género diferente al suyo o por alguien del mismo género.
- **Pansexual:** describe una atracción por personas de cualquier género: hombre, mujer o en el espectro entre los dos.
- **Heterosexual:** alguien que se siente atraído o es sexualmente activo con personas del otro género.

**Intersexual:** Término antiguo que se aplicaba a las personas que nacen con una alteración reproductiva o sexual anatómica que no se ajusta a las definiciones típicas de hombre o mujer. En la actualidad se ha reemplazado por trastornos de la diferenciación y

el desarrollo sexuales (DSD) (6) y tienen causas genéticas, endocrinológicas o embriológicas específicas (2).

**Incongruencia de género:** Definición del CIE-11 dentro del grupo de “condiciones relacionadas con la salud sexual”, despatologizando la identidad de género transgénero. Se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo (1).

**Disforia de género:** Término del DSM-5 definido como la incomodidad que surge en algunas personas debido a la incongruencia entre sus identidades de género y su anatomía sexual externa al nacer. Los componentes centrales del diagnóstico del DSM-5 mencionan una incomodidad de larga data con la incongruencia entre la identidad de género y la anatomía sexual externa al nacer junto con la interferencia con la función social, escolar u otras áreas (1).

**Tratamiento hormonal y cirugías de afirmación de género o de confirmación de género:** Intervenciones médicas o quirúrgicas para personas transgénero realizadas para alinear la apariencia con la identidad de género.

## 2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Los cuidados a la población transgénero por parte del personal de salud han sido estudiados ampliamente a nivel mundial como resultado del reconocimiento de falencias en la atención que quizás son consecuencia de la falta de educación sobre la diversidad de género y sus implicaciones. Es fundamental la atención de esta población entendiendo, desde las demandas generales y específicas, hasta las políticas públicas de salud para personas transgénero, con el fin de contribuir a una disminución verdadera de su marginación permanente (4).

Cabe resaltar que, aunque en países desarrollados como Estados Unidos, ha habido un creciente interés y atención a las necesidades de las personas transgénero y de género no conforme (5), y que en algunos países en desarrollo nos encontramos enfrentando los problemas culturales no solo en atención en salud sino en otros sectores, lastimosamente la población LGTBIQ en general siguen siendo blanco de prejuicios y violencia. Por ello esta población sigue en la búsqueda constante de la igualdad de derechos, principalmente el derecho fundamental a la salud.

El género sigue haciendo referencia a un “marcador social” en el que se construyen actitudes, comportamientos y expectativas mediante los cuales la sociedad define los valores de referencia y el estándar de “normalidad”. La identidad de género surge de la percepción intrínseca de una persona como hombre, mujer o la combinación de ellos, información importante para todo el personal de salud que, desde el primer contacto, está estrecha y ampliamente relacionado con la comodidad y atención satisfactoria, desde el saludo hasta la despedida en una institución en salud (5).

Organizaciones profesionales como la Asociación Americana de Psicología (2015), la Asociación Médica Americana (AMA, 2017), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia, han comenzado a reconocer a las poblaciones transgénero y de género no conforme (TGNC) y han emitido declaraciones sobre la importancia de la medicina transgénero (5).

A pesar de los esfuerzos desarrollados para disminuir la discriminación a la población transgénero, estas personas aún experimentan barreras interpersonales que impiden acceder a una atención médica competente; por lo tanto, es importante seguir con la investigación continúa en cuanto al trato humanizado de esta población. Múltiples estudios internacionales que parten de comparaciones con muestras de minorías sexuales y población general han demostrado los índices de discriminación en la atención médica de esta comunidad. “Transfobia” es el término utilizado para explicar actos directos de discriminación hacia las personas transgénero y “borrado” es el término usado para referirse a sistemas de opresión empleados con el fin de invisibilizar a las personas trans (6), lo que comúnmente también puede evidenciarse en el entorno de la atención médica y es lo que debemos evitar.

Investigaciones recientes han mostrado que las personas trans a menudo se ven obligadas a elegir entre acceder a los servicios de acuerdo con su sexo de nacimiento o renunciar a los servicios por completo (6), pues los proveedores en salud no desean familiarizarse con este tipo de atención ni sienten empatía hacia las personas transgénero, o simplemente no están dispuestos a su aceptación afectando evidentemente la calidad de atención en salud por el mencionado “borrado institucional” (7). Uno de los propósitos del presente protocolo es contribuir al conocimiento de una atención en salud competente y empática de esta población, además de fomentar el respeto a sus derechos.

A partir de investigaciones basadas en encuestas a poblaciones con diversidad de género, se ha encontrado que esta población frecuentemente opta por ocultar su transexualismo y se establece una barrera, tanto en la relación “médico-paciente”, como con la institución en salud, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento adecuado. Existe un entorno de desconfianza y distanciamiento entre el servicio de salud y esta población, que puede tener origen o agravarse por la discriminación activa de los proveedores de la atención médica, como la negación de la atención, el abuso y el acoso (8), todo ello con un trasfondo de transfobia y reforzado por el “borrado”.

Por otra parte, la “cisnormatividad” (entendida como la supuesta normalidad hacia las personas cisgénero) genera “cisgenderismo”, término que hace referencia al privilegio que se da a las identidades no trans (6).

De lo anterior se deduce la importancia de una autoevaluación sincera de las políticas y prácticas institucionales para cambiar las desigualdades estructurales que contribuyen a la invisibilidad de las personas transgénero.

## 2.1 MARCO JURÍDICO

En el marco legislativo respecto a la atención en salud de las personas transgénero encontramos legados no sólo nacionales sino también preceptos jurídicos de carácter internacional, legislaciones que contienen derechos y principios que conforman el presente protocolo.

### 2.1.1 Legislación Internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer
- Pacto internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales en el cual se reconoce la integralidad, interdependencia e indivisibilidad del derecho a la salud

### 2.1.2 Legislación Colombiana

- Constitución Política de Colombia de 1991

A nivel general, en Colombia la Constitución Política de 1991 es la máxima normatividad aplicable; es la norma de normas que establece los derechos y principios pilares de toda la legislación Colombiana aplicables para el presente protocolo de atención en salud de las personas transgénero. Se destacan artículos como:

- “**ARTICULO 1o.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el **respeto de la**

**dignidad humana**, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”

- **“ARTICULO 5o. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.”**
- **“ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.”**
- **“ARTÍCULO 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.”**
- **“ARTICULO 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.”**
- **“ARTICULO 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.”**
- **“ARTICULO 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación (...)”**
- **“ARTICULO 23. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución (...)”**
- **“ARTICULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (...)”**
- **“ARTÍCULO 86. Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública (...)”**
- **ARTICULO 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno (...)”**



**Leyes, Decretos y Resoluciones.**

- Ley 10 de 1990, Sistema Nacional de Salud.
- Ley 100 de 1993, Sistema de Salud y Seguridad Social, principio de universalidad, Con sus modificaciones respecto a ajustes (Ley 1122 de 2007) y fortalecimiento (Ley 1438 de 2011).
- Decreto 608 de 2007, lineamientos de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital.
- Ley 1482 de 2011, Ley antidiscriminación que penaliza los actos de discriminación como delitos.
- Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud.
- Decreto 1227 de 2015, cambio de sexo en cédula.
- Resolución 429 de 2016, Política de atención integral en salud (PAIS), define como enfoques para el abordaje en salud: Atención primaria en salud (APS), salud familiar y comunitaria, enfoque poblacional y diferencial.
- Decreto 410 de 2018, sobre prevención de la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, mediante la promoción de la acción afirmativa #AquíEntranTodos.
- Resolución 3280 de 2018, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

**Jurisprudencia Colombiana**

- T-063/15 Derecho a la corrección del sexo en el Registro Civil y demás documentos de identidad de las personas trans.
- T-444/14 Derecho a la privacidad y a la protección de datos.
- T-622/14 Obligación de las EPS de realizar todos los estudios médicos necesarios para tener un consentimiento informado al momento de decidirse por una cirugía de reasignación de sexo.
- T-771/13 Derecho a someterse a todos los procedimientos médicos necesarios para la afirmación sexual de las personas transgénero por medio de la EPS.
- T-552/13 Derecho a someterse a cirugía de reasignación de sexo de las personas trans por medio de la EPS.
- T-918/12 Reasignación sexual.
- T-977/12 Cambio de nombre (por segunda vez) a mujer trans.

- T-876/12 Caso en que Secretaría de Salud y EPS niegan cirugía de cambio de sexo.
- T-477/95 Cambio de Sexo. Readecuación del sexo del menor.

### **3. ALCANCE**

El protocolo va dirigido al personal de salud incluidos estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, trabajo social, médicos generales, médicos residentes de las diferentes áreas, médicos especialistas de las diferentes áreas médicas o quirúrgicas, y al personal administrativo de las instituciones de salud.

El protocolo tiene como población blanco a las personas mayores de edad transgénero; más precisamente a aquellos con identidad de género binaria, es decir hombres y mujeres transgénero. se mencionarán en el protocolo a las poblaciones transgénero no binarias y algunas de las pautas en la atención se podrán aplicar para ambas poblaciones; sin embargo, la población blanco central es específicamente la población transgénero binaria.

A lo largo del presente documento se considerarán los siguientes aspectos administrativos, clínicos y de intervención:

- Adaptaciones institucionales generales de tipo administrativo y funcional que se requieren para el tratamiento de las personas transgénero.
  - Si bien es importante garantizar una experiencia satisfactoria de las personas en los servicios de salud desde la entrada a la institución hasta su egreso, no es el objetivo principal de este protocolo considerar todos los detalles administrativos que se deben modificar.
- Criterios diagnósticos de la incongruencia de género, teniendo en cuenta los conceptos del DSM 5 y la actualización del CIE 11.
- Cómo abordar al hombre transgénero y mujer transgénero.
  - Cómo brindar una aproximación a una adecuada atención a la población transgénero teniendo en cuenta las necesidades en salud particulares a lo largo de su vida, desde el espectro de intervenciones para la reafirmación de género, pasando por el apoyo psicosocial, hasta favorecer una

adecuada adherencia a los programas de tamización según sea necesario y demás programas de salud en general.

- Apoyo físico y emocional de los pacientes transgénero.
- Terapia hormonal de reafirmación de género.
- Aspectos quirúrgicos.
- Organizaciones de apoyo que pueden ser consultadas en la red.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 General:**

Desarrollar un protocolo de atención en salud en el que se estipulen las pautas para ofrecer un adecuado cuidado de las personas transgénero, al tiempo que se respeten sus derechos y se evite la discriminación por parte del talento humano en salud.

### **4.2 Específicos:**

- Aportar a médicos, estudiantes y al personal de atención en salud, una descripción general de las mejores prácticas en lo que respecta a la atención en salud para las personas transgénero.
- Contribuir con una herramienta para el abordaje de las personas transgénero en el ámbito hospitalario.
- Ampliar la información respecto a los diferentes procedimientos médicos, tanto quirúrgicos como clínicos al personal de salud, en cuanto a patologías relacionadas y al cuidado de la salud física y mental.
- Fomentar la sensibilización y la empatía del personal de salud en cuanto al fortalecimiento de la educación y la atención de las personas transgénero.

## 5. METODOLOGÍA

El presente trabajo se propuso desarrollar un protocolo de atención en salud en el que se estipulan las pautas para ofrecer un adecuado cuidado de las personas transgénero, que pueda contribuir a que las entidades de salud brinden atención a las personas con discordancia de género que procuren un servicio más humano, empático, técnico y equitativo.

Se realizó una búsqueda sistemática de bibliografía relacionada con aspectos claves en la atención del paciente transgénero, haciendo énfasis en las guías y protocolos publicados por organizaciones que tienen experiencia en el tema.

Se diseñó una estrategia de búsqueda sensible y específica para las bases de datos Medline, Embase, Biblioteca Cochrane, LILACS y PsyINFO. Para la búsqueda se usarán los términos: transgender [MeSH] OR transgender health services [MeSH] AND (Gender Dysphoria [MeSH] OR Hormone replacement therapy [MeSH] OR mental health [MeSH] OR Primary health care [MeSH] OR Sex Reassignment Procedures [MeSH] OR Sex Reassignment Surgery [MeSH] AND (guides OR protocols OR recomendations OR statements).

Se hizo énfasis en guías basadas en la evidencia que aborden diferentes modalidades de servicio desde el inicio de la atención, hasta la valoración del paciente, tanto en el ámbito clínico, como en el quirúrgico y que promuevan afinidad, empatía y respeto.

Se trató de encontrar estadísticas que permitieran ofrecer recomendaciones y responder a las personas transgénero cuando presenten dudas, inquietudes y preguntas en relación con los tratamientos endocrinológico, psiquiátrico/psicológico y quirúrgico.

Las recomendaciones fueron elaboradas inicialmente por el grupo desarrollador y serán presentadas al Departamento de Obstetricia y Ginecología para su socialización y discusión y, posteriormente, se presentarán al Departamento de Psiquiatría y a las Unidades de Endocrinología y Cirugía Plástica para obtener la retroalimentación necesaria.

El grupo desarrollador analizó las contribuciones al protocolo de atención para su incorporación al documento.

Se hizo una revisión final del documento completo por parte de los docentes tutores y de los docentes calificadores del trabajo de grado.

Posteriormente se planteará la aplicación del protocolo inicialmente en las áreas de ginecología y de endocrinología del Hospital Universitario Nacional de Colombia y de ginecología y endocrinología ginecológica de la Subred Norte en la USS Engativá de la Ciudad de Bogotá.

## **6. ADAPTACIONES DE TIPO ADMINISTRATIVO Y FUNCIONAL INSTITUCIONALES QUE SE REQUIEREN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO.**

La experiencia de todas las personas o usuarios de los servicios de salud debería ser satisfactoria desde el ingreso a la institución hasta su egreso; esto implica que durante el contacto con todo el personal de la institución se garantice el respeto de los derechos humanos y el acceso a una atención médica adecuada y competente (9), es por esto que, aunque no es el objetivo principal de este protocolo considerar todos los detalles administrativos que se deben modificar, si se darán pautas que podrán mejorar la atención de la población transgénero.

Como población, las personas transgénero corren un mayor riesgo de experimentar disparidades de salud y enfrentan múltiples barreras para acceder a la atención médica adecuada, incluida la denegación del servicio, la discriminación y la falta de conocimiento médico (10)(11)(12). Estas experiencias resultan en la evitación de atención médica por lo que al proporcionar un entorno clínico seguro, acogedor y culturalmente apropiado puede asegurar que las personas transgénero no solo consulten por una primera

atención, sino que continúen con su seguimiento (3); esto se puede lograr mediante el concurso de varios actores.

## **6.1 El profesional de la salud.**

El conocimiento sobre el cuidado de la población con diversidad de género puede ser limitado para algunos profesionales de la salud u otros miembros de los equipos de atención (13) por lo que al aportar las pautas del protocolo esto puede contribuir en la sensibilización sobre la importancia del tema, el adecuado uso del lenguaje, evitando juicios de valor sobre la identidad o expresión de género, procurando respetar la identidad de género y lograr así un adecuado manejo y seguimiento de las necesidades en salud de las personas transgénero, lo cual incluye la importancia de mantener actualizados sus conocimientos sobre las modalidades de atención y tratamiento de las personas transgénero (12)(13).

Las competencias claves en comunicación incluyen usar los nombres y pronombres que la persona considere correctos según su identidad de género, evitar suposiciones sobre el género, mantener la confidencialidad y evitar preguntas que no sean pertinentes para la atención (12).

### **6.1.1 Estudiantes de medicina, posgrado y otras áreas en salud.**

Se han realizado múltiples estudios sobre la educación en salud enfatizando primordialmente en temas específicos con homofobia en estudiantes de medicina y otras áreas de salud para determinar la complejidad de este problema que afecta la atención en salud de la comunidad LGTBIQ específicamente hablando de pacientes transgénero, por lo tanto, según la OMS la homofobia es un término que se ha utilizado para definir el temor, rechazo, odio, repudio o discriminación hacia las mujeres y hombres que se reconocen a sí mismo como homosexuales incluyendo también a personas bisexuales y transexuales esto se considera un factor de riesgo importante para la adecuada atención del paciente trans, ya que afecta el bienestar emocional y físico de las personas o colectivos mencionados, muchas veces esto constituye una amenaza constante hacia esta población en la medida en que puede convertirse en rechazo persecución y violencia (14).

Para evitar este tipo de conflictos es pertinente iniciar con una base de educación en las instituciones universitarias dónde se aborden temas como la orientación sexual e identidad de género explicando las definiciones exactas como hemos mencionado en capítulos anteriores.

Es imperativo que los estudiantes de medicina, residentes de todas las especialidades médicas y otras personas que se encuentren en proceso de capacitación y que vallas a estar en contacto estrecho con las personas transgenero puedan recibir una educacion adecuada y cumplan un papel fundamental para la futura atención de los pacientes, de hecho los estudiantes en su proceso de aprendizaje, durante las prácticas continuas ya se encuentran interactuando con pacientes que posiblemente pertenezcan a la comunidad LGTBIQ+ donde se deben brindar buenas prácticas para el adecuado manejo y trato de los paciente, incluyendo el respeto, la empatía y el trato humano a las personas transgénero. La educación en salud de las personas transgénero capacita a los médicos identificando y cambiando barreras sistemáticas en la atención que causan desigualdades en estos pacientes, así mismo se mejora el conocimiento sobre la atención específica para este tipo de población (14). Todo esto se relaciona en particular con actitudes negativas y falta de conocimiento sobre la salud de las personas transgénero lo que se ha manifestado en informes de personas a las que se les ha negado la atención médica o que han sufrido discriminación en el ámbito de la salud, incluyendo desde el abuso verbal, hasta el físico en entornos de atención médica. A pesar de que un número crecientes de instituciones han reconocido el papel de la educación en la mejora de la atención de las personas transgénero y han tomado medidas para abordar a estas personas, a menudo no es suficiente para contrarrestar las desigualdades que perse sufren las personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQ+ (15).

Un estudio publicado en el año 2018 en donde se realizaron búsquedas estructuradas en cinco bases de datos para identificar literatura relacionada con la educación médica y la salud transgénero se realizó el seguimiento de más de 119 artículos en donde se determinó que la salud transgénero debería obtener una exposición curricular generalizada, pero los esfuerzos para incorporar la salud transgénero en la educación médica tanto en pregrado como posgrados son incipientes por lo que no hay un consenso sobre intervenciones educativas exactas que se deben a abordar para la atención en salud de las personas transgénero siendo esta una barrera mayor para la exposición y la desigualdad en cuanto a la atención que se ofrece nación (14).



Múltiples estudios investigativos describen como los modelos interdisciplinarios emergentes de atención para pacientes transgénero todavía no se han incorporado de manera crítica para el diseño de intervenciones educativas en la formación de especialistas, concluyendo de esta manera que si los modelos de prestación de atención cambian, la educación debe cambiar para reflejar y servir mejor a los nuevos modelos de atención (9).

Cabe resaltar que para hacer un cambio, las juntas de evaluación, los decanos del plan de estudio, los directores de cada programa, deben incluir el tema de la salud de personas transgénero como obligatorio, identificando las expectativas de las competencias clínicas. Las preocupaciones médicas que se relacionan con la identidad de género merecen una atención específica individualizando aún más a cada paciente para que las inequidades en salud que están basadas en el género puedan entenderse más profundamente. Se deberían incorporar intervenciones pedagógicas que mejoren las actividades y la conciencia sobre desigualdades de salud en las personas transgénero. Se deben mejorar las habilidades clínicas de los estudiantes y sus conocimientos sobre la población transgénero, se podrían implementar rotaciones que estén enfocadas en centros de salud comunitarios LGTBQ+ y atención directa a las personas transgénero. Se podría realizar una medida estandarizada con respecto a lo que califica como contenido transgénero en los planes de estudios médicos de programa de pregrado y sistemas de información para rastrear el progreso a fin de evaluar de manera confiable los cambios curriculares y las mejores prácticas pedagógicas (14). Es importante la integración de estos temas en los dominios médicos relacionados y hacer énfasis en las habilidades clínicas que se requieren para la atención de esta población.

## **6.2 Personal no clínico**

Es importante que todo el personal de la institución (clínico y no clínico) pueda recibir capacitaciones o sean formados en sensibilidad cultural y comunicación efectiva con pacientes transgénero y de género diverso (12)(13) de tal forma que la comunicación en el consultorio y en los demás espacios de la institución no cause discriminación o aumente la disforia de género.

## **6.3 Las instituciones**

### **6.3.1 Registro e historia clínica.**

Según las posibilidades administrativas y del manejo del software de la historia clínica que tenga cada institución, se considera importante poder recopilar y registrar los datos sobre la identidad de género, permitiendo que el nombre (que puede diferir del nombre en el documento de identificación) y los pronombres correctos se recopilen en el registro del paciente y se muestren en el encabezado de la historia clínica para que todo el personal los vea y pueda usar antes de interactuar con el paciente (12).

Igualmente los formatos usados en la práctica diaria pueden incluir casillas en las que se exprese la identidad de género según corresponda (10); por ejemplo, se puede usar esto para que las encuestas de satisfacción en la atención le den voz a las opiniones específicas de la población transgénero (12).

Además, en el manejo del software del registro clínico no se deberían encontrar problemas para solicitar exámenes o procedimientos por el sexo o género que se ha escrito en la identificación del paciente (12).

### **6.3.2 Adaptaciones en la planta física**

Según la disponibilidad de recursos y las necesidades identificadas, se pueden realizar adaptaciones en la planta física para crear un espacio clínico acogedor para las personas transgénero (3). Esto incluye que los pacientes puedan elegir el uso del baño de mujeres o de hombres según sus preferencias o tener la posibilidad de tener un baño neutral en cuanto al género, lo cual, es especialmente útil para las personas de género no binario(3)(10).

## **6.4 Evaluar las necesidades de las comunidades**

Es importante plantear estrategias para la evaluación de las necesidades de la comunidad transgénero que se va a atender, de forma que se logre la participación de voces de género diverso. Inicialmente se pueden tomar en cuenta recomendaciones y sugerencias de un buzón de sugerencias o encuestas anónimas hasta que se cuente con la participación de líderes comunitarios que participen en el planteamiento de mejoras de aquellas necesidades específicas de la población transgénero (12).

Al seguir estas pautas sencillas y continuar el estudio de otras necesidades específicas de la población transgénero, se puede iniciar el camino para conseguir ambientes clínicos más amigables y con atención de calidad. Además, los profesionales de la salud y el personal administrativo debe considerar y en lo posible aplicar los principios básicos del SOC-8 a su trabajo con personas transgénero y de género diverso para garantizar el respeto de los derechos humanos y el acceso a una atención médica adecuada y competente (Tabla 1) (9).

Tabla 1. Principios básicos de SOC-8 (9).

*“Principios generales*

Sea empoderador e inclusivo. Trabajar para reducir el estigma y facilitar el acceso a la atención médica adecuada para todos los que la buscan;

Respetar la diversidad. Respetar a todos los usuarios y todas las identidades de género. No patologizar las diferencias en la identidad o expresión de género;

Respetar los derechos humanos universales, incluido el derecho a la integridad física y mental, la autonomía y la autodeterminación; la no discriminación y el derecho al más alto nivel posible de salud.

*Principios en torno al desarrollo e implementación de servicios apropiados y atención médica accesible*

Involucrar a personas transgénero y de género diverso en el desarrollo e implementación de servicios;

Tomar conciencia de los factores sociales, culturales, económicos y legales que podrían afectar la salud (y las necesidades de atención médica) de las personas transgénero y de género diverso, así como la voluntad y la capacidad de la persona para acceder a los servicios;

Proporcionar atención médica (o derivar a colegas expertos) que afirme las identidades y expresiones de género, incluida la atención médica que reduzca la angustia asociada con la disforia de género (si está presente);

Rechace los enfoques que tengan como objetivo o efecto la conversión y evite brindar apoyo directo o indirecto a dichos enfoques o servicios.

*Principios en torno a la prestación de servicios competentes*

Adquirir conocimientos (obtener capacitación, cuando sea posible) sobre las necesidades de atención médica de las personas transgénero y de género diverso, incluidos los beneficios y riesgos de la atención de afirmación de género;

Adaptar el enfoque del tratamiento a las necesidades específicas de los clientes, en particular sus objetivos de identidad y expresión de género;

Centrarse en promover la salud y el bienestar en lugar de solo reducir la disforia de género, que puede estar presente o no;

Comprometerse con enfoques de reducción de daños cuando corresponda;

Permitir la participación informada plena y continua de las personas transgénero y de género diverso en las decisiones sobre su salud y bienestar;

Mejorar las experiencias de los servicios de salud, incluidos los relacionados con los sistemas administrativos y la continuidad de la atención.

*Principios en torno al trabajo para mejorar la salud a través de enfoques comunitarios más amplios*

Poner a las personas en contacto con comunidades y redes de apoyo entre pares;

Apoyar y defender a los usuarios dentro de sus familias y comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros entornos) cuando corresponda.”

Tomado de:

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M, et al. (2022) Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Int J Transgender Health, 23:sup1, S1-S259

## **7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISFORIA O INCONGRUENCIA DE GÉNERO.**

## 7.1 Los criterios diagnósticos en el adulto y sus limitaciones

En la quinta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales DSM-5* (DSM-5, por sus siglas en inglés), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) cambió el diagnóstico de “Trastorno de Identidad de Género (GID, por sus siglas en inglés) a “Disforia de Género (GD, por sus siglas en inglés) (16). Las definiciones produjeron múltiples controversias por carencia de suficiente información científica que provocaba efectos estigmatizantes sobre la población estudiada, al señalar a las personas trans como poseedoras de un “desorden” ya que se expresaban de manera distinta las masculinidades y feminidades estereotipadas según el género designado (17). La nueva definición sigue siendo cuestionada, aunque se argumenta como la síntesis de toda la evidencia creada por investigadores con ideales objetivos ligados a una deslegitimación ideológica.

Por lo tanto, el rol del evaluador es determinar la presencia de incongruencia de género, identificar cualquier problema de salud incluido el ámbito en salud mental, ofrecer información sobre los procedimientos tanto quirúrgicos como médicos de afirmación de género, así como riesgos, beneficios y posibles contraindicaciones en caso de presentarse, contribuyendo en el conocimiento del paciente para la toma de decisiones personales que aportarán benéficamente en la salud (16).

Se han realizado múltiples investigaciones para determinar la adecuada evaluación y diagnóstico clínico acertado de la GD. Cohen-Kettenis y van Goozen idearon la escala de Utrech en la cual se valoran ítems a través de 12 preguntas que se califican en una escala de 1 a 5, con resultado final “disfórico” o “no disfórico”, que comprende diversos grados de disforia de género, incertidumbre de género y transiciones de identidad de género entre los extremos de la escala. Pese al esfuerzo realizado por estos investigadores el instrumento no discrimina totalmente los aspectos del constructo ya que, como otras investigaciones, no es posible diferenciar entre “angustia” e “inconformidad” de género que no es patológica(18).

Para realizar el diagnóstico adecuado de disforia o incongruencia de género es imprescindible entender que, según el DSM-5, es la angustia mas no la diversidad de género lo que es posible diagnosticar; por ende, no todas las personas trans

experimentan disforia de género. Sin embargo, los argumentos en la literatura respaldan y se apropian del diagnóstico propuesto por el DSM-5 para una adecuada aproximación que garantice intervenciones clínicas por parte de un equipo multidisciplinario. En la siguiente tabla se describen los criterios diagnósticos de disforia de género según el DMS-5 (16):

“Diagnóstico realizado si el individuo experimenta dos o más de estas experiencias:

- Una marcada incongruencia entre la identidad de género y las características sexuales.
- Un deseo de deshacerse de sus características sexuales.
- Un fuerte deseo por tener las características sexuales del otro género.
- Un fuerte deseo de ser del otro género (o una alternativa, es decir, género no binario).
- Un deseo de ser tratado como si fuera del otro género (o una alternativa, es decir, género no binario).
- Una convicción de que uno tiene los mismos sentimientos y respuestas que el otro género (o una alternativa, es decir, género no binario).

Esto debe estar asociado con una angustia significativa o un deterioro funcional para que se haga un diagnóstico.”

Aunque se trate de una aproximación al diagnóstico de incongruencia de género es importante no dejar de lado la individualización de cada paciente en cuanto a su entorno y necesidades; no existe ningún proceso de evaluación que se adapte completamente a todos los pacientes (16), no todos los pacientes requieren obligatoriamente por ejemplo acompañamiento psicoterapéutico en sus tratamientos de reafirmación de género si se centra específicamente en su identidad de género, otras valoraciones como exploración genital solo se debe realizar si está clínicamente indicado, por otra parte las valoraciones multidisciplinarias solo deben llevarse a cabo si es especialmente necesario en cada paciente según sus necesidades.

Como se ha dicho, la evidencia es limitada, por lo tanto, la bibliografía revisada se enfoca principalmente en la evaluación de beneficios y preferencias tanto de proveedores como de pacientes, uso y viabilidad de recursos. Es indispensable la valoración de un profesional de salud debidamente calificado a los pacientes transgénero para la realización e inicio de tratamientos de reafirmación de género (16), es imperativo hacer

mención de que gran porcentaje de pacientes trans no acuden a instituciones de salud para realización de estos procedimientos por falta de conocimiento que puede estar asociado en gran parte a la gran discriminación proporcionada por la comunidad en general, lo que puede resultar en la automedicación que puede desencadenar complicaciones graves irreversibles en el paciente.

El inicio de tratamiento de reafirmación de género así como el cumplimiento de criterios para la realización del mismo debe realizarse en personas diagnosticadas con incongruencia de género de forma marcada y sostenida, considerando destacar la duración, la consistencia y la naturaleza del diagnóstico, puede incluir factores como cambio de nombre y documentos, informar a otros sobre cambios en la identidad de género, aunque no en todos los pacientes trans puede llevarse a cabo al igual que la angustia derivada de su identidad de género.

Realizar el diagnóstico médico adecuado con empatía y respeto e instaurar el concepto de atención humanizada en salud, contribuye a asegurar la intervención apropiada de la población trans. Esta intervención incluye, desde el apoyo psicológico para explorar la identidad de género y la realización de la transición médica y social, hasta las intervenciones médicas que se requieran, tanto desde el punto de vista endocrinológico y quirúrgico, como por otras especialidades médicas y profesionales de la salud, para procurar el confort pleno de las personas transgénero (19).

## **7.2 Frecuencia**

Es imperativo contribuir a la investigación sobre la epidemiología de la disforia o incongruencia de género. La escasez de estudios epidemiológicos formales sobre la diversidad de género, lo que no permite una estimación precisa de su incidencia, a esto se suma la estigmatización social sobre la diversidad de género y la carencia de una definición estandarizada (20).

Una revisión sistemática de 10 estudios realizados en ocho países, basada en pacientes que se presentaron a institutos de salud para recibir atención para la transición de género, encontró que la prevalencia varió de 1:11.900 a 1:45.000 para mujeres transgénero (hombres designados por nacimiento) y de 1:30.400 a 1:200.000 para



hombres transgénero (mujeres designadas por nacimiento) (9). Sin embargo, estudios más recientes evidencian un aumento de la prevalencia de mujeres designadas por nacimiento quienes se presentan continuamente a centros de atención especializada; la prevalencia hoy en día ha oscilando entre 0.5 y 0.8% siendo similar tanto en hombres como mujeres (21).

### **7.3 El diagnóstico en la niñez y la adolescencia**

Aunque la mayoría de personas transgénero aceptan su identidad de género en la edad adulta, esto también ocurre en la niñez o en la adolescencia. Pese a que en la mayoría de niños la designación de género se ajusta a su identidad de género, algunos niños tienen una identidad de género que no corresponde con el género designado; por lo tanto, se trata de jóvenes transgénero o de género diverso (TGD). No siempre estos niños crecerán para convertirse en adultos transgénero, ya que también pueden convertirse en adultos cisgénero (22). En todo caso, el personal de salud debe estar capacitado para llevar a cabo intervenciones en salud en la población transgénero juvenil. Se debe comprender a cada paciente de manera individualizada ya que no todos los jóvenes TGD desean recibir tratamiento hormonal o quirúrgico para una transición fenotípica (23).

Algunas características descritas en la literatura sobre la GD en niños y adolescentes permiten de manera oportuna una adecuada aceptación de género en las personas y evitar problemas tanto sociales como mentales, lo que contribuye a la salud integral de cada persona trans. En la niñez la GD puede presentarse de múltiples maneras según la personalidad, el entorno y la cultura. Algunos niños pueden preferir ropa, peinados o realizar actividades que se consideran estereotipadamente más apropiados para el sexo opuesto (24). Otros pueden simplemente preferir expresar su identidad de género sin limitaciones binarias, de manera fluida (ni femenino, ni masculino); en ocasiones el infante puede sentir limitación para expresar su identidad de género y esto puede verse reflejado en problemas de humor o de conducta (25). En la adolescencia los cambios físicos asociados a la pubertad pueden resultar excepcionalmente difíciles para los jóvenes con TGD; sin embargo, pacientes que vivieron en la neutralidad, pueden presentar mayor riesgo de enfermedades mentales como ansiedad, depresión, suicidio y comportamientos peligrosos como uso de drogas y actividad sexual sin protección (26).

## **7.4 Implicaciones para los prestadores de servicios de salud**

Es importante señalar que, aunque la disforia de género no es catalogada como una patología y lejos de clasificarla dentro de las enfermedades mentales, una gran proporción de pacientes transgénero padecen problemas de salud mental como depresión, ansiedad y otros (17). Por ello es necesario poner en práctica las investigaciones descritas en la literatura que hacen énfasis en reconocer y guiar a nuestros pacientes en conjunto con el acompañamiento psicológico pertinente.

Una persona con GD puede reconocer plenamente su identidad de género desde la niñez hasta la vejez (27), a esto se le denomina “divulgación” que, en muchas ocasiones, puede ser causante del rechazo, no solo social, sino de su entorno y, peor aún, puede derivar en rechazo de la atención en salud. Por ello, como se explicó, muchos pacientes trans deciden ocultar su identidad de género, lo que provoca mayor compromiso de su salud física y mental.

El papel de los proveedores de atención primaria en salud es muy importante pues ellos se encuentran en una posición privilegiada para promover los derechos, los resultados saludables y positivos individuales para cada persona, y desempeñar un papel central en el reconocimiento de la diversidad de género. Estos proveedores de salud también pueden tener un impacto en las preocupaciones asociadas, la educación y el apoyo, al igual que el reconocimiento temprano de los problemas de salud mental asociados y los comportamientos de riesgo.

El talento humano en salud debe mantener un léxico de género actualizado y estar familiarizado con la forma de entrevistar a las personas trans, apoyando la diversidad de género. Se ha observado un gran avance en países desarrollados en relación con la educación para la salud transgénero, copatrocinado por la Asociación Médica Americana y por centros educativos que ofrecen cursos de educación posgraduada en salud transgénero (26), con el fin de promover el adecuado diagnóstico y las intervenciones integrales apropiadas en personas trans.

## **8. ABORDAJE GENERAL DE LA MUJER TRANSGÉNERO.**

Las mujeres transgénero son todas aquellas personas con incongruencia entre la identidad de género (femenino) y la anatomía sexual externa al nacer (órganos sexuales masculinos). En este capítulo abordaremos la evaluación y manejo general de la mujer transgénero. Así mismo, señalaremos varias asociaciones dedicadas exclusivamente al cuidado de personas transgénero como la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud de las Personas Transgénero (9), la sociedad endocrinológica (28) y el colegio americano de obstetras y ginecólogos.

La sociedad endocrinológica hace hincapié en cuanto al apoyo médico para la transición, tanto física como mental y social, de las personas transgénero, si es posible, desde la adolescencia contando con el asesoramiento médico multidisciplinario personalizado y con opciones de preservación de la fertilidad (28).

El enfoque individualizado para la mujer transgénero es importante para el asesoramiento adecuado de los tratamientos médicos y quirúrgicos, exaltando los beneficios, riesgos y posibles complicaciones, y el trato humanizado desde el saludo. El diagnóstico debe ser determinado por profesionales médicos capacitados, diferenciando trastornos mentales que pueden conllevar a un diagnóstico inadecuado del paciente transgénero. Identificar la disforia de género puede marcar una diferencia importante en la salud integral del paciente trans. El acompañamiento psicosocial de este paciente es pertinente para la atención adecuada. De esta manera cabe destacar nuevamente los criterios para la incongruencia de género incluyendo la incongruencia persistente de género y la anatomía sexual externa al nacer, así como también descartar un trastorno mental confuso (16), importante en el momento de determinar el tratamiento de reafirmación de género médico o quirúrgico adecuado para cada paciente (28).

## **8.1 Acompañamiento en el tratamiento médico de la mujer transgénero**

Para la mujer transgénero la terapia hormonal induce el confort tanto físico como mental y es imprescindible para su transición y el inicio del tratamiento quirúrgico, una futura cirugía de reafirmación de género, solamente si la paciente lo desea. Las prioridades de los resultados del manejo hormonal para la paciente trans incluye: La disminución del vello facial y corporal, formación de mamas, y la distribución femenina del tejido adiposo y tejido muscular. Estos cambios se logran a través de la disminución de los efectos biológicos de los andrógenos. La mayoría de estos cambios físicos se pueden lograr en los primeros 3 a 12 meses del inicio de la terapia con estrógenos y antiandrógenos; sin embargo el tiempo en el desarrollo mamario con terapia hormonal puede variar hasta un

máximo de 2 años. Otros efectos del tratamiento hormonal de reafirmación son la disminución del deseo sexual, la disminución de las erecciones espontáneas, y la atrofia de la glándula prostática y de los testículos que puede tardar de 3 a 6 meses. La terapia hormonal no siempre logra el 100% del cambio deseado por la paciente, por lo que se puede recurrir a otros tratamientos como la depilación láser para la eliminación completa del vello sexual (28).

No hay estudios ampliamente diseñados en cuanto al tratamiento con progestágenos para regímenes feminizantes, aunque se ha señalado que algunas mujeres transgénero informaron una mejoría en cuanto al desarrollo mamario, así como el estado de ánimo y el deseo sexual con esta terapia (28).

Es trascendental profundizar en cada paciente las expectativas sobre el tratamiento médico en cuanto a los cambios corporales dado que en la mayoría de casos este no será suficiente y se requerirá de manejo quirúrgico, así como en el momento de los cambios físicos inducidos, para prevenir el daño potencial y el gasto de estas pacientes en procedimientos innecesarios.

La prevención de resultados adversos se basa fundamentalmente en el conocimiento y asesoramiento por parte del personal médico sobre los riesgos asociados a la terapia de reemplazo de hormonas sexuales en personas no transgénero como mayor riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, la evidencia ha demostrado que se trata de los mismos riesgos asociados para la terapia hormonal en pacientes transgénero.

## **8.2 Supervisión periódica:**

Control paraclínico de niveles hormonales esteroideos sexuales:

- Cada 3 meses durante el primer año.
- Cada 6 a 12 meses luego del primer año.

Control médico:

- Monitorización de presión arterial.

- Examen físico.
- Indagar en otras cuestiones de salud como el consumo de tabaco, síntomas de depresión de acuerdo a cada paciente.

## **8.3 Efectos adversos en el tratamiento médico de mujeres transgénero.**

### **8.3.1. Trombosis venosa profunda**

Existe mayor riesgo para trombosis venosa profunda en mujeres transgénero que reciben terapia hormonal, especialmente en aquellas con factores de riesgo adicionales como el consumo de tabaco, trastorno de hipercoagulabilidad o inmovilización posterior a cirugía de reafirmación de género por lo que se recomienda suspender la terapia hormonal 2 a 4 semanas previo a la cirugía y se reanuda a las 4 semanas posterior a la cirugía, en cuanto la paciente se movilice completamente.

### **8.3.2. Enfermedad cardiovascular**

Un estudio de cohorte sugirió un aumento de la prevalencia de accidente cerebrovascular isquémica e infarto de miocardio en mujeres transgénero con terapia hormonal, con una apreciación mayor en mujeres transgénero que iniciaron terapia con estrógenos durante el seguimiento en especial, después de seis años de terapia; sin embargo, este estudio fue limitado debido a la pequeña población en estudio (29), por lo tanto, aún se desconoce el impacto de la terapia hormonal sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular.

### **8.3.3. Hipertrigliceridemia**

Debe evitarse la administración de estrógenos orales en paciente con hipertrigliceridemia familiar, ya que esto puede conducir al aumento significativo de la paciente trans a padecer pancreatitis aguda, especialmente en aquellas pacientes en las que los niveles de triglicéridos son mayores a 2000 mg/dL; por lo tanto, se sugiere realizar un perfil lipídico antes del inicio del tratamiento hormonal (28).

## **8.4 Consideraciones de fertilidad.**

El inicio de la terapia hormonal en la mujer transgénero limita el potencial de fertilidad y en las pacientes que se someten a cirugía de reafirmación de género se pierde el potencial reproductivo. Por lo tanto, es importante indagar sobre el deseo reproductivo de la paciente transgénero antes del inicio de cualquier tipo de tratamiento, y se puede considerar la criopreservación de esperma, idealmente antes del inicio de la terapia hormonal (30).

## **8.5 Tamización oncológica.**

Las pacientes con tejido mamario requieren control para detectar cáncer de mama; este riesgo puede aumentar debido a la exposición prolongada al tratamiento hormonal con estrógenos y el uso de progestágenos, es recomendable la mamografía como prevención para cáncer de mama en mujeres transgénero mayores de 50 años con factores de riesgo adicionales como uso de progestágenos y estrógenos mayor a 5 años, antecedentes familiares e IMC mayor de 35 kg/m<sup>2</sup> (31).

Por otro lado, la próstata no se extirpa rutinariamente en la cirugía de reafirmación de género y la terapia hormonal al parecer reduce el riesgo de cáncer de próstata; sin embargo, la literatura al respecto es limitada y se desconoce el porcentaje de disminución de riesgo. Se han encontrado casos de cáncer de próstata, tanto antes, como después del tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, se sugiere realizar el examen digital rectal anual en mujeres transgénero con transición después de los 20 años de edad y pruebas de antígeno prostático específico después de los 50 años de edad (28).

## **8.6 Cirugía de afirmación de género.**

También conocida como "cirugía de afirmación de género", es el último paso en el proceso del tratamiento, aunque muchas pacientes prefieren adoptar solamente el tratamiento médico con el cual pueden llegar sentirse a gusto y vivir con éxito su rol de género.

Se debe alentar y asesorar completamente sobre los beneficios, riesgos y posibles complicaciones e indagar directamente sobre las expectativas de la paciente. A grandes rasgos existen tres categorías de cirugía de reafirmación de género: Cirugías de reafirmación facial para crear rasgos femeninos, mamoplastia de aumento -aunque es

importante tener en cuenta que la mayoría de pacientes logran el resultado deseado después de 12 meses de terapia hormonal, hasta Tanner 3 (32) y, finalmente, la cirugía de reconstrucción genital, la cual no todas las mujeres transgénero desean. Este procedimiento puede incluir: orquidectomía, penectomía y vaginoplastia en la cual se realiza la construcción quirúrgica de neovagina, clítoris y labios generalmente usando la piel del pene para el revestimiento vaginal y la piel del escroto para los labios (28).

### **8.7 Resultados psicosociales del tratamiento.**

Después de recibir el tratamiento individualizado la mujer transexual tiene una mejoría significativa en la calidad de vida y en los resultados psicosociales, de acuerdo con una gran amplitud de estudios seleccionados. Un metaanálisis que incluyó 28 estudios con 1833 personas, de las cuales 1093 eran mujeres transgénero que se sometieron a terapia hormonal, demostró que más del 80% presentó mejoría significativa de los síntomas asociados a disforia de género, en el funcionamiento psicológico y sexual, así como en la calidad de vida en general (33). Una limitación de este metaanálisis es que los estudios eran observacionales y la mayoría carecía de controles.

## **9. ABORDAJE GENERAL DEL HOMBRE TRANSGÉNERO**



El hombre transgénero es todo aquel en el que la identidad de género (hombre) difiere de la anatomía sexual externa al nacer (órganos sexuales femeninos). En este capítulo se abordará la evaluación y manejo del hombre transgénero. Grandes asociaciones han publicado pautas para el tratamiento de la disforia de género; al igual que en la mujer transgénero, si es posible. es importante abordar al hombre transgénero desde la pre adolescencia en manejo multidisciplinario, utilizando los criterios diagnósticos mencionados, y considerar los tratamientos médicos y quirúrgicos después de descartar problemas de salud mental.

## **9.1 Acompañamiento en el tratamiento médico del hombre transgénero.**

El objetivo de la terapia hormonal transgénero es inducir cambios físicos para que coincidan con la identidad de género. Cabe mencionar que algunas personas pueden identificarse como no binarias, se trata de personas que pueden tener atributos de identidad tanto femenina como masculina (9). El objetivo deseado es detener la menstruación e inducir la virilización, incluyendo un patrón masculino de vello facial y sexual, cambios en la voz y contornos físicos masculinos, para lo cual el principal tratamiento hormonal es la testosterona.

Muchas personas transgénero pueden iniciar a automedicarse desde edades tempranas (28) conllevando a serios problemas de salud, esto debido al miedo constante a la discriminación por su identidad de género, que hace que el paciente recurra a la automedicación.

Los ésteres de testosterona son el tratamiento recomendado dado que posee los niveles más altos de testosterona. Su administración es vía parenteral, aunque existen otras presentaciones como geles que se utilizan según las preferencias del paciente, con el objetivo de alcanzar los niveles hormonales masculinos normales; sin embargo, la virilización con esta vía de administración suele ser más lenta (34).

Los efectos masculinizantes constan de una gran variedad de cambios físicos del paciente: a nivel capilar se produce el desarrollo del vello sexual que sigue el patrón de la pubertad masculina, iniciando por labio superior, mentón y mejillas (35); en cuanto a la

voz puede producir una profundización de la misma debido al crecimiento orofaríngeo; otros cambios tienen que ver con la composición corporal como la reducción de grasa subcutánea con aumento de grasa magra; el acné puede ocurrir en aproximadamente un 40% de la población; crecimiento de clítoris, aumento del deseo sexual y disminución de tejido mamario (28).

## **9.2 Supervisión periódica:**

- Evaluar al paciente cada 3 meses en el primer año
- Cada 6 – 12 meses después del primer año

Además de un examen físico detallado, medición de tensión arterial, control sérico de testosterona y niveles de estradiol en los primeros 6 meses, es pertinente realizar un adecuado seguimiento paraclínico de hematocrito debido a la eritrocitosis que es comúnmente informada en la administración de testosterona especialmente por la vía parenteral (36). Otras ayudas diagnósticas tienen que ver con la densidad mineral ósea para detección de osteoporosis y realización de mamografía que difiere en pacientes que ya tienen mastectomía previa.

En cuanto al riesgo cardiovascular y la enfermedad cardíaca, puede aumentar debido a alteraciones lipídicas a nivel metabólico; sin embargo, no se documenta que trastornos secundarios como la arterosclerosis por hipertrigliceridemia sean mayores en hombres transgénero con terapia hormonal (9).

## **9.3 Consideraciones de fertilidad**

El potencial de fertilidad se ve alterado posterior a la administración de terapia hormonal a menos que se suspenda. Por lo tanto, antes del inicio de cualquier tratamiento se insta al paciente a considerar este aspecto, pues, para el hombre transgénero existen diferentes alternativas como la criopreservación de ovocitos o de embriones (37).

## 9.4 Cirugía de reafirmación de género

La cirugía de reafirmación de género en la población transexual se refiere al conjunto de procedimientos quirúrgicos realizadas con el fin de buscar el confort del paciente transexual. Se recalca la importancia del tratamiento quirúrgico ya que suele ser el último paso y el más solicitado, sin olvidar considerar adecuadamente los criterios para su realización, los cuales son:

- Disforia o incongruencia de género persistente y bien documentada
- Capacidad del paciente de toma de decisiones
- Adecuado control de los problemas médicos o de salud mental relevantes
- Cumplir un año de terapia hormonal y que haya adquirido el rol del género deseado en este tiempo aproximado

Los procedimientos quirúrgicos más deseados comúnmente incluyen la reconstrucción torácica (mastectomía bilateral), histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral (indicada después de por lo menos dos años de terapia con andrógenos y la reconstrucción genital. La reconstrucción genital puede ser la cirugía menos solicitada, generalmente por su alto costo (38). Las opciones para la realización de esta cirugía incluyen faloplastia o neofalo y metaidoioplastia (39), de las cuales se ampliará información más adelante.

En cuanto a la función sexual después de la cirugía de reconstrucción genital, aunque la literatura es limitada hay una fuerte relación con la calidad del neofalo; sin embargo, muchos de los pacientes reportan satisfacción sexual (40).

Así la terapia en su conjunto del hombre transexual está establecida para su bienestar físico y emocional.

## 10. APOYO FÍSICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES TRANSGÉNERO

Uno de los pilares fundamentales para la atención adecuada del pacientes transgénero es lo que respecta a la salud mental. Por esta razón hemos realizado un capítulo completo dedicado a la salud mental para brindar una orientación al personal de salud que ofrece atención a adultos transgénero, teniendo en cuenta que muchas personas con incongruencia de género no requerirán de atención de salud mental como parte de su transición, mientras que otras sí se beneficiarán del apoyo de proveedores y sistemas de salud mental (9).

Algunas investigaciones han demostrado mayores tasas de depresión, ansiedad y tendencia suicida en la población transgénero que en la población general, relacionadas con traumas complejos, estigma social, violencia y discriminación (41). Hablaremos de cada una de las patologías más frecuentes en la población trans.

### 10.1 Depresión e intento suicida en pacientes transgénero.

Las mujeres transgénero presentan depresión en tasas mucho más altas que la población general. Las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida en mujeres transgénero pueden alcanzar hasta el 62% comparado con las tasas de depresión en el resto de la población general en los Estados Unidos de un 16.6% (42).

Se han identificado variables sociodemográficas que interfieren directamente con la salud mental con aumento significativo de la depresión en la población transgénero; estas son:

**10.1.1 El apoyo social** es una medida que examina la disponibilidad de personas en la vida de otra persona, que es capaz de brindarle recursos emocionales y mentales para poder afrontar una situación; esto se divide en categorías como apoyo familiar y apoyo

de compañeros o amigos. El apoyo social familiar muchas veces está menos disponible debido a que los familiares rechazan la transición del paciente permitiendo su discriminación y falta de apoyo. En el caso de mujeres transgénero, la transición a menudo conduce a la aceptación por parte de otras mujeres transgénero, particularmente en áreas urbanas; este apoyo social parece reducir el riesgo de depresión (42); sin embargo, el apoyo social puede no ser tan importante como el apoyo familiar para predecir la depresión (19). Un estudio informó que la influencia del apoyo social puede variar según la etapa de la vida; es decir, la aceptación o rechazo por parte de los padres y hermanos es importante hasta la mediana edad, mientras que en la adultez temprana la aceptación o rechazo por parte de la pareja sexual es más importante (43).

**10.1.2 La violencia** a menudo discutida en la literatura especialmente contra las mujeres transgénero. Se describen tres categorías: violencia física, violencia sexual y acoso verbal (42). Las tasas son mayores entre dos y tres veces en comparación a las personas que no son mujeres transgénero (44). La violencia física se asocia especialmente con ideación suicida, la violencia sexual se asocia con mayor consumo de sustancias psicoactivas (45), mientras que la violencia verbal predijo la depresión en un modelo de regresión múltiple (19). La violencia contra la población trans aumenta la depresión y puede ser un predictor del mismo (43).

**10.1.3 Trabajo sexual** es común en la población de mujeres transgénero. A menudo es la única fuente de ingresos viable. Dada la discriminación constante en los lugares de trabajo, hasta un 67% de las mujeres transgénero entre 15 y 24 años se han dedicado al trabajo sexual en algún momento de sus vidas (46). Sin embargo, la relación entre trabajo sexual y depresión no es clara, pero varios factores conducen a la depresión como la falta de apoyo social y un nivel educativo más bajo, lo cual está asociado con el trabajo sexual, al igual que el consumo de SPA lo que indicaría una asociación entre estos dos factores para el incremento de riesgo de depresión (47).

**10.1.4 La edad** es un factor sociodemográfico que puede estar fuertemente ligado al riesgo de padecer depresión en la población transgénero. Estudios indican que a edades menores mayor es la tasa de depresión (19); una persona transgénero más joven puede no haber desarrollado las capacidades para enfrentarse a factores estresantes de la vida como transgénero o puede estar más arraigada en el proceso de transición estresante (47).

**10.1.5 La menor educación** también se asocia con la depresión según algunos estudios (19), siendo el desempleo una variable importante para el incremento del riesgo de depresión.

## **10.2 Ansiedad social en pacientes transgénero**

El trastorno de ansiedad social consiste en la ansiedad específica a las situaciones sociales en las que existe la posibilidad de ser observado por otros y ocurre en una variedad de entornos que incluye la escuela, el hogar o cualquier otra interacción social (48); su prevalencia en la población juvenil transgénero se encuentra entre el 9.5 y el 31,4% (49).

Así como otras alteraciones en la salud mental, el joven transgénero también tiene mayor riesgo de sufrir padecimientos como ansiedad social que sus pares cisgénero (50). Múltiples estudios mencionan que los jóvenes transgéneros que cuentan con el apoyo de sus padres tienen tasas similares de comorbilidades de salud mental que la población no transgénero (19); sin embargo, muchos de estos pacientes no cuentan con el apoyo de sus padres.

La terapia cognitivo conductual (TCC) suele ser un tratamiento eficaz para la ansiedad sobre todo en la población juvenil; sin embargo, no hay suficiente literatura para determinar su efectividad en población juvenil trans. Este tratamiento se enfoca en que el paciente sea consciente y cambie patrones de pensamiento para cambiar comportamientos y emociones. Existen varias técnicas eficaces, como la exposición de forma gradual del paciente a lo que desencadena su ansiedad y el aprendizaje de estrategias cognitivas para reestructurar los pensamientos negativos (50). Se trata de combatir las distorsiones del pensamiento que conducen al miedo irrazonable de que las personas reaccionen negativamente a un individuo (49); sin embargo, en los pacientes trans estos métodos deben ser modificados y dirigidos dependiendo de cada persona.

El estrés de las minorías tiene un papel protagónico en el trastorno de ansiedad. Este se refiere a la angustia que puede surgir por ser miembro de un grupo marginado y oprimido (51). Este estrés se expresa sistémicamente a través de la violencia crónica hacia estos pacientes, las altas tasas de personas sin hogar, desempleo y tasas de atención en salud deficiente.

### **10.3 Consumo de Sustancias psicoactivas en la población transgénero.**

El consumo de tabaco y nicotina en la población transgénero es más alto que en la población general, por lo que es importante que el personal de salud aconseje y ayude a las personas transgénero consumidoras, en especial antes de la cirugía de afirmación de género ya que puede aumentar el riesgo de resultados insatisfactorios de procedimientos estéticos así como complicaciones graves como necrosis tisular, retraso de cicatrización de heridas debido a hipoxia y necesidad de reintervención quirúrgica. Se deben dar a conocer los riesgos asociados así como la probabilidad de eventos trombóticos en pacientes que reciben tratamiento hormonal estrogénico. A pesar de estas recomendaciones al ser la nicotina una sustancia adictiva es difícil para el paciente dejar de fumar, por lo que el personal de salud debe estar capacitado para abordar el tema y ayudar a las personas transgénero a acceder a programas para lograr el propósito o proporcionar directamente tratamiento médico en caso de requerirse. El paciente trans que se somete a una cirugía de reafirmación de género debe haber dejado de fumar varias semanas previas y posteriores al procedimiento quirúrgico (9).

El personal de salud debe encargarse en estos caso de evaluar el posible impacto negativo del consumo de SPA en el tratamiento de afirmación de género, pues tratamientos como los quirúrgicos requieren mayor capacidad para seguir la planificación perioperatoria y la participación activa del paciente en el posoperatorio con el fin de lograr resultados satisfactorios (19).

## 10.4 Trastornos alimentarios en pacientes transgénero

Los trastornos alimentarios son condiciones comunes y potencialmente mortales. La adolescencia es un periodo importante para el surgimiento de la orientación sexual y la identidad de género, pero también es el periodo donde más pueden desarrollarse los trastornos alimentarios los cuales son enfermedades graves que tienen el potencial de complicaciones médicas que amenazan la vida del paciente. La mayoría de investigaciones se centran en población heterosexual y cisgénero por lo que la cantidad de investigaciones para la población trans es limitada; sin embargo, se ha sugerido que existe asociación entre la orientación sexual y la identidad de género con patologías relacionadas con la alimentación (16).

Adicionalmente, las personas que han sufrido trastornos alimentarios durante la juventud son más propensos a afecciones de salud mental en la vida adulta tales como depresión, ansiedad, consumo de SPA y conductas autolesivas (50). Por lo tanto, es de suma importancia que el personal de salud reconozca los problemas relacionados con la alimentación y la imagen corporal en la población general y más específicamente en la población trans.

Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5° edición (DMS-5) ha ampliado los criterios diagnósticos de una manera más inclusiva; además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ha implementado otros diagnósticos alimentarios que incluyen pica, trastorno de rumiación, trastorno de la ingesta de alimentos por evitación, trastorno por atracón y otros no especificado (16). En cuanto a la imagen corporal está menos estudiada; puede definirse como la forma en que las personas se perciben a sí mismas cuando se imaginan o se ven al espejo. En la población trans la mayoría de pacientes no presentan alteraciones de la imagen corporal (50).

Se debe poner especial cuidado a los pacientes con pérdida de peso, incapacidad para aumentar de peso, pensamientos restrictivos sobre su peso o forma, vómitos inexplicables, y comportamientos anormales en torno a la alimentación. Algunas presentaciones clínicas menos frecuentes incluyen dolor abdominal crónico, síncope, hipotensión ortostática, dolor torácico, irregularidades menstruales, hipogonadismo y



constipación crónica. Es importante para el examinador determinar primero el peso actual del paciente, examinar el historial de peso y crecimiento, y comparar el peso actual con el peso corporal esperado, junto con un examen físico completo, y preguntar por la dieta, imagen corporal y medidas de control de peso (50).

Es importante evaluar y buscar ayuda multidisciplinaria en caso de sospecha de trastorno alimentario o de imagen corporal, pues en la población transgénero, aunque no hay amplitud de estudios, se ha encontrado que se presentan conductas como vómitos, uso de laxantes y pastillas para adelgazar; además, los estudiantes transgénero tienen tasas más altas de diagnóstico en comparación con la población cisgénero, por lo que es fundamental reconocer que estos trastornos ocurren en su mayoría en población LGTBQ+ y que pueden ser tratados con un diagnóstico adecuado y oportuno (48).

## **10.5 Salud sexual en la población transgénero.**

Hablaremos en este capítulo sobre salud sexual ya que tiene un impacto profundo en el paciente y en su bienestar físico y psicológico.

Una evaluación de la disfunción sexual debe incluir una evaluación de los factores predisponentes y desencadenantes, tanto de experiencias insatisfactorias en el pasado, imagen corporal, experiencia en el momento con la reafirmación de género, las interacciones sociales, la presencia de enfermedades mentales, y el uso de medicamentos, entre otros (16).

Es importante reconocer que, debido a estigmas sobre el sexo, el género y la orientación sexual se han limitado las oportunidades de las personas para vivir libremente su sexualidad y recibir la educación sexual adecuada (9). La heterocisnormatividad niega la complejidad del género, la orientación sexual y la sexualidad, ignorando totalmente la diversidad y la fluidez. Las identidades, orientación sexual y prácticas sexuales de las personas transgénero se caracteriza por una enorme diversidad (19). De la misma manera, la suposición cultural de que todas las personas experimentan atracción sexual

o interés en la actividad sexual, niega la **asexualidad** que también es fundamental comprender (47).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es enfática en afirmar que la salud sexual depende del respeto por los derechos sexuales de todas las personas, incluido el derecho a expresar diversas sexualidades y a ser tratado con respeto, libre de discriminación y violencia. La sexualidad es definida por la OMS como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad y no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia alcanzados y mantenidos, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (9). La atención científica a las experiencias y comportamientos sexuales de las personas transgénero ha aumentado en los últimos años, reflejando un marco que reconoce todos los aspectos positivos, como el placer sexual y otros riesgos potenciales asociados a la sexualidad; sin embargo, la mayoría se enfoca en la función sexual. No hay que dejar de lado el placer sexual puesto que se trata de una parte integral de los derechos sexuales y los derechos humanos (41).

Es imperativo que los profesionales de salud tengan experiencia y sensibilidad relacionadas con las personas transgénero para mejorar la atención de salud sexual de personas trans incluyendo lenguaje culturalmente respetuoso, aumentando la confianza del paciente hacia el profesional para facilitar el diálogo y reducir la ambigüedad o vergüenza, aumentar la sensibilidad y empatía, analizar el impacto de los tratamientos de reafirmación de género en la función, placer y satisfacción sexual. También se debe dar la posibilidad al paciente de incluir a la pareja sexual en la atención relacionada con su sexualidad si corresponde, escuchar las expectativas del paciente, responder a las dudas planteadas por parte del paciente y evaluar la comprensión de los posibles cambios (19).

### **10.5.1 ¿Cómo se ve afectada la salud sexual durante los tratamientos de reafirmación de género?**

Los tratamientos médicos o quirúrgicos de afirmación de género pueden afectar la función, el placer y la satisfacción sexuales tanto de manera positiva como negativa. Los pacientes con disforia de género a través del tratamiento se sentirán a gusto con su

cuerpo y esto mejora el funcionamiento, el placer y la satisfacción sexual. Sin embargo, nos enfrentamos a efectos adversos de tratamientos hormonales y quirúrgicos. El tratamiento hormonal puede afectar el estado de ánimo, la libido, la capacidad para tener erección y eyaculación, y la salud del tejido genital, lo que puede afectar su función sexual, el placer y la autoexpresión sexual (52).

La disminución de la libido es un uno de los efectos adversos más frecuentes en las mujeres transgénero. Un estudio encontró que el 83 % nunca o rara vez experimentaba un deseo sexual espontáneo, el 76 % nunca o rara vez experimentaba un deseo sexual receptivo y el 22 % cumplía con los criterios diagnósticos del trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) (9). Esto puede cambiar a lo largo del proceso de reafirmación de género, según como mejore la percepción de la imagen, de tal forma que en las pacientes con vaginoplastia se ha reportado mejoría en la función sexual, en la satisfacción y en la presencia de orgasmos(53).

Las pacientes transgénero que deseen utilizar su anatomía original para el sexo con penetración se pueden beneficiar de medicamentos que aborden estos efectos secundarios de la terapia hormonal en la salud sexual; por el uso de la terapia hormonal feminizante se va a presentar disminución de las erecciones lo que se puede manejar con la administración de Sildenafil y tadalafil. Además, se pueden medir los niveles de testosterona y considerar la reducción del bloqueo de andrógenos según los objetivos de la persona (9). Se puede considerar estrógenos tópicos en caso de hombres transgénero que experimenten atrofia genital o resequedad vaginal y se encuentren en terapia con testosterona (9).

Los hombres transgénero pueden experimentar aumento del deseo sexual con el inicio de la terapia con testosterona; sin embargo, pueden tener dificultades o dolor durante la relación sexual dada la atrofia en la mucosa genital inducida por la testosterona y la hipersensibilidad del clítoris alargado (53). Sin embargo, luego de la cirugía de reafirmación de género los hombres transgénero han reportado satisfacción sexual y presencia de orgasmos (53).

El dolor durante la actividad sexual puede ser causado por múltiples factores como la excitación insuficiente, complicaciones quirúrgicas o tensión muscular (53).

El deseo sexual también puede verse alterado por medicamentos utilizados en alteraciones de la salud mental como en el caso de los antidepresivos (49).

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos de reafirmación de género, estos procedimientos pueden tener efectos significativos en la sensación erógena, el deseo y la excitación, la función y el placer sexuales. Las cirugías de tórax y contorno corporal, al ofrecer cambios deseados en la forma y apariencia, pueden reducir la angustia que puede alterar negativamente el funcionamiento sexual. Por otra parte, las cirugías genitales pueden ofrecer cambios benéficos dado que el cuerpo del paciente se alinea más con su género y de esta forma podrá abrir nuevas vías para el placer; sin embargo, también pueden afectar la función y el placer sexual de forma adversa pues pueden resultar en una disminución, pérdida total o aumento de la estimulación erógena, pueden estar asociadas también a limitaciones específicas de la función sexual, y las complicaciones posquirúrgicas por su parte pueden afectar de forma negativa la función sexual causando dolor con la actividad sexual o malestar, impidiendo la relación sexual.

Entonces la salud sexual está directamente ligada con cualquier tratamiento de reafirmación de género. Si el paciente tiene expectativas poco realistas de los procedimientos será más probable que posteriormente no se sienta satisfecho con el resultado; por lo tanto, es importante brindar información adecuada clara y concisa, que el paciente se sienta libre de expresar sus dudas y que el personal de salud se sienta capacitado para ofrecer respuestas. El personal de salud debe asegurarse de que el paciente comprenda claramente los efectos adversos derivados de los tratamientos y esto debe estar ampliamente explicado en el consentimiento informado (52).

### **10.5.2 Detección, prevención y tratamiento de Virus de inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual.**

Es fundamental que el personal de salud se capacite para ofrecer pautas para la detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adolescentes y adultos con incongruencia de género, así como en la población general. Sin embargo, las cirugías genitales y las técnicas quirúrgicas de afirmación de género pueden tener implicaciones para los riesgos de ITS y la necesidad de detección (9).

En las mujeres transgénero que se han sometido a una vaginoplastia de inversión de pene para revestir el canal vaginal, hay mayor riesgo de adquirir *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*; en técnicas quirúrgicas que emplean mucosa bucal o colgajos de peritoneo habrá mayor riesgo para adquirir infecciones bacterianas, por lo que es recomendable la detección rutinaria de ITS en la neovagina (52).

En el caso de los hombres transgénero sometidos a metoidioplastia con alargamiento uretral pero no a una vaginectomía es recomendable la tamización de detección de ITS urogenitales bacterianas incluyendo toma de muestras con hisopo a nivel cervical debido a que las infecciones urinarias en ocasiones no se detectan a través de orina (3).

Se debe recomendar el uso de preservativo a los pacientes transgénero como medida profiláctica para infección por VIH. En pacientes transgénero seropositivos, el tratamiento antirretroviral tiene indicaciones de dosificación diaria y administración propia para personas transgénero (9). Hay poca evidencia que respalde la interacción farmacológica entre antirretrovirales y el tratamiento hormonal.

## 10.6 Implicaciones en salud

Es claro que las interacciones con otras personas son factores importantes que predicen la depresión en mujeres transgénero, además el proceso de transición ya es estresante y este estrés también puede contribuir a la depresión en la población transgénero. Otros ejercicios dados en población transgénero, como el trabajo sexual aumenta el riesgo de ITS como el VIH que puede contribuir al aumento del riesgo de padecimientos de la salud mental (19).

El tratamiento de salud debe ser proporcionado por personal capacitado e implementado mediante el uso de sistemas que respeten la autonomía del paciente (47). Cualquiera fuese el tratamiento a recibir la salud mental no debe ser una carrera en la atención del paciente trans. En los pacientes que en el momento del padecimiento de salud mental se encuentren en tratamiento hormonal, no debe suspenderse este tratamiento a menos que haya una condición que lo contraindique. Así mismo, en la atención de pacientes trans en

una entidad de salud se debe procurar que todo el personal de salud involucrado use el pronombre correcto según lo proporcionado por el paciente, así como también la instalaciones de baños y dormitorios que deben estar alineados con la identidad de género de la persona (9).

Es importante evaluar la necesidad de apoyo psicosocial en el tratamiento médico perioperatorio de cirugía de afirmación de género. No todo paciente trans requiere atención en salud mental es por eso que no se debe obligar al paciente a someterse a psicoterapia antes del inicio del tratamiento, aunque en algunas ocasiones la psicoterapia puede ser útil solamente en casos establecidos por el médico tratante (47).

En caso de que el paciente presente síntomas de salud mental que interfieran con la capacidad para dar su consentimiento al tratamiento de afirmación de género, tales como deterioro cognitivo, psicosis, u otra enfermedad mental, este está sujeto a un examen individual. El médico tratante puede consultar sobre la capacidad de una paciente para dar su consentimiento informado cuando esto esté en duda, se puede superar la dificultad para comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento particular a través de una explicación cuidadosa de los mismos como es el caso de síntomas depresivos o de ansiedad que no afectan la capacidad de dar consentimiento (19).

El adecuado trato por parte del personal de salud sigue siendo fundamental para contribuir a una adecuada salud mental de los pacientes transgénero cualquiera fuera el motivo de consulta por el cual el paciente acude a una institución de salud. Es importante que el personal de salud anime, apoye y empodere a sus pacientes para mantener sistemas de apoyo social, familiar y de su entorno.

## **11. SERVICIOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GÉNERO**

### **11.1 Enfermedad y riesgo cardiovascular**

Las personas transgénero pueden experimentar condiciones sociales, económicas y discriminatorias similares a otras poblaciones minoritarias con un riesgo cardiovascular aumentado ya conocido (9). Además se pueden presentar otros factores de riesgo comunes como el consumo de tabaco, la obesidad, la diabetes u otras comorbilidades que aumentan el riesgo cardiovascular de forma similar a las personas cisgénero (3).

Teniendo en cuenta que el sexo es un predictor independiente de desenlaces en salud cardiovascular, es fundamental considerar cómo el riesgo cardiovascular varía con las terapias de reafirmación de género sin despreciar los beneficios significativos de la terapia hormonal en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial (3). La evidencia sugiere que el riesgo cardiovascular no cambia entre los hombres transgénero que usan testosterona en comparación con las mujeres cisgénero (3), pero puede aumentar el riesgo en las mujeres transgénero en comparación con los hombres cisgénero, en especial cuando se asocia con otras comorbilidades o factores de riesgo (3). Igualmente la literatura no sugiere un mayor riesgo de hipertensión arterial, dislipidemia o resistencia a la insulina en los hombres transgénero, a pesar de que algunos marcadores de enfermedad cardiovascular y metabólica sugieran un mayor riesgo cardiometabólico

(aumento del porcentaje de grasa visceral, aumento/estabilización de la presión arterial y del IMC) (54).

Con relación al riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular, parece que las mujeres transgénero tienen un mayor riesgo de desarrollarlo en comparación con las poblaciones cisgénero y este riesgo es más evidente con el uso de estrógenos a largo plazo. Por el contrario, los hombres transgénero no tienen un mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular (55).

Las personas que reciben terapia hormonal pueden tener cambios en su perfil lipídico. Los estrógenos tienden a aumentar el nivel de colesterol HDL y los triglicéridos, con efectos variables sobre el colesterol LDL (56), por lo que en pacientes con hipertrigliceridemia familiar se evitará el uso de estrógenos orales (3). Mientras que la testosterona afecta de forma variable a los triglicéridos, disminuye el colesterol HDL y aumenta el colesterol LDL (56). Pero estos cambios al parecer tienen una importancia clínica pequeña, especialmente en el contexto de la prevención primaria (3).

Los proveedores de salud pueden emplear escalas o calculadoras para estimar el riesgo cardiovascular como, por ejemplo, la estimación a 10 años de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica de la ACC/AHA y según el resultado guiar las intervenciones en prevención primaria (9). Al usar estas aplicaciones se puede requerir diligenciar un sexo para poder calcular el riesgo, en el caso de las personas transgénero se puede usar el sexo correspondiente a la identidad de género si la persona inició terapia hormonal de reafirmación de género desde la adolescencia (3). En otro caso se tendrá en cuenta la duración de terapias de reafirmación de género o la gonadectomía y según esto elegir si se utiliza el sexo asignado al nacer o si se realiza un cálculo del promedio entre los dos sexos (3,9), teniendo en cuenta las limitaciones de estas calculadoras e involucrando a los pacientes en la toma de decisiones (9).

Para las mujeres transgénero con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular diagnosticada, se puede preferir el uso de la vía transdérmica de estrógenos debido a las tasas más bajas de tromboembolismo venoso y menores cambios en el perfil lipídico (9). Las intervenciones modificables adicionales para reducir el riesgo incluyen dejar de fumar, perder peso, controlar la diabetes y fomentar la actividad física (3).



## 11.2 Salud ósea y osteoporosis

El cribado de osteoporosis se individualiza en función de los factores de riesgo, enfermedades y uso de medicamentos que contribuyen a la osteoporosis. Hay que tener en cuenta que factores como la actividad física reducida, la baja masa muscular, la fuerza de agarre más baja y los niveles bajos de vitamina D van a aumentar la probabilidad de osteoporosis, además del riesgo que se tiene según la edad y el sexo (3).

La densidad mineral ósea en las personas transgénero se ve afectada cuando no se recibe una adecuada terapia hormonal de reafirmación de género luego de la gonadectomía, especialmente en los menores de 45 años (3), durante el uso de análogos de la GnRH, o con el uso de antiandrógenos (9) y, especialmente, en personas con otros factores de riesgo (3).

La modalidad de detección recomendada para la osteoporosis es la absorciometría de rayos X de energía dual de la cadera y la columna lumbar (9). No hay estudios que hayan evaluado si se debe registrar el sexo asignado a nacer o el género afirmado para determinar la puntuación T o Z (57); sin embargo, La Sociedad Internacional de Densitometría Clínica recomienda el uso de una referencia femenina caucásica (no ajustada por raza) para calcular los puntajes T en todas las personas transgénero de todos los grupos étnicos y calcular las puntuaciones Z utilizando la base de datos normativa que coincida con la identidad de género del individuo (58).

La tamización de hombres y mujeres transgénero se iniciará a los 65 años, o entre los 50 y los 64 años en aquellos con factores de riesgo establecidos para la osteoporosis (57). En las personas transgénero que se han sometido a gonadectomía y tienen un historial de al menos 5 años sin reemplazo hormonal, también se debe considerar iniciar el estudio, independientemente de la edad (3)(9). Los pacientes que reciban análogos de la GnRH sin terapia hormonal óptima deben ingresar a seguimiento de densidad mineral ósea cada 1 o 2 años (58). Adicionalmente, en hombres transgénero se ha demostrado que los niveles de hormona luteinizante (LH) en el rango normal son un marcador útil para determinar niveles suficientes de terapia de testosterona para prevenir la pérdida ósea (57).

Se debe dar consejo para modificar los factores de riesgo de osteoporosis, incluido el abandono del tabaco, corregir los niveles bajos de vitamina D, mantener la ingesta de calcio de acuerdo con las pautas actuales para personas no transgénero, actividad con carga de peso y moderación en el consumo de alcohol (3)(57).

### **11.3 Mujeres transgénero mayores.**

Las mujeres transgénero mayores que inician la terapia hormonal pueden tener cambios menos rápidos y de menor grado, y se deben tener en cuenta las comorbilidades que pueden llevar a un mayor riesgo de efectos adversos (3).

En las mujeres transgénero que ya se encuentran en terapia hormonal no hay evidencia para apoyar la continuación o el cese de las hormonas. Es razonable que las mujeres transgénero que se han sometido a una gonadectomía puedan considerar suspender la terapia hormonal alrededor de los 50 años. Sin embargo, aquellas que conservan sus gónadas al suspender la terapia hormonal pueden volver a experimentar virilización. Por lo tanto, se debe llevar una discusión de los pros y los contras en la toma de decisiones con el paciente (3).

### **11.4 Opciones en fertilidad**

En la atención inicial de las personas transgénero, así como durante el seguimiento, se debe indagar sobre el deseo reproductivo de la persona, de tal forma que -previo al inicio de algún tratamiento o procedimiento de reafirmación de género- se incluyan los efectos que este puede tener sobre la fertilidad (3)(9).

Las hormonas exógenas y la gonadectomía claramente van a tener un impacto en la fertilidad (59); sin embargo, en el caso del uso únicamente de terapia hormonal de reafirmación de género se ha visto que la ovulación y la espermatogénesis puede continuar en presencia de terapia hormonal (3)(60) o que se puede reanudar al suspender la terapia hormonal por un período de tiempo promedio entre 3 y 6 meses

(61). No obstante, también hay que informar que algunas personas pueden presentar pérdida permanente de la fertilidad o requerir tecnologías de reproducción asistida que generalmente tienen un costo elevado, no están incluidos en el plan obligatorio de salud y algunas se ofertan en clínicas de fertilidad exclusivas o están en estado experimental (3).

Los pacientes con deseo de fertilidad a corto plazo deben recibir la asesoría pertinente para evaluar si desean retrasar la reafirmación de género para minimizar la necesidad de tecnologías de reproducción asistida que, además de ser costosas, pueden involucrar procedimientos que pueden intensificar los sentimientos de disforia de género (59).

### 11.4.1. Opciones para mujeres transgénero

La terapia hormonal feminizante generalmente implica una combinación de medicamentos para reducir los andrógenos junto con la administración de estrógenos (3), que entre sus resultados suprimen la espermatogénesis y su aplicación prolongada puede resultar en la regresión de las células de Leydig y de Sertoli en precursores inmaduros (60).

Para la preservación de la fertilidad, a las mujeres transgénero se les puede ofrecer la criopreservación de esperma o la criopreservación de tejido testicular(9). La criopreservación de esperma se puede ofrecer a personas postpuberales y se recomienda antes del inicio de la terapia hormonal, es un procedimiento poco invasivo pero hasta el 26% del semen descongelado puede ser inadecuado para la inseminación artificial (60), por lo que se pueden requerir varias muestras y algunas personas pueden experimentar aumento de la disforia o problemas para lograr la eyaculación (61). También se puede evaluar la opción de aspiración percutánea de espermatozoides del epidídimo o la extracción quirúrgica de espermatozoides a través de biopsias testiculares con uso de otras técnicas de reproducción asistida (60).

La criopreservación de tejido testicular se considera experimental y en un futuro puede ser la opción para mujeres transgénero prepuperables con la necesidad posterior de autotrasplante al testículo, al escroto o sitios anatómicos subdérmicos ectópicos o eventualmente la maduración *in vitro* (60).

## 11.4.2. Opciones para hombres transgénero

La testosterona es el tratamiento de elección para hombres transgénero y personas no binarias que se someten a una terapia de masculinización. La administración de testosterona causa amenorrea en la mayoría de los pacientes, la cual puede ser reversible al suspender su uso (más o menos a los 6 meses) pero no necesariamente detiene la ovulación (3). Los efectos de la exposición prolongada a testosterona en el tejido ovárico aún están en investigación (60).

Se debe brindar información sobre las opciones que se tiene para la preservación de la fertilidad, tales como la crioconservación de ovocitos, crioconservación de embriones y crioconservación de tejido ovárico con maduración *in vitro* (3)(60).

Los hombres transgénero que van a realizar crioconservación de ovocitos o de embriones deben suspender la testosterona y realizar ciclos de estimulación ovárica, seguimiento folicular con ecografía y recuperación de los ovocitos bajo anestesia (9). Algunos de estos procedimientos pueden incrementar la disforia de género. Para alentar y permitir que más hombres transgénero accedan a la estimulación ovárica se pueden adicionar inhibidores de la aromatasas para minimizar el aumento de los niveles séricos de estradiol y optar por la sustitución de la ecografía transvaginal por ecografía transabdominal según la condición clínica de cada paciente (60).

La criopreservación de tejido ovárico se puede realizar durante la cirugía de afirmación de género sin hacer cambios en la terapia hormonal, lo que puede ayudar a evitar la disforia de género (60) y, además, sería el método de elección para preservar los gametos propios de las personas transgénero prepúberes (61). En el momento de la fertilidad deseada se realizaría la reimplantación o la maduración *in vitro* del tejido ovárico (61); sin embargo, el potencial de fertilidad de la crioconservación de tejido ovárico aún está en evaluación (60).

## 11.5 Atención preconcepcional y prenatal

Las personas transgénero, según sus deseos, podrán desear una gestación, ya sea en el útero propio, en el de la pareja de sexo femenino, o por medio de la gestación subrogada (3,9).

Los hombres transgénero o las personas de género diverso que conservan el útero y los ovarios y que deseen llevar una gestación deben recibir una adecuada asesoría y acompañamiento en temas como cuándo detener y cuándo reanudar las hormonas de afirmación de género, y qué opciones están disponibles para el modo de parto y para la lactancia (9) con el fin de presentar experiencias positivas durante el embarazo (62). Algunos hombres transgénero pueden presentar disforia relacionada con el retiro de la terapia hormonal, el útero grávido, los cambios en el pecho y otros cambios físicos, asociado a depresión u otras alteraciones psicológicas (9).

La atención obstétrica será similar a la de las personas cisgénero. Se deben tener en cuenta los posibles efectos adversos de la testosterona en el embrión o feto y, por lo tanto, se recomienda suspender la testosterona o la terapia con hormonas masculinizantes antes de la concepción, preferiblemente antes de suspender los métodos anticonceptivos y durante todo el embarazo hasta 4-6 semanas postparto o hasta terminar la lactancia (62). Igualmente, se deberá prestar atención al potencial riesgo de depresión posparto (63), ya que las tasas de depresión y suicidio entre las personas transgénero son más altas que el promedio de adultos, asociado a la falta de apoyo familiar o social y discriminación (3).

Con respecto a la lactancia, se debe considerar la opinión personal sobre su inicio o no y duración de la misma. Los hombres transgénero con una adecuada asesoría y acompañamiento logran experimentar una lactancia exitosa (9). Sin embargo, en aquellos en que la lactancia aumente la disforia de género, por el rol, los cambios asociados, o porque deseen reanudar la terapia hormonal de reafirmación de género, se debe considerar la opción de que se interrumpa la lactancia y proporcionar apoyo y tratamiento adecuados (62).

## **11.6 Anticoncepción**

Durante la atención a las personas transgénero se debe indagar y asesorar sobre la necesidad de usar de métodos anticonceptivos valorando las ventajas, desventajas y riesgos de cada persona según sus antecedentes y condición clínica actual, incluyendo los posibles efectos disfóricos de cada método (64).

Los hombres transgénero en manejo con testosterona deben estar informados de que, aunque haya una disminución de la fertilidad, no se debe considerar la testosterona como un método anticonceptivo adecuado ya que no hay una supresión completa del eje hipotálamo-hipófisis-gónada y, por lo tanto, es importante evitar embarazos no deseados mientras se use la testosterona por el riesgo sobre el embrión o el feto (65).

Los hombres transgénero pueden rechazar el uso de estrógenos y progestinas debido a los efectos feminizantes percibidos de estas hormonas (65); deben estar informados que los anticonceptivos orales combinados pueden reducir los niveles de andrógenos producidos por el ovario y aumentar la globulina fijadora de hormonas sexuales que puede unirse a la testosterona; sin embargo, la cantidad de estrógeno en la píldora probablemente no contribuye significativamente a prevenir la masculinización y, al igual que otros anticonceptivos hormonales, pueden causar irregularidades menstruales o amenorrea (64). Es importante aclarar que el uso de Anticonceptivos que contienen estrógenos puede causar sensibilidad mamaria que es típicamente autolimitada y se resuelve dentro de los primeros 3 - 5 meses de uso (64).

Los implantes subdérmicos por su actividad androgénica pueden actuar de forma sinérgica con la testosterona, evitan la necesidad de un examen pélvico para su inserción o la aplicación rutinaria y, por lo tanto, evitan el recordatorio recurrente del sexo asignado al nacer (65). Sin embargo, pueden causar sangrado frecuente y no programado, especialmente durante los primeros meses de uso, pero también pueden reducir el sangrado menstrual abundante, la dismenorrea y en algunos casos inducen amenorrea (65).

Otras opciones de progestágeno solo, como el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) o el dispositivo intrauterino de levonorgestrel (LNG-IUS), también pueden ocasionar amenorrea sin el uso de hormonas "feminizantes"(65).

En aquellos que elijan el uso de dispositivos intrauterinos hay que considerar que la inserción puede ser molesta y se debe brindar asesoría previa al procedimiento. Se pueden considerar el uso de ansiolíticos, analgésicos locales, espéculos pequeños y, en el caso de presentar vaginitis atrófica por el uso de testosterona, se puede realizar un curso de estradiol vaginal para mejorar la condición de la mucosa vaginal y disminuir las molestias (64).

Al igual que las mujeres cisgénero, la esterilización debe ofrecerse en la consejería a personas transgénero y debe incluir la discusión de la irreversibilidad y riesgo de arrepentimiento (64).

En las mujeres transgénero se ha observado que la terapia hormonal puede suprimir la espermatogénesis; sin embargo, se recomienda el uso de preservativos también con el fin de prevenir ITS. En la asesoría se puede sugerir la vasectomía ya que no interfiere con el proceso de feminización (65).

Tabla 2. Descripción general de los métodos anticonceptivos para hombres transgénero.

|                              | Invasivo             | Riesgo de "spotting" | Disminución del sangrado /amenorrea | Cólico menstrual | Sensibilidad mamaria | Dosis frecuente | Eficacia (perfecta/típica) |
|------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|
| ACOS                         | NO                   | Poco                 | Sí continuo                         | ↓                | Al inicio            | Sí              | 99/91                      |
| Píldoras de progestin a sola | NO                   | Poco                 | Sí                                  | ↓                | -                    | Sí              | 99/91                      |
| Anillo                       | Sí                   | Poco                 | Sí continuo                         | ↓                | Al inicio            | Sí              | 99/91                      |
| MDP                          | NO                   | Alto                 | Sí                                  | ↓                | Raro                 | Sí              | 99/94                      |
| Implante                     | Inserción subdérmica | Alto                 | Sí                                  | ↓                | Raro                 | NO              | 99/99                      |

|                |    |      |         |                    |      |     |       |
|----------------|----|------|---------|--------------------|------|-----|-------|
| T de Cu        | Sí | Bajo | Aumento | ↑                  | NO   | NO  | 99/99 |
| SIU            | Sí | Alto | Sí      | (↑ inserción)<br>↓ | Raro | NO  | 99/99 |
| Preservativo   | NO | NO   | NO      | NO                 | NO   | n/a | 98/82 |
| Esterilización | Sí | NO   | NO      | NO                 | NO   | NO  | 99/99 |

Referencia:

- Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(2):134-143. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.043

## 11.7 Infecciones de transmisión sexual

Los profesionales de la salud, especialmente los de atención primaria, deben brindar información y asesoría relacionada con la sexualidad con el fin de prevenir VIH/ITS. Estas conversaciones son particularmente importantes ya que las personas transgénero se ven afectadas de manera desproporcionada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS en relación con las personas cisgénero (9).

La evaluación y detección de ITS en las personas transgénero se debe realizar según la estimación de riesgo de cada uno, teniendo en cuenta el historial sexual y los comportamientos de riesgo. Además se debe tener en cuenta que las personas transgénero difieren en el uso de hormonas, antecedentes de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género y patrones de comportamiento sexual (3)(9). Se debe evitar hacer suposiciones sobre la presencia o ausencia de una anatomía específica, de la orientación sexual o de las prácticas sexuales, por ende se debe guiar la entrevista sobre la historia clínica de la manera más respetuosa y no discriminatoria para evaluar las características de cada persona y explicando claramente las razones para realizar preguntas sexualmente explícitas o la necesidad del examen físico (3).

Con relación al examen físico, se tendrán las siguientes consideraciones:



*Mujeres transgénero con vaginoplastia (inversión del pene o colovaginoplastia)*

- No es adecuado realizar pruebas de tamización de lesiones preneoplásicas del cuello uterino (3).
- Algunos enfoques quirúrgicos incluyen el uso de tejido uretral, por lo que podría ser necesario realizar pruebas para clamidia o gonorrea según la clínica lo amerite, a diferencia de los enfoques quirúrgicos con piel del pene invertido (9).
- Evaluar el riesgo de infección de la piel intacta del pene invertido y la presencia de lesiones como el chancro sifilítico, herpes o chancroide (3).
- Usar un anoscopio puede ser un enfoque anatómicamente más apropiado para un examen visual, según la disponibilidad. Se puede insertar el anoscopio, retirar el trocar y visualizar las paredes vaginales (3).
- Conservan tejido prostático, por lo que la prostatitis infecciosa debe incluirse en los diagnósticos diferenciales para mujeres trans sexualmente activas con síntomas sugestivos (3).

*Hombre transgénero*

- La enfermedad pélvica inflamatoria debe estar entre los diagnósticos diferenciales para hombres transgénero con útero y trompas de Falopio que tienen relaciones sexuales vaginales (3).
- El uso de testosterona se asocia con atrofia vaginal; por lo tanto, el uso de lubricante y un espéculo pequeño puede ser apropiado para el examen (3).
- Algunos hombres transgénero conservan la vagina permeable después de la metoidoplastia y pueden requerir un examen vaginal con base en el historial sexual (3).
- Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y del VPH están cubiertas en otras partes de estas pautas (3).

Las pautas para el tamizaje serológico para personas transgénero (VIH, Hepatitis B y C, sífilis) no van a diferir de las recomendadas para las personas cisgénero (3). Se debe tener especial atención a que las personas de alto riesgo tengan pruebas de detección de ITS cada 3 meses (parejas múltiples, sexo sin condón, sexo transaccional/trabajo sexual, sexo en estado de ebriedad) (3). Se puede ofrecer realizar pruebas en múltiples sitios anatómicos, ya que las ITS en pacientes transgénero suelen ser extragenitales y, si es posible, dar la opción de la auto-toma de exámenes como una forma de disminuir la disforia de género o revictimización que algunas personas puedan sentir (9).

El tratamiento de las ITS, en general, no difiere al manejo usual en personas cisgénero (3). Hay que considerar los efectos de las terapias hormonales sobre los medicamentos, más específicamente en el caso del tratamiento antirretroviral, hay ciertas dudas debido a la falta de información de las interacciones con los estrógenos usados en la terapia de reafirmación de género. Sin embargo, se pueden extrapolar datos de las interacciones farmacológicas de los estudios que utilizan anticonceptivos orales combinados; es probable que la mayoría de los TAR se puedan usar de manera segura con estrógeno, con dos excepciones: Amprenavir (Agenerase) y fosamprenavir (Lexiva) (3). Igualmente, existen pocos datos sobre el VIH entre los hombres transgénero, probablemente debido a una prevalencia del VIH mucho más baja (3).

Existen lineamientos sobre cómo realizar una historial sexual y la frecuencia recomendada para la detección de ITS por género y grupo de riesgo, según las pautas del CDC de 2015 (STD Treatment Guidelines) que incluyen a hombres y mujeres transgénero como poblaciones especiales (9).

## **11.8 Tamizaje del cáncer en personas transgénero**

Las personas transgénero deben recibir indicaciones de a qué programas de tamización se deben dirigir, en qué momento y con qué frecuencia, teniendo en cuenta que las necesidades de detección de cáncer de los pacientes transgénero varían según la etapa de reafirmación de género en la que se encuentren, independientemente del uso de hormonas (66).

### **11.8.1. Cáncer de mama**

Mujer transgénero:

las mujeres transgénero pueden tener un menor riesgo de presentar cáncer de seno en comparación con las mujeres cisgénero (66); esto puede ser por una exposición general o cíclica potencialmente menor a los estrógenos durante su vida y, en algunos casos, la ausencia o una exposición mínima a la progesterona (3); sin embargo, las mujeres transgénero que reciben terapia hormonal pueden tener un riesgo mayor que los

hombres cisgénero (66). En la tamización hay que tener en cuenta que las mujeres transgénero tienen una alta prevalencia de senos densos, lo cual es un riesgo independiente de cáncer de seno y también un predictor de mayores tasas de mamografías falsas negativas (3).

El tamizaje de cáncer de seno en la mujer transgénero se puede realizar según las guías nacionales para mujeres cisgénero, teniendo en cuenta que no se debe iniciar antes de los 50 años y que la mujer transgénero debe llevar por lo menos 5 años con terapia hormonal (66).

La modalidad de tamización de elección es la mamografía con seguimiento cada 2 años (67). Hay que tener en cuenta la presencia de factores de riesgo, como historia familiar de mutaciones en BRCA; en estos casos, se puede remitir a la persona para asesoría genética y explicar detalladamente que no se conoce el riesgo de usar la terapia hormonal de reafirmación de género en pacientes con mutación en BRCA y los desenlaces en cáncer de mama o mortalidad (3).

Hombre transgénero:

Los hombres transgénero que no han tenido mastectomía bilateral o aquellos con reducción mamaria deben seguir las recomendaciones de tamización de las guías nacionales para mujeres cisgénero (66). En los hombres transgénero con mastectomía bilateral no hay una recomendación clara sobre la necesidad de tamización de rutina, teniendo en cuenta que en el procedimiento quirúrgico se ha extirpado la mayor parte o casi todo el tejido mamario y se desconoce el riesgo de cáncer de mama en el tejido residual (67). Se guiarán los exámenes según la clínica, en el caso de presentar lesiones palpables la mamografía puede no ser técnicamente factible si no que sea necesario el uso de ecografía de la pared torácica o resonancia magnética para el estudio de una lesión (3).

### 11.8.2. Cáncer de próstata

La mayoría de casos de cáncer de próstata en mujeres transgénero se presentan en quienes iniciaron la terapia hormonal después de los 50 años y podrían estar

relacionados con neoplasias ocultas ya que, tanto la gonadectomía, la terapia con estrógenos o los antiandrógenos, como los inhibidores de la 5 alfa reductasa, se asocian con reducción de la incidencia de cáncer de próstata (3). A pesar de esto se tiene que prestar atención a la posibilidad de presentar cáncer de próstata, teniendo en cuenta que en las cirugías de reafirmación de género no se extirpa y, por lo tanto, la decisión de tamizar a esta población se debe guiar por las recomendaciones para hombres cisgénero. Se puede realizar examen de la próstata con tacto rectal o neovaginal, uso de ecografía transvaginal y medición del PSA (16), teniendo en cuenta que su valor en mujeres transgénero con bajos niveles de testosterona, está disminuido (límite superior 1,0 ng/ml) (66).

### 11.8.3. Cáncer testicular

Es probable que el riesgo de cáncer de testículo disminuya con la supresión de andrógenos. Teniendo en cuenta que en hombres no transgénero no está recomendada la detección rutinaria del cáncer de testículo, no hay evidencia para realizarla en mujeres transgénero, pero se debe tener la sospecha de la presencia de un tumor testicular en mujeres transgénero adherentes a dosis terapéuticas de estrógeno más un bloqueador de andrógenos que persisten con niveles de testosterona elevada y, si es necesario, evaluar la presencia de tumores testiculares por examen físico o por ecografía (3).

### 11.8.4. Cáncer de cuello uterino

Los hombres transgénero suelen ser menos adherentes a los programas de tamización de cáncer de cuello uterino en comparación a las mujeres cisgénero (3). Teniendo en cuenta que el cáncer de cérvix es el tercer cáncer más común a nivel mundial y generalmente las personas que nunca o muy pocas veces han sido tamizadas son las que se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad, asociados a mayor morbilidad y mortalidad, es importante mejorar la adherencia a los programas de tamización (3) y en lo posible lograr la vacunación de niños y adolescentes contra el VPH.

La tamización en hombres transgénero se podrá realizar según las guías nacionales para mujeres cisgénero (1). Los hombres transgénero con histerectomía total y que no

tengan antecedente de neoplasia intraepitelial o cáncer de cuello uterino pueden interrumpir la detección del cáncer de cuello uterino (66).

Las estrategias de tamización, deben discutirse con los pacientes, la prueba de detección de ADN del VPH se podría realizar mediante los kits de auto-toma para mejorar la comodidad de los pacientes (66). Hay que tener en cuenta que la citología en hombres transgénero tiene una incidencia diez veces mayor de un resultado insatisfactorio en comparación con las mujeres no transgénero, lo que se correlaciona con el tiempo que llevan recibiendo testosterona y la presencia de cervicovaginitis atrófica causada por la testosterona exógena (67). Por esto, es importante aclarar en la orden que el paciente está recibiendo terapia hormonal y si se encuentra en amenorrea o no para que el patólogo correlacione los hallazgos en la morfología celular (3).

Para lograr una adecuada adherencia de los hombres transgénero a los programas de tamización se debe tener en cuenta que es un examen que puede exacerbar la disforia y, en algunos casos, genera dolor; por lo tanto, se deben buscar estrategias para mejorar la experiencia de las personas transgénero (3) tales como:

- Auto-toma del test de AND-VPH
- Uso de un espéculo pediátrico (que sea de un largo suficiente para no ejercer presión en el introito para la visualización del cérvix)
- Adecuada posición de litotomía
- Lubricar el espéculo, usando lubricantes a base de agua (en poca cantidad y en los bordes externos del espéculo) o agua tibia para que no se altere el resultado de la citología o la prueba de VPH
- Permitir que el paciente inserte el espéculo o ver el procedimiento usando un espejo
- Administración de oral benzodiazepinas antes del examen
- Uso de estrógenos vaginales durante 1 semana antes del examen en pacientes con vaginitis atrófica

La tamización para cáncer de cuello uterino no es necesaria en mujeres transgénero que se han sometido a una vaginoplastia. La neovagina generalmente está revestida con piel del pene queratinizada, y la evidencia sugiere que el riesgo de neoplasia es extremadamente pequeño (66) y en los casos en que se realiza una vaginoplastia

utilizando un segmento del sigmoides, el seguimiento a largo plazo no mostró un mayor riesgo de cáncer de colon en el colgajo neovaginal (66). Sin embargo, se les debe asesorar sobre la posibilidad de desarrollar lesiones relacionadas con el VPH en el área genital luego de las cirugías de reafirmación de género (66).

### 11.8.5. Cáncer de ovario

Al igual que en las mujeres cisgénero, no se dispone de un algoritmo de detección eficaz para el cáncer de ovario en hombres transgénero (3). Hay que tener en cuenta el riesgo de cada paciente según los antecedentes o factores de riesgo personales o familiares y se debe ofrecer salpingooforectomía de reducción de riesgo a pacientes transgénero con mutaciones BRCA1 o BRCA2, después de discutir su deseo de fertilidad (66).

La gonadectomía unilateral o bilateral se puede realizar en hombres transgénero como parte del manejo de la disforia de género; sin embargo, la ooforectomía de rutina no se encuentra recomendada como prevención primaria del cáncer de ovario (3).

### 11.8.6. Cáncer de endometrio

La tamización de rutina de cáncer de endometrio para hombres transgénero no se encuentra indicada (66). Aunque se podría pensar que existe un riesgo teórico de desarrollar hiperplasia endometrial y cáncer, este no se ha demostrado y, por el contrario, se evidencia atrofia del endometrio en los pacientes en manejo con testosterona (3). Se debe informar a los pacientes sobre la necesidad de estudios adicionales cuando se presente sangrado uterino anormal si no ha habido un cambio en la dosis de testosterona (3).

## **12. TERAPIA HORMONAL DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO**

### **12.1 Generalidades**

La terapia hormonal de reafirmación de género es un pilar del tratamiento de las personas transgénero, cuya meta es alinear las características sexuales secundarias de un individuo con su identidad de género; por lo tanto, puede considerarse como una necesidad más que una opción.

En el adulto los objetivos son retroceder en lo posible los caracteres sexuales secundarios desarrollados durante la pubertad, mientras se induce un desarrollo sexual femenino o masculino, y lograr y mantener niveles fisiológicos de hormonas según la identidad de género, sin llevar a un riesgo inaceptable a corto, mediano o largo plazo (68). Siempre se debe considerar que el resultado final puede estar condicionado por

factores específicos de la persona, tales como la edad, la genética y la constitución corporal (3).

El pilar de la terapia hormonal de reafirmación en hombres transgénero es la administración de testosterona, que se puede suministrar en preparaciones inyectables, geles o parches transdérmicos (69). En las mujeres transgénero el pilar fundamental de la terapia hormonal de reafirmación es la administración de estrógenos que se pueden prescribir en preparados orales, transdérmicos o inyectables, a menudo asociados a un medicamento antiandrogénico, según los requerimientos específicos (55).

Para el inicio de la terapia hormonal de reafirmación de género, así como para otras intervenciones, es necesario confirmar el “diagnóstico”, realizar una asesoría sobre los riesgos, los beneficios y los resultados esperados de la terapia médica y obtener la firma de un consentimiento informado que especifique estos aspectos.

Si bien previamente se requería una carta de referencia de un profesional de salud mental antes del inicio de la terapia hormonal de reafirmación de género (3), esta no deberá ser vista como un requerimiento, sino que las valoraciones por psicología/psiquiatría serán un complemento en el abordaje multidisciplinario durante todo el proceso de reafirmación de género. Este aspecto cobra importancia especial en los casos de enfermedad psiquiátrica, en particular los síntomas de deterioro cognitivo o psicosis, que pueden afectar la capacidad de una persona para otorgar el consentimiento, y se deberá iniciar el manejo o seguimiento de otras enfermedades psiquiátricas, dado que estas pueden interferir en el curso y el resultado de las terapias de reafirmación de género (9).

### **12.1.1 Evaluación previa al tratamiento**

Previo al inicio de cualquier tratamiento hormonal de reafirmación de género se debe realizar una historia clínica completa, realizar un examen físico dirigido adecuado, hacer la solicitud de los exámenes de laboratorio requeridos y la derivación a otras especialidades según corresponda.



- En la primera consulta se deben consignar en la historia clínica el sexo del individuo asignado al nacer, la identidad de género, el nombre y el uso de pronombres que la persona considere adecuados según sus preferencias (69).
- Tener en cuenta en la historia clínica todos los antecedentes médicos, farmacológicos y quirúrgicos relevantes, incluida toda acción médica, social o legal realizada para afirmar su identidad de género, incluyendo intervenciones fuera de entornos médicos o intervenciones estéticas (69).
- Entre los hábitos de vida saludable se deberá recomendar el reducir o suspender el consumo de tabaco ya que se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, especialmente enfermedades tromboembólicas y cardiovasculares con el inicio de la terapia hormonal (69).
- No está indicado practicar mamografía previa al tratamiento ya que el riesgo de encontrar una neoplasia maligna es raro. Las mamografías deben ser realizadas dentro del esquema de tamizaje habitual (28).
- Se debe evaluar el estado de salud sexual y reproductiva, la necesidad de anticoncepción y los deseos de fertilidad (28).
- Se debe evaluar el uso de sustancias, la presencia de infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual (28).

### **12.1.2 Exámenes de laboratorio iniciales:**

- Perfil lipídico
- Glucosa o HbA1c
- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Transaminasas
- BUN- creatinina
- Niveles basales de hormonas ( $E_2$  y T).
- Hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH).
- Los pacientes mayores también pueden necesitar evaluación adicional con electrocardiograma u otra evaluación de la función cardiopulmonar según corresponda de acuerdo con el riesgo cardiovascular.

### 12.1.3 Contraindicaciones de la terapia hormonal de reafirmación de género

|                     | <b>Contraindicaciones</b>   | <b>Aumento del riesgo de</b>  |
|---------------------|---|---|
| <b>Estrógenos</b>   | -Eventos trombóticos venosos previos relacionados con una condición hipercoagulable subyacente<br>-Antecedentes de neoplasia sensible a estrógenos<br>Enfermedad hepática crónica en etapa terminal | Hipertrigliceridemia, colelitiasis, aumento de enzimas hepáticas, aumento de peso, hipertensión |
| <b>Testosterona</b> | Embarazo<br>Enfermedad coronaria inestable,<br>Policitemia no tratada con hematocrito > 55%   | Hiperlipidemia, aumento de peso, acné, alopecia androgénica, aumento de enzimas hepáticas       |

## 12.2 Terapia hormonal en la mujer transgénero

El objetivo de la terapia hormonal en mujeres transgénero es reducir los efectos endógenos de la testosterona y estimular el desarrollo de caracteres sexuales secundarios femeninos, según el deseo de reafirmación de género de cada individuo (3).

En la terapia hormonal de reasignación de género para las mujeres transgénero se ofrece un estrógeno en combinación con un bloqueador de andrógenos (este último puede suspenderse después de la gonadectomía) (69). La elección del medicamento depende de las características clínicas de cada individuo, la disponibilidad del medicamento, la adherencia al tratamiento y la posibilidad de tener menos efectos adversos (59).

## 12.2.1 Estrógenos

Los estrógenos que se utilizan se clasifican en estrógenos humanos naturales y estrógenos sintéticos o semisintéticos. El estradiol es el estrógeno natural más usado debido a que presenta más potencia frente a la estrona o el estriol, cuenta con diferentes vías de administración y se puede realizar el seguimiento de sus niveles en sangre (68).

### 17 $\beta$ estradiol

El 17  $\beta$  estradiol es una hormona bioidéntica o químicamente similar a la producida por el ovario humano (3) que al ser administrado por vía oral está sujeto al metabolismo hepático y gastrointestinal de primer paso, por lo que puede contribuir a los efectos hepáticos y protrombóticos negativos.

- Una dosis inicial oral común es de 2 mg diarios con un aumento anticipado de 2 mg en 2 a 3 meses y aumentos cada 2 a 3 meses hasta que se alcancen las dosis máximas (8 mg/día) o los resultados óptimos (70).

Las presentaciones para administración sublingual, transdérmica o intramuscular evitan el metabolismo de primer paso hepático (9); sin embargo, en el momento no se cuenta con presentación sublingual por lo tanto los parches transdérmicos pueden preferirse en ciertas circunstancias como en adultos mayores de 45 años y cuando hay antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa, factores de riesgo de enfermedad cardiovascular o tabaquismo (69). Con la administración sublingual se presenta un pico marcado en los niveles séricos que luego va a disminuir, por lo que se puede dificultar la monitorización de los niveles séricos, aunque se logra un adecuado efecto fisiológico (59).

- Los parches transdérmicos de estradiol se cambian semanalmente o dos veces por semana, según la marca y la dosis deseada (70).

- Se puede incrementar la dosis de estradiol al colocar parches adicionales y evaluando cada 2 a 3 meses hasta que se obtengan resultados satisfactorios (70).

Con la administración de estradiol inyectable se puede observar un pico inicial y luego una meseta en los niveles de estradiol la cual se puede evitar con una dosificación más frecuente (cada semana o cada 2 semanas) para reducir este efecto máximo-mínimo. El seguimiento de los niveles hormonales se prefiere realizar en la mitad del ciclo. Se debe vigilar durante el tratamiento a los pacientes que presenten síntomas cíclicos como migrañas o cambios de humor, que puedan indicar fluctuaciones en los niveles durante el ciclo lo que sugiere que se haga un cambio en el intervalo de administración (reducir el intervalo de administración), con reducción concomitante de la dosis, para mantener la misma dosis total administrada en el tiempo o que se haga un cambio en la vía de administración (cambio a estrógeno oral o transdérmico) (3).

La mayoría de las mujeres transgénero logran una supresión adecuada de testosterona con dosis orales de estradiol de 6 a 8 mg al día. En el caso de los parches transdérmicos se pueden requerir de tres a cuatro parches de 0,1 mg simultáneamente para lograr la respuesta esperada (28). Si se evidencia durante el seguimiento un nivel de testosterona que no se suprime adecuadamente, se puede intentar una dosis de hasta 8-10 mg diarios, pero con frecuencia una testosterona no suprimida sugiere una absorción oral deficiente e indica usar una vía alternativa de administración. En estos casos es apropiado cambiar a otra vía de administración como los parches transdérmicos de E<sub>2</sub> (70).

### **Etinilestradiol**

El etinilestradiol se encuentra más asociado con eventos tromboembólicos, por lo que en mujeres transgénero no se utiliza (69).

### **Estrógenos equinos conjugados**

Los estrógenos equinos conjugados son estrógenos derivados de la orina de yeguas preñadas. Estos tienen varias desventajas como la incapacidad para medir con precisión los niveles en sangre y la posibilidad de asociarse con mayor riesgo tromboembólico y cardiovascular (3).

Aunque hay informes anecdóticos del uso de progesterona para el desarrollo de los senos y el control del estado de ánimo, actualmente no hay pruebas suficientes de que los beneficios potenciales de la administración de progesterona superen los riesgos potenciales (9).

En la tabla 1 se resumen los estrógenos que se utilizan en la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero, sus dosis y vías de administración.

Tabla 3. Estrógenos que se utilizan en la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.

| Medicamento            | Dosis Inicial      | Vía           | Dosis Máxima  |
|------------------------|--------------------|---------------|---|
| Estradiol              | 2-4 mg             | Oral          | 6 mg  |
| Estradiol              | 0.025 - 0.1 mg     | Transdérmico  | 0.2 mg<br>la frecuencia de cambio depende del producto y la marca |
| Valerato de estradiol  | 5-20 mg cada 2 sem | Intramuscular | 30 mg IM cada 2 semanas   |
| Cipionato de estradiol | 2 mg cada semana   | Intramuscular | 5-10 mg cada semana   |

Referencia:

- Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4ta edición, 2019.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259

### 12.2.2 Antiandrógenos

Los antiandrógenos se clasifican en los que suprimen la producción de andrógenos, los que suprimen la conversión de testosterona en su potente metabolito la dihidrotestosterona (DHT), y los que impiden la señalización a través del receptor de andrógenos (68).

Los antiandrógenos se pueden iniciar de manera simultánea o previo al inicio de los estrógenos (generalmente de 1 a 3 meses antes) (59). Teniendo en cuenta que los efectos de los antiandrógenos generalmente son reversibles, pueden ser el primer paso para las personas que deseen evaluar el impacto de los cambios corporales sutiles antes de continuar; además, la administración de solo un medicamento a la vez puede ayudar a evaluar mejor su respuesta y efectos adversos (59).

### **Espironolactona**

La espironolactona pertenece a la clase de los diuréticos ahorradores de potasio a través de su acción antiminerlocorticoide. Sin embargo, la espironolactona reacciona de forma cruzada con muchos otros receptores de hormonas esteroideas, por lo que funciona como un agente predominante antagonista del receptor de andrógenos y un modulador selectivo de los receptores de estrógenos. La espironolactona también inhibe directamente la producción de andrógenos y es un inhibidor modesto de la 5  $\alpha$  reductasa (68).

### **Acetato de ciproterona**

El acetato de ciproterona es una progestina con propiedades antiandrogénicas al unirse a los receptores de andrógenos y al realizar retroalimentación negativa suprimiendo las gonadotropinas (59). Además presenta una buena relación costo-beneficio similar a la de la espironolactona (70). Se debe tener precaución en pacientes con depresión y el posible riesgo de hiperprolactinemia o formación de meningiomas (9).

### **Inhibidores de la 5 alfa reductasa**

La 5  $\alpha$  reductasa convierte la testosterona en dihidrotestosterona; por lo tanto, los inhibidores de esta enzima inhiben la conversión de la testosterona circulante en dihidrotestosterona (4). Dado que estos medicamentos no bloquean ni la producción ni la acción de la testosterona, su efecto antiandrógeno es menor (9) pero pueden ser una buena opción para aquellos que no toleran o tienen contraindicaciones para el uso de

espironolactona, o para aquellos que continúan exhibiendo características virilizadas después del bloqueo androgénico completo o la orquiectomía. Tienen efectos benéficos sobre la pérdida de cabello, el crecimiento del vello corporal, las glándulas sebáceas y la consistencia de la piel (9).

### Análogos de la GnRH

Los análogos de la GnRH reducen la secreción de gonadotropinas, lo que a su vez disminuye la estimulación de la producción testicular de testosterona (70). Se pueden usar en adultos transgénero que no toleren otros antiandrógenos o aquellos que no logran una supresión de andrógenos adecuada, o en pacientes que requieren una dosis más baja de estrógeno, como pacientes mayores y aquellos con riesgo de TEV o enfermedad vascular (68). En la tabla 2 se resumen los antiandrógenos que se utilizan en terapia hormonal de reafirmación de género.

Tabla 4. Antiandrógenos utilizados en terapia hormonal de reafirmación de género en mujeres transgénero.

| Medicamento                      | Dosis Inicial                            | Vía        | Dosis máxima         | Aumento de la dosis |
|----------------------------------|--|------------|----------------------|---------------------|
| Espironolactona                  | 50 mg cada 12 horas                      | Oral       | 150 mg cada 12 horas | Cada 2-4 semanas    |
| Acetato de ciproterona           | 12.5 mg /d                               | Oral       | 50 mg día            | Cada 2-4 semanas    |
| Finasteride                      | 1 mg día                                 | Oral       | 5 mg día             |                     |
| Dutasteride                      | 0.5 mg día                               | Oral       |                      |                     |
| Agonista de la GnRH (Leuprolide) | 3.75 mg al mes<br>-11.25 mg cada 3 meses | Subcutáneo |                      |                     |

Referencia:

- Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4a. edición, 2019.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

### 12.2.3 Seguimiento

- Se hará una consulta de seguimiento a los 3 meses de haber iniciado la terapia, que incluya la medición del estradiol y testosterona para evaluar la necesidad de ajuste de dosis (28).
- Posteriormente se podrá hacer seguimiento cada 3 a 6 meses durante el primer año de terapia y luego cada 6 -12 meses teniendo en cuenta los cambios físicos presentados y los niveles hormonales hasta su estabilización (28).
- Después de 2 años de terapia, las visitas anuales generalmente son suficientes porque la mayoría de los cambios físicos, además de la pérdida terminal del cabello, se estabilizan, pero el riesgo de eventos de TEV permanece elevado (28).
- Los niveles de hormonas esteroides sexuales deben monitorearse cada 3 meses durante el primer año y luego una o dos veces al año según la condición clínica (68).

Tabla 5. Niveles de hormonas esperados con la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.

| Hormona      | Valor (dependerá de los valores de referencia y métodos usados por el laboratorio) |
|--------------|--|
| Estradiol    | 100 pg/mL a 200 pg/mL (y sin exceder 400 pg/mL)                                    |
| Testosterona | Menos de 50 ng/dL  |

#### Referencia:

- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.



Realizar control de:

- Peso
- Presión arterial
- Examen físico
- Cese de consumo de tabaco
- Síntomas de depresión u otros
- Aparición de efectos secundarios
- Estradiol y testosterona total
- Hemograma, perfil lipídico, glucosa sérica, electrolitos, creatinina BUN, perfil hepático y prolactina
- En mujeres transgénero que toman espironolactona el potasio sérico debe controlarse cada 3 a 4 meses durante los primeros 2 años y luego anualmente (68)
- En mujeres transgénero que usen medicamentos antiandrogénicos sin estrógeno asociado se hará seguimiento de la densidad mineral ósea (28)

Los cambios físicos que se pueden lograr con la terapia hormonal de afirmación de género en mujeres trans están limitados por factores específicos de la persona, y por el desarrollo puberal previo inducido por la testosterona endógena, específicamente el crecimiento fálico, desarrollo escrotal y descenso de testículos, alargamiento de las cuerdas vocales y crecimiento de huesos y cartílagos, incluidos un reborde supraorbitario y nasal prominentes y el agrandamiento del cartílago tiroides (9) (Tabla 4).

Tabla 6. Tiempo para los cambios físicos de la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero

| Efecto                          | Inicio    | Máximo   |
|---------------------------------|-----------|----------|
| Redistribución del tejido graso | 3-6 meses | 2-3 años |
| Disminución de la masa muscular | 3-6 meses | 1-2 años |

|  |                      |           |
|--|----------------------|-----------|
| Suavización de la piel y disminución de la grasa | 3-6 meses            | Variable  |
| Disminución del deseo sexual                     | 1-3 meses            | 3-6 meses |
| Disminución de las erecciones espontáneas        | 1-3 meses            | 3-6 meses |
| Crecimiento de los senos                         | 3-6 meses            | 2-3 años  |
| Disminución del tejido testicular                | 3-6 meses            | 2-3 años  |
| Disminución de la producción de espermatozoides  | ---                  | >3 años   |
| Disminución del crecimiento del vello terminal   | 6-12 meses           | >3 años   |
| Alopecia de patrón masculino                     | Se detiene 1-3 meses | 1-2 años  |

Referencia:

Hembree, WC, Cohen-Kettenis, PT, Gooren, L., Hannema, SE, Meyer, WJ, Murad, MH, ... T'Sjoen, GG (2017). *Tratamiento endocrino de personas con disforia de género/incongruencia de género: una guía de práctica clínica de la Sociedad Endocrina\**. *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 102(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017-01658

## 12.3 Terapia hormonal en el hombre transgénero

El objetivo de la terapia hormonal en hombres transgénero es reducir los efectos endógenos de los estrógenos y estimular la virilización, según el deseo de reafirmación de género de cada individuo. Se realiza con la administración de testosterona por vía

transdérmica o inyectable (69) procurando lograr niveles de testosterona en rango masculino (28).

### 12.3.1 Testosterona

La mayoría de preparaciones de testosterona que se emplean son bioidénticas o químicamente equivalentes a la testosterona secretada por el testículo humano (3). La vía de administración depende de las condiciones clínicas de la persona, sus preferencias (la comodidad con la auto-inyección o la posibilidad de que el gel de testosterona se transfiera a otros), adherencia al tratamiento y costos (59).

- La forma más utilizada son los ésteres de testosterona intramusculares (enantato o cipionato de testosterona) que son fármacos de bajo costo y ofrecen buena tolerancia y respuesta clínica satisfactoria (1). En algunos casos no logran simular el ritmo circadiano usual de la testosterona y suelen asociarse con variaciones cíclicas de los efectos tales como fatiga e irritabilidad al final del ciclo de inyección, y agresión al comienzo del ciclo de inyección (9), junto con un nivel plasmático de testosterona suprafiológico en los primeros días tras su administración (1). Esto se puede contrarrestar usando dosis más bajas pero más frecuentes o usando una preparación transdérmica diaria (9).
- Se puede preferir la administración por vía subcutánea por su aplicación más sencilla, con una aguja de menor calibre, menos dolorosa y que evita las cicatrices y fibrosis de su uso por largo tiempo (3)
- La inyección intramuscular de liberación prolongada de undecanoato de testosterona mantiene los niveles plasmáticos estables, sin picos después de la administración, pero su costo puede ser una barrera (1).
- Las formulaciones transdérmicas simulan la liberación fisiológica de testosterona, con mínimas oscilaciones plasmáticas. En el caso del gel, según las indicaciones del fabricante, se debe aplicar en las mañanas en la parte superior de los brazos o los hombros. El sitio de aplicación debe permanecer seco durante al menos 2 horas y se debe tener precaución en la posible transferencia al contacto con otras personas (6). Se debe tener en cuenta que el gel de dosis baja puede no suprimir adecuadamente la menstruación (69). (Tabla 5)

Tabla 7. Formas de administración de testosterona para la terapia de reafirmación de género de hombres transgénero

| Medicamento | Dosis inicial | Vía | Dosis máxima |
|-------------|---------------|-----|--------------|
|-------------|---------------|-----|--------------|

|                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Enantato o cipionato de testosterona | 20-50 mg cada semana<br>40-100 mg cada 2 semanas                       | Intramuscular/<br>subcutáneo (50%<br>por semana) | 100 mg por semana  |
| Undecanoato de testosterona          | 1000 mg cada 12 semanas<br>o 750 mg cada 10 semanas                    | Intramuscular                                    |  |
| Gel de testosterona 1.6%             | 20.25 -40.5mg/d  | Transdérmico<br>AM                               | 103.25 mg día  |
| Gel de testosterona 1%               | 2.5-5 g día<br>(2-4 pumps,<br>equivalente a 25-<br>50 mg testosterona) | Transdérmico AM                                  | 5-10 g<br>(4-8 pumps,<br>equivalente a<br>50-100 mg<br>testosterona) |
| Parche transdérmico de testosterona  | 1-4 mg/d   | Transdérmico<br>PM                               | 8 mg/d   |

## Referencia:

- Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4ta edición, 2019.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

Una de los cambios esperados con la terapia hormonal con testosterona es la amenorrea, lo que contribuye enormemente al bienestar psicológico. Generalmente el 90% de las personas en tratamiento con andrógenos presentan amenorrea en los primeros 6 meses del tratamiento (1).

Hay que tener en cuenta que se continúa la observación y estudio de estos medicamentos a largo plazo. En estudios con modelos animales, se ha visto que dosis suprafisiológicas de testosterona pueden tener efecto en el volumen del cerebro y puede

aumentar el riesgo de síntomas psiquiátricos en personas con hipomanía, manía o trastornos psicóticos subyacentes (71).

### 12.3.2 Progesterona

Se puede emplear progesterona cuando no se logra la amenorrea con la testosterona sola, luego de estudiar otras causas adicionales de sangrado (1). Una forma de administrar es el acetato de medroxiprogesterona a dosis de 5 a 10 mg/día.

En el caso de los individuos que optan por cirugías de reafirmación de género (histerectomía + salpingooforectomía bilateral) no se requiere una reducción en la dosis de testosterona; sin embargo, algunos individuos desean optar por reducir su dosis debido a la ausencia de preocupaciones sobre el regreso de la menstruación, pero se debe tener en cuenta la posible disminución de densidad mineral ósea en pacientes post ooforectomía que reciben dosis bajas de testosterona (59).

### 12.3.3 Seguimiento

- Se hará una consulta de seguimiento a los 3 meses de iniciada la terapia hormonal (según las características particulares de cada individuo), que incluya la medición de testosterona total para evaluar la necesidad de ajuste de dosis (28).
  - Ésteres de testosterona: medir los niveles de testosterona a mitad del ciclo entre las inyecciones (7 a 10 días después de la inyección intramuscular) (1).
  - Testosterona transdérmica: el nivel de testosterona se puede medir después de llevar una semana realizando la aplicación diaria (al menos dos horas después de la última aplicación) (9).
  - Undecanoato de testosterona: medir los niveles de testosterona justo antes de la siguiente inyección, Si el nivel es <400 ng/dL, ajuste el intervalo de dosificación (9).
- Posteriormente se podrá hacer seguimiento cada 3 a 6 meses durante el primer año de terapia y luego cada 6 -12 meses teniendo en cuenta los cambios físicos presentados y los niveles hormonales hasta su estabilización.
- Los niveles de estradiol se evaluarán después de 6 meses de tratamiento o después de que se instale la amenorrea (59).

Tabla 6. Niveles esperados de hormonas en hombres transgénero con terapia de reafirmación de género.

| Hormona                   | Valor   |
|---------------------------|---|
| Estradiol a los 6 meses   | Una vez suprimidos los niveles de estradiol (< 50 pg/ml) asociados a amenorrea sugieren bloqueo del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal |
| Testosterona cada 3 meses | 400-700 ng/dL   |

Referencia:

- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

Realizar control de:

- Peso
- Riesgo cardiovascular
- Presión arterial
- Examen físico
- Síntomas de depresión u otros
- Aparición de efectos secundarios
- Estradiol y testosterona total
- Hemograma, perfil lipídico, glucosa sérica, creatinina BUN y perfil hepático
- Anticoncepción si es necesario (la terapia con testosterona, aun en amenorrea, no garantiza anticoncepción)
- Valorar densidad mineral ósea en aquellos que tengan factores de riesgo, en especial si se suspende la terapia hormonal luego de la gonadectomía
- Tamizaje para cáncer cérvix o de mama según las guías nacionales

Los cambios físicos que se pueden lograr con la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero también están limitados por factores específicos de la persona, y el desarrollo puberal previo, específicamente la presencia de tejido mamario, aunque puede ocurrir algo de atrofia (72). (Tabla 6).

Tabla 8. Cambios físicos esperados con la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero.

| Efecto  | Inicio     | Máximo   |
|---|------------|----------|
| Aumento de la masa muscular   | 6-12 meses | 2-5 años |
| Redistribución del tejido graso                                       | 1-6 meses  | 2-5 años |
| Aumento del vello facial/corporal                                     | 6-12 meses | 4-5 años |
| Aumento del acné  | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Alopecia de patrón masculino en pacientes con predisposición genética | 6-12 meses | variable |
| Atrofia vaginal   | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Clitoromegalia  | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Engrosamiento de la voz   | 6-12 meses | 1-2 años |
| Amenorrea   | 1-6 meses  | n/a      |

Referencia:

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer, WJ, Murad, MH, et al.. *Tratamiento endocrino de personas con disforia de género/incongruencia de género: una guía de práctica clínica de la Sociedad Endocrina\**. *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 2017;102(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017-01658





## **13. ASPECTOS QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO**

La cirugía de reafirmación de género hace referencia a una amplitud de procedimientos quirúrgicos que tienen como fin alinear el cuerpo de una persona con su identidad de género. Revisaremos en este capítulo las recomendaciones, implicaciones, riesgos y beneficios de estos procedimientos. Existen múltiples procedimientos incluidos en el tratamiento quirúrgico de la población transexual los cuales incluyen:

### **13.1 Procedimientos quirúrgicos.**

#### **13.1.1 Cirugía torácica de afirmación de género:**

Se refiere a la mastectomía subcutánea en hombres transgénero, de la cual la literatura describe múltiples estudios demostrando la eficacia de la misma en múltiples dominios, aumento constante de la calidad de vida relacionado con la salud, disminución de la disforia de género y aumento de satisfacción con el cuerpo y la apariencia, así como las tasas de arrepentimiento las cuales solamente alcanzan hasta el 4% de la población estudiada (9).

En cuanto a las mujeres transgénero se trata de la cirugía de aumento mamario; aunque esta población ha sido menos estudiada también se ha llegado a la conclusión de que en la mayoría de pacientes se observa satisfacción general, tanto con la imagen corporal de la paciente después de la cirugía, como en la mejoría de las tasas de depresión y ansiedad (73).

#### **13.1.2 Cirugía de reconstrucción genital**

Vaginoplastia

Los procedimientos quirúrgicos más deseados por parte de la población transgénero femenina son: orquidectomía, penectomía, clitoroplastia, labioplastia y la creación de la

neovagina, los cuales a menudo se denominan en conjunto como “(neo)vaginoplastia” (74).

La vaginoplastia es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes a nivel mundial reportado, en la mayoría de casos es infrecuente la insatisfacción posoperatoria. La vaginoplastia se asoció con un alto porcentaje de satisfacción el cual varió entre el 83 y el 100% (74). Este procedimiento también se ha asociado con bajas tasas de complicaciones y baja incidencia de arrepentimiento variando entre el 0-8% (9).

Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas con un enfoque multidisciplinario donde participan especialidades como urología, ginecología y cirugía plástica; estas se pueden dividir en tres categorías principales, según el origen del tejido donante (75):

- Injertos de piel
- Colgajos de piel peneano-escrotal o grueso pediculados
- Segmentos de intestino delgado o grueso pediculados

Aunque la mayoría de cirujanos especialistas de género prefieren el uso de colgajos cutáneos penoescrotales invertidos, aún no se reporta cual es la técnica óptima para su realización (75).

#### Metoidioplastia y faloplastia

Representa el último paso en la transición de mujer a hombre. Entre las dos opciones que se presentan se encuentra la metoidioplastia y la faloplastia total; el cirujano debe informar debidamente todos los aspectos tales como los pasos quirúrgicos, riesgos, complicaciones posibles, resultados, ventajas y desventajas, así como también las expectativas(76).

De acuerdo con los estándares de atención de la asociación profesional mundial para la salud de las personas transgénero (EPATH, por sus siglas en inglés) deben ser suministradas dos cartas de recomendación de proveedores de salud mental certificados por la junta, quienes deben confirmar la identidad de género y recomendar el suministro de más terapia hormonal de acuerdo con la prueba de la vida real (9).

Inicialmente la transición quirúrgica en hombres trans incluye la mastectomía bilateral anteriormente mencionada, la extirpación de órganos femeninos internos (útero, ovarios, trompas), la vaginectomía y la faloplastia.

La faloplastia total es un procedimiento complejo y de múltiples etapas, por lo que es una de las opciones quirúrgicas más exigentes en la cirugía reconstructiva genital, pues se

trata de la creación de un neofalo a partir de tejido extragenital lo suficientemente grande como para permitir la inserción de una prótesis de pene, la penetración durante las relaciones sexuales y la micción en bipedestación (77). La técnica más utilizada es la faloplastia con colgajo libre radial del antebrazo con reconstrucción uretral simultánea con la técnica “tubo dentro del tubo”. El colgajo musculocutáneo de dorsal ancho (MDL) es una opción alternativa que puede cumplir con los requerimientos estéticos y funcionales del paciente transgénero ya que la cicatriz del área donante queda oculta (78).

La metoidioplastia es muy buena opción para los pacientes que desean un neofalo estéticamente aceptable, orinar de pie y conservar la sensación erógena, la principal ventaja es un procedimiento de una sola etapa que permite orinar de pie, esta técnica consiste en la creación de un neofalo a partir de un clítoris agrandado hormonalmente. Se han realizado varias modificaciones definitivas, la innovación de la escrotoplastia une tanto los labios mayores como la inserción de implantes testiculares, el alargamiento de la uretra también ha aportado beneficios adicionales. Se han descrito tres técnicas diferentes (77):

- **Metoidioplastia simple:** Se realiza en un clítoris de tamaño adecuado, el cual se agranda con tratamiento hormonal previo con testosterona. Este incluye una incisión en la piel subcoronal con posterior desprendimiento de los ligamentos suspensorios del clítoris, la placa uretral es disecada ventralmente y se divide con corrección adicional de la cuerda, la piel restante del clítoris y labios menores y mayores se utiliza para cubrir el cuerpo del clítoris dando una apariencia más voluminosa, además la parte inferior del músculo elevador también se disecciona y se sutura para un mejor soporte del clítoris. La uretra permanece en su lugar para un posible agrandamiento uretral en el futuro, mientras tanto se utiliza un catéter urinario para drenaje de la orina y evitar fugas a la piel reconstruida circundante. La tasa de complicaciones es baja, aproximadamente en 5%, y consiste en consolidación defectuosa o malrotación de la piel que se cierra. Una de las principales desventajas es la micción en sedestación para lo que se realiza el alargamiento uretral en un segundo tiempo. La recuperación es rápida y segura (79).
- **Metoidioplastia en anillo:** Similar a la metoidioplastia simple con dos diferencias en la disección de la cuerda y la división de los ligamentos suspensorios, y en la extensión de la placa uretral. En esta técnica se extrae un colgajo anular uretral dorsal especial de la mucosa vaginal del introito al himen, este se une a los cuerpos del clítoris subyacentes permitiendo la tubularización sin presión, se

cierra con colgajo vaginal largo para el alargamiento uretral final, el cuerpo del clítoris se cubre con la piel labial restante (78). Las complicaciones son altas e incluyen la fistula uretral (10-26%) y la estenosis (3-5%) (80).

- **Metoidioplastia de Belgrado:** Se basa en la reparación de las formas más graves de hipospadias; su ventaja es que se realiza en un solo tiempo quirúrgico disminuyendo la tasa de complicaciones (76). Esta técnica se basa en la similitud anatómica entre el pene y el clítoris con la notable diferencia del desarrollo uretral. La uretroplastia permite la micción de pie, se realiza mediante injertos combinados de la mucosa oral y algunos colgajos genitales bien vascularizados como la piel del clítoris y los labios menores, creando una nueva uretra con el meato en la parte superior del glande. Además, es posible la creación de un nuevo escroto en el mismo tiempo quirúrgico con inserción de implantes de silicona que crean una apariencia masculina completamente normal (77). La escrotoplastia se realiza uniendo los labios mayores, los implantes de silicona se insertan en la línea media o incisiones separadas por encima de los labios. Es necesario en el posoperatorio el uso de una bomba de vacío para evitar la retracción del neofalo, comenzando tres semanas después de la cirugía (76).

Los resultados de las investigaciones reflejan mayor interés clínico en la metoidioplastia y la faloplastia según los riesgos y beneficios de cada uno (81). La función urinaria es una de las preocupaciones más importantes de los pacientes; un estudio reportó que entre el 75-100% de los participantes lograron orinar en bipedestación, la función sexual es otro de los pilares fundamentales, entre el 77 y 95% de los pacientes intervenidos reportaron satisfacción sexual (9). La metoidioplastia de Belgrado es una variante exitosa del procedimiento con resultados satisfactorios, los resultados en el alargamiento del clítoris confirman la importancia de la técnica basada en informes de posoperatorios que describen una excelente sensación, erección adecuada y buenas características psicosexuales; sin embargo, el volumen del neofalo no es suficiente para la penetración completa por lo que es posible que se requiera una faloplastia adicional (77). En cuanto a las complicaciones posoperatorias se pueden dividir en categorías menores y mayores (81):

- Las complicaciones menores suelen tratarse de forma conservadora e incluyen: Hematomas posoperatorios, infecciones cutáneas locales, necrosis parcial, infecciones urinarias y problemas de vaciamiento vesical.
- Las complicaciones mayores incluyen fístula uretral, estenosis y problemas con implantes testiculares como desplazamiento o rechazo inmunológico. Estas complicaciones se resuelven quirúrgicamente con escisión de la fístula con

cobertura adecuada, reparación de estenosis y reposicionamiento o reemplazo de los implantes, respectivamente (82).

### **13.1.3 Otras intervenciones quirúrgicas representativas:**

#### **13.1.3.1. Procedimientos quirúrgicos para individuos asignados como hombres al nacer**

Además de los procedimientos quirúrgicos ya descritos con anterioridad, se encuentran la cirugía de feminización facial Incluida la condrolaringoplastia, cirugía de cuerdas vocales, procedimientos de contorno corporal, procedimientos estéticos y otros procedimientos para la preparación de pacientes trans para la cirugía, tales como la depilación láser.

#### **13.1.3.2. Procedimientos quirúrgicos para individuo asignados como mujeres al nacer:**

Además de los procedimientos quirúrgicos mencionados, se encuentra la cirugía de masculinización facial, procedimientos de contorno corporal, procedimientos estéticos y otros procedimientos para preparación quirúrgica (9).

## **13.2 Cuidados posoperatorios (9):**

- Educación al paciente sobre cuidados locales de cirugía, restricciones de actividades, incapacidad laboral.
- Disponibilidad de cirujano para brindar y facilitar atención posoperatoria.
- Derivar a servicios especializados en caso de requerirlo.
- Necesidad de apoyo continuo: Tanto del cuidador como del proveedor de atención primaria, profesionales de salud mental.
- Atención primaria de rutina: Tamización para cáncer de mama, urológico y ginecológico.
- Capacitación del personal de salud tratante para conocimiento de competencias culturales como el uso de la terminología correcta.
- Seguimiento de resultados, capacitación médica continua para los cirujanos.

Es muy bajo el porcentaje de pacientes con arrepentimiento posquirúrgico. Se le puede dividir en arrepentimiento social, como la falta de aceptación por parte de su entorno psicosocial, religioso o profesional, y arrepentimiento médico causado por

complicaciones médicas a largo plazo, decepción en los resultados quirúrgicos o toma de decisiones preoperatorias. Esto puede ser temporal o permanente. Es necesario el estudio por parte de un equipo multidisciplinario y teniendo en cuenta las circunstancias de cada paciente es posible indicar intervenciones médicas o quirúrgicas con la intención de continuar con la transición o devolver la anatomía del sexo asignado al nacer (9).

## 14. ORGANIZACIONES DE APOYO QUE PUEDEN SER CONSULTADAS EN LA RED

- Red de profesionales por la salud trans
  - Tel 3182837700
  
- Secretaria distrital de planeación
  - <https://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/diversidad-sexual/observatorio>



- Colombia diversa
  - <https://colombiadiversa.org/>



- Fundación grupo de acción y apoyo a personas Trans
  - <https://fundaciongaat.org/>



- Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero
  - <https://www.wpath.org/>



- Fondo internacional trans
  - <https://www.transfund.org/2020-2/?lang=es>



- Strong family alliance
  - <https://www.strongfamilyalliance.org/>



- Red somos
  - <https://www.redsomos.org/>





- The global alliance for LGBT education
  - <https://www.gale.info/es>



## 15. ANEXOS

### 15.1 Lista de chequeo para la consulta inicial

|   |
|---|
| <p>1. Datos de identificación</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Nombre elegido, pronombres elegidos, identidad de género actual y sexo asignado en el certificado de nacimiento original</li><li>● Acciones legales que han efectuado en su proceso de reafirmación de género</li></ul>   |
| <p>2. Obtener un historial médico detallado de las personas de género diverso que incluye</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Antecedentes</li><li>● Presencia de enfermedades o factores de riesgo cardiovasculares y cerebrovasculares tradicionales.</li><li>● Uso pasado y presente de hormonas</li><li>● Cirugías o procedimientos de reafirmación de género</li><li>● Consumo de tabaco, alcohol o drogas<ul style="list-style-type: none"><li>● Incentivar al cese o disminución del consumo</li></ul></li></ul> |
| <p>3. Cumple con los criterios de diagnóstico de incongruencia de género (capítulo 7).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Se han identificado y excluido otras posibles causas de aparente incongruencia de género</li></ul>   |
| <p>4. Examen físico dirigido</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Examinar únicamente aquellas partes del cuerpo que correspondan al motivo de consulta.</li><li>● Usar terminología general para las partes del cuerpo o preguntar a los pacientes si tienen una preferencia en el término a utilizar</li></ul>   |

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● El examen físico debe ser relevante para la anatomía presente y sin suposiciones en cuanto a la anatomía o la identidad.</li></ul>   |
| <p>5. Evaluar la posibilidad de apoyo con psiquiatría o psicología según las condiciones de cada paciente (capítulo 10).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Identificar condiciones de salud mental y físicas que puedan tener un impacto negativo en el resultado del tratamiento</li></ul>  |
| <p>6. Informar sobre programas de tamizaje según edad, riesgo, condiciones clínicas y anatomía específica (capítulo 11).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Estimar riesgo cardiovascular</li><li>● Considera iniciar tamizaje para cáncer de cérvix si &gt;25 años</li><li>● Considere iniciar estudio de mineral densidad ósea si &gt;65 años, 50 -64 años con factores de riesgo establecidos para la osteoporosis, historia de gonadectomía o uso de análogos de GnRH sin terapia hormonal óptima</li><li>● Considere iniciar Tamizaje cáncer de mamá y/o próstata si &gt;50 años</li></ul> |
| <p>7. Indagar deseo de fertilidad (capítulo 11.4)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Comprende el efecto del tratamiento hormonal y/o quirúrgico de afirmación de género en la reproducción</li><li>● Explorar opciones de preservación de fertilidad.</li><li>● ¿Tiene deseo de gestación a corto plazo? (capítulo 11.5)</li><li>● Explorar opciones de anticoncepción (capítulo 11.6)</li></ul>   |
| <p>8. ¿Desea iniciar terapia hormonal de reafirmación de género? (capítulo 12).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Firma de consentimiento informado para los fines específicos</li><li>● Haga una evaluación previa al tratamiento</li><li>● Inicia el manejo hormonal individualizado</li><li>● Seguimiento<ul style="list-style-type: none"><li>● Cada 3 meses durante el primer año.</li><li>● Cada 6 a 12 meses luego del primer año.</li></ul></li></ul>  |

9. ¿Desea acceder a cirugías de reafirmación de género? (capítulo 13).
- Firma de consentimiento informado para los fines específicos

## **15.2 Tabla de principios básicos de SOC-8 para la atención de pacientes transgénero.**

### *“Principios generales*

Sea empoderador e inclusivo. Trabajar para reducir el estigma y facilitar el acceso a la atención médica adecuada para todos los que la buscan;

Respetar la diversidad. Respetar a todos los usuarios y todas las identidades de género. No patologizar las diferencias en la identidad o expresión de género;

Respetar los derechos humanos universales, incluido el derecho a la integridad física y mental, la autonomía y la autodeterminación; la no discriminación y el derecho al más alto nivel posible de salud.

### *Principios en torno al desarrollo e implementación de servicios apropiados y atención médica accesible*

Involucrar a personas transgénero y de género diverso en el desarrollo e implementación de servicios;

Tomar conciencia de los factores sociales, culturales, económicos y legales que podrían afectar la salud (y las necesidades de atención médica) de las personas transgénero y de género diverso, así como la voluntad y la capacidad de la persona para acceder a los servicios;

Proporcionar atención médica (o derivar a colegas expertos) que afirme las identidades y expresiones de género, incluida la atención médica que reduzca la angustia asociada con la disforia de género (si está presente);

Rechace los enfoques que tengan como objetivo o efecto la conversión y evite brindar apoyo directo o indirecto a dichos enfoques o servicios.

*Principios en torno a la prestación de servicios competentes*

Adquirir conocimientos (obtener capacitación, cuando sea posible) sobre las necesidades de atención médica de las personas transgénero y de género diverso, incluidos los beneficios y riesgos de la atención de afirmación de género;

Adaptar el enfoque del tratamiento a las necesidades específicas de los clientes, en particular sus objetivos de identidad y expresión de género;

Centrarse en promover la salud y el bienestar en lugar de solo reducir la disforia de género, que puede estar presente o no;

Comprometerse con enfoques de reducción de daños cuando corresponda;

Permitir la participación informada plena y continua de las personas transgénero y de género diverso en las decisiones sobre su salud y bienestar;

Mejorar las experiencias de los servicios de salud, incluidos los relacionados con los sistemas administrativos y la continuidad de la atención.

*Principios en torno al trabajo para mejorar la salud a través de enfoques comunitarios más amplios*

Poner a las personas en contacto con comunidades y redes de apoyo entre pares;

Apoyar y defender a los usuarios dentro de sus familias y comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros entornos) cuando corresponda.”

Referencia: Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M, et al. (2022) Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, *Int J Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259

### 15.3 Descripción general de los métodos anticonceptivos para hombres transgénero.

|                              | Invasivo             | Riesgo de "spotting" | Disminución del sangrado /amenorrea | Cólico menstrual   | Sensibilidad mamaria | Dosis frecuente | Eficacia (perfecta/típica) |
|------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|
| ACOS                         | NO                   | Poco                 | Sí continuo                         | ↓                  | Al inicio            | Sí              | 99/91                      |
| Píldoras de progestin a sola | NO                   | Poco                 | Sí                                  | ↓                  | -                    | Sí              | 99/91                      |
| Anillo                       | Sí                   | Poco                 | Sí continuo                         | ↓                  | Al inicio            | Sí              | 99/91                      |
| MDP                          | NO                   | Alto                 | Sí                                  | ↓                  | Raro                 | Sí              | 99/94                      |
| Implante                     | Inserción subdérmica | Alto                 | Sí                                  | ↓                  | Raro                 | NO              | 99/99                      |
| T de Cu                      | Sí                   | Bajo                 | Aumento                             | ↑                  | NO                   | NO              | 99/99                      |
| SIU                          | Sí                   | Alto                 | Sí                                  | (↑ inserción)<br>↓ | Raro                 | NO              | 99/99                      |
| Preservativo                 | NO                   | NO                   | NO                                  | NO                 | NO                   | n/a             | 98/82                      |
| Esterilización               | Sí                   | NO                   | NO                                  | NO                 | NO                   | NO              | 99/99                      |

Referencia: Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):134-143. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.043

### 15.4 Exámenes de laboratorio previo al inicio de la terapia hormonal

- Perfil lipídico

- Glucosa o HbA1c
- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Transaminasas
- BUN- creatinina
- Niveles basales de hormonas (E<sub>2</sub> y T).
- Hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH).
- Los pacientes mayores también pueden necesitar evaluación adicional con electrocardiograma u otra evaluación de la función cardiopulmonar según corresponda de acuerdo con el riesgo cardiovascular.

### **15.5 Contraindicaciones de la terapia hormonal de reafirmación de género**

|                     | <b>Contraindicaciones</b>   | <b>Aumento del riesgo de</b>  |
|---------------------|---|---|
| <b>Estrógenos</b>   | -Eventos trombóticos venosos previos relacionados con una condición hipercoagulable subyacente<br>-Antecedentes de neoplasia sensible a estrógenos<br>Enfermedad hepática crónica en etapa terminal | Hipertrigliceridemia, colelitiasis, aumento de enzimas hepáticas, aumento de peso, hipertensión |
| <b>Testosterona</b> | Embarazo<br>Enfermedad coronaria inestable,<br>Policitemia no tratada con hematocrito > 55%   | Hiperlipidemia, aumento de peso, acné, alopecia androgénica, aumento de enzimas hepáticas       |

## 15.6 Estrógenos que se utilizan en la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.

| Medicamento            | Dosis Inicial      | Vía           | Dosis Máxima  |
|------------------------|--------------------|---------------|---|
| Estradiol              | 2-4 mg             | Oral          | 6 mg  |
| Estradiol              | 0.025 - 0.1 mg     | Transdérmico  | 0.2 mg<br>la frecuencia de cambio depende del producto y la marca |
| Valerato de estradiol  | 5-20 mg cada 2 sem | Intramuscular | 30 mg IM cada 2 semanas   |
| Cipionato de estradiol | 2 mg cada semana   | Intramuscular | 5-10 mg cada semana   |

Referencia: Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4ta edición, 2019.

Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259

## 15.7 Antiandrógenos utilizados en la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.



| Medicamento                      | Dosis Inicial                            | Vía        | Dosis máxima         | Aumento de la dosis |
|----------------------------------|--|------------|----------------------|---------------------|
| Espironolactona                  | 50 mg cada 12 horas                      | Oral       | 150 mg cada 12 horas | Cada 2-4 semanas    |
| Acetato de ciproterona           | 12.5 mg /d                               | Oral       | 50 mg día            | Cada 2-4 semanas    |
| Finasteride                      | 1 mg día                                 | Oral       | 5 mg día             |                     |
| Dutasteride                      | 0.5 mg día                               | Oral       |                      |                     |
| Agonista de la GnRH (Leuprolide) | 3.75 mg al mes<br>-11.25 mg cada 3 meses | Subcutáneo |                      |                     |

Referencia: Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4a. edición, 2019.

Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

## 15.8 Seguimiento de la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.

- Primera consulta de seguimiento a los 3 meses de haber iniciado la terapia, que incluya la medición del estradiol y testosterona para evaluar la necesidad de ajuste de dosis (28).

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento cada 3 a 6 meses durante el primer año de terapia y luego cada 6 -12 meses teniendo en cuenta los cambios físicos presentados y los niveles hormonales hasta su estabilización (28).</li> <li>• Después de 2 años de terapia, las visitas anuales generalmente son suficientes porque la mayoría de los cambios físicos, además de la pérdida terminal del cabello, se estabilizan, pero el riesgo de eventos de TEV permanece elevado (28).</li> <li>• Los niveles de hormonas esteroides sexuales deben monitorearse cada 3 meses durante el primer año y luego una o dos veces al año según la condición clínica (68).</li> </ul> |  |
| Hormona   | Valor (dependerá de los valores de referencia y métodos usados por el laboratorio) |
| Estradiol   | 100 pg/mL a 200 pg/mL (y sin exceder 400 pg/mL)                                    |
| Testosterona  | Menos de 50 ng/dL  |

Referencia: Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

### 15.9 Formas de administración de testosterona para la terapia de reafirmación de género de hombres transgénero.

| Medicamento                          | Dosis inicial                                    | Vía  | Dosis máxima      |
|--------------------------------------|--|--|-------------------|
| Enantato o cipionato de testosterona | 20-50 mg cada semana<br>40-100 mg cada 2 semanas | Intramuscular/<br>subcutáneo (50%<br>por semana) | 100 mg por semana |

|                                     |  |                 |  |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|
| Undecanoato de testosterona         | 1000 mg cada 12 semanas<br>o 750 mg cada 10 semanas                    | Intramuscular   |  |
| Gel de testosterona 1.6%            | 20.25 -40.5mg/d  | Transdérmico AM | 103.25 mg día  |
| Gel de testosterona 1%              | 2.5-5 g día<br>(2-4 pumps,<br>equivalente a 25-<br>50 mg testosterona) | Transdérmico AM | 5-10 g<br>(4-8 pumps,<br>equivalente a<br>50-100 mg<br>testosterona) |
| Parche transdérmico de testosterona | 1-4 mg/d   | Transdérmico PM | 8 mg/d   |

Referencia: Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients 4ta edicion, 2019.

Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

### **15.10 Seguimiento de la terapia de reafirmación de género en mujeres transgénero.**

- Primera consulta de seguimiento a los 3 meses de iniciada la terapia hormonal (según las características particulares de cada individuo), que incluya la medición de testosterona total para evaluar la necesidad de ajuste de dosis (28).

| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ésteres de testosterona: medir los niveles de testosterona a mitad del ciclo entre las inyecciones (7 a 10 días después de la inyección intramuscular) (1).</li> <li>○ Testosterona transdérmica: el nivel de testosterona se puede medir después de llevar una semana realizando la aplicación diaria (al menos dos horas después de la última aplicación) (9).</li> <li>○ Undecanoato de testosterona: medir los niveles de testosterona justo antes de la siguiente inyección, Si el nivel es &lt;400 ng/dL, ajuste el intervalo de dosificación (9).</li> <li>● Posteriormente seguimiento cada 3 a 6 meses durante el primer año de terapia y luego cada 6 -12 meses teniendo en cuenta los cambios físicos presentados y los niveles hormonales hasta su estabilización.</li> <li>● Los niveles de estradiol se evaluarán después de 6 meses de tratamiento o después de que se instale la amenorrea (59).</li> </ul> |   |
|--|---|
| Hormona  | Valor   |
| Estradiol a los 6 meses  | Una vez suprimidos los niveles de estradiol (< 50 pg/ml) asociados a amenorrea sugieren bloqueo del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal |
| Testosterona cada 3 meses  | 400-700 ng/dL   |

Referencia: Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Estándares de atención para la salud de personas transgénero y de género diverso, versión 8, Intern J Transgender Health, 2022;23:sup1, S1-S259.

### 15.11 Tiempo esperado para los cambios físicos en mujeres transgenero con terapia hormonal de reafirmación de género

| Efecto   | Inicio               | Máximo    |
|--|----------------------|-----------|
| Redistribución del tejido graso                  | 3-6 meses            | 2-3 años  |
| Disminución de la masa muscular                  | 3-6 meses            | 1-2 años  |
| Suavización de la piel y disminución de la grasa | 3-6 meses            | Variable  |
| Disminución del deseo sexual                     | 1-3 meses            | 3-6 meses |
| Disminución de las erecciones espontáneas        | 1-3 meses            | 3-6 meses |
| Crecimiento de los senos                         | 3-6 meses            | 2-3 años  |
| Disminución del tejido testicular                | 3-6 meses            | 2-3 años  |
| Disminución de la producción de espermatozoides  | ---                  | >3 años   |
| Disminución del crecimiento del vello terminal   | 6-12 meses           | >3 años   |
| Alopecia de patrón masculino                     | Se detiene 1-3 meses | 1-2 años  |

Referencia: Hembree, WC, Cohen-Kettenis, PT, Gooren, L., Hannema, SE, Meyer, WJ, Murad, MH, ... T'Sjoen, GG (2017). *Tratamiento endocrino de personas con disforia de género/incongruencia de género: una guía de práctica clínica de la Sociedad Endocrina\**. *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 102(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017-01658

## 15.12 Tiempo esperado para los cambios físicos en hombres transgenero con terapia hormonal de reafirmación de género

| Efecto  | Inicio     | Máximo   |
|---|------------|----------|
| Aumento de la masa muscular   | 6-12 meses | 2-5 años |
| Redistribución del tejido graso                                       | 1-6 meses  | 2-5 años |
| Aumento del vello facial/corporal                                     | 6-12 meses | 4-5 años |
| Aumento del acné  | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Alopecia de patrón masculino en pacientes con predisposición genética | 6-12 meses | variable |
| Atrofia vaginal   | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Clitoromegalia  | 1-6 meses  | 1-2 años |
| Engrosamiento de la voz   | 6-12 meses | 1-2 años |
| Amenorrea   | 1-6 meses  | n/a      |

Referencia: Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer, WJ, Murad, MH, et al.. *Tratamiento endocrino de personas con disforia de género/incongruencia de género: una guía de práctica clínica de la Sociedad Endocrina\**. *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 2017;102(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017-01658

## 16. BIBLIOGRAFÍA

1. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of transgender medicine. *Endocr Rev.* Oxford University Press; 2018 Oct 10;40(1):97–117.
2. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med.* Massachusetts Medical Society; 2019 Dec 19;381(25):2451–60.
3. Health T. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People Center of Excellence for Introduction to the guidelines. 2016; Available from: <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>
4. Rosa DF, Carvalho MV de F, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa A da S. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm. NLM (Medline);* 2019 Feb 1;72:299–306.
5. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev.* Elsevier Inc.; 2018 Dec 1;66:24–38.
6. Kcomt L. Profound health-care discrimination experienced by transgender people: rapid systematic review. *Soc Work Health Care.* Routledge; 2019 Feb 7;58(2):201–19.
7. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009 Sep;20(5):348–61.
8. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Milbank Q.* Blackwell Publishing Inc.; 2017 Dec 1;95(4):726–48.
9. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Heal.* Informa UK Limited; 2022 Aug 19;23(sup1):S1–259.
10. Abeln B, Love R. Considerations for the Care of Transgender Individuals. *Nurs Clin North Am.* W.B. Saunders; 2019 Dec 1;54(4):551–9.
11. Morenz AM, Goldhammer H, Lambert CA, Hopwood R, Keuroghlian AS. A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Ann Fam*

- Med. Annals of Family Medicine, Inc; 2020 Jan 1;18(1):73–9.
12. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia transgender health initiative study. *Am J Public Health*. 2013 Oct;103(10):1820–9.
  13. Sundus A, Shahzad S, Younas A. Ethical and culturally competent care of transgender patients: A scoping review. *Nurs Ethics*. SAGE Publications Ltd; 2021 Sep 1;28(6):1041–60.
  14. Dubin SN, Nolan IT, Streed CG, Greene RE, Radix AE, Morrison SD. Transgender health care: Improving medical students' and residents' training and awareness. *Adv Med Educ Pract*. Dove Medical Press Ltd; 2018;9:377–91.
  15. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: A meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2017 Feb 1;107(2):e1–8.
  16. Guha M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition). *Ref Rev [Internet]*. 2014 Mar 11;28(3):36–7. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/RR-10-2013-0256/full/html>
  17. Davy Z, Toze M. What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. *Transgender Heal*. Mary Ann Liebert Inc.; 2018 Nov 1;3(1):159–69.
  18. Cohen-Kettenis PT van GS. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad child Adolesc psychiatry*. 1997;36(2):263–71.
  19. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):943–51.
  20. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Feb;165(2):171–6.
  21. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016 Jul 1;388(10042):390–400.
  22. Olson-Kennedy J, Rosenthal SM, Hastings J WL. Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. *UCSF Cent Excell Transgender Heal*. 2022;1–28.
  23. Lykens JE, Leblanc AJ, Bockting WO. Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary. *LGBT Heal*. Mary Ann Liebert Inc.; 2018 Apr 1;5(3):191–6.
  24. Fridell SR, Owen-Anderson A, Johnson LL, Bradley SJ, Zucker KJ. The playmate and play style preferences structured interview: A comparison of children with gender identity disorder and controls. *Arch Sex Behav*. 2006 Dec;35(6):729–37.



25. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* Wiley; 2007 Oct;37(5):527–37.
26. Fraser L, Knudson G. Education Needs of Providers of Transgender Population. *Endocrinol Metab Clin North Am.* W.B. Saunders; 2019 Jun 1;48(2):465–77.
27. Malpas J. Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Fam Process.* 2011 Dec;50(4):453–70.
28. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society\*clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* Oxford University Press; 2017;102(11):3869–903.
29. Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, et al. Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Ann Intern Med.* American College of Physicians; 2018 Aug 21;169(4):205–13.
30. T'Sjoen G, Van Caenegem E, Wierckx K. Transgenderism and reproduction. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013 Dec;20(6):575–9.
31. Gooren LJ, van Trotsenburg MAA, Giltay EJ, van Diest PJ. Breast Cancer Development in Transsexual Subjects Receiving Cross-Sex Hormone Treatment. *J Sex Med.* Blackwell Publishing Ltd; 2013;10(12):3129–34.
32. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med.* Blackwell Publishing Ltd; 2014;11(5):1240–7.
33. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010 Feb;72(2):214–31.
34. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van De Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* Endocrine Society; 2009;94(9):3132–54.
35. Mueller A, Kiesewetter F, Binder H, Beckmann MW, Dittrich R. Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab.* Endocrine Society; 2007;92(9):3470–5.
36. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol.* Elsevier; 2015;2(2):55–60.
37. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy:

- a committee opinion. *Fertil Steril*. Elsevier Inc.; 2019 Dec 1;112(6):1022–33.
38. Kailas M, Lu HMS, Rothman EF, Safer JD. Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocr Pract*. American Association of Clinical Endocrinologists; 2017 Jul 1;23(7):780–6.
  39. Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual. *Semin Plast Surg*. 2011;25(3):229–43.
  40. Wierckx K, Elaut E, Van Caenegem E, Van De Peer F, Dedekerckx D, Van Houdenhove E, et al. Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *Eur J Endocrinol*. 2011 Aug;165(2):331–7.
  41. Tankersley AP, Grafsky EL, Dike J, Jones RT. Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) Youth: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Springer; 2021 Jun 1;24(2):183–206.
  42. Sausa LA, Keatley JA, Operario D. Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. *Arch Sex Behav*. 2007 Dec;36(6):768–77.
  43. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, MacRi M, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res*. 2010 Jan;47(1):12–23.
  44. NCAVP. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and HIV-Affected Intimate Partner Violence in 2015: A Report from the National Coalition of Anti-Violence Programs. 2016;84.
  45. Testa RJ, Sciacca LM, Wang F, Hendricks ML, Goldblum P, Bradford J, et al. Effects of violence on transgender people. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;43(5):452–9.
  46. Wilson EC, Garofalo R, Harris RD, Herrick A, Martinez M, Martinez J, et al. Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. *AIDS Behav*. 2009 Oct;13(5):902–13.
  47. Hoffman B. An overview of depression among transgender women. *Depress Res Treat*. Hindawi Publishing Corporation; 2014;2014.
  48. Busa S, Janssen A, Lakshman M. A Review of Evidence Based Treatments for Transgender Youth Diagnosed with Social Anxiety Disorder. *Transgender Heal*. Mary Ann Liebert Inc.; 2018 Feb 1;3(1):27–33.
  49. Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *J Anxiety Disord*. 2004;18(4):459–79.

50. De Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011 Nov;52(11):1195–202.
51. Guzman-Parra J, Paulino-Matos P, De Diego-Otero Y, Perez-Costillas L, Villena-Jimena A, Garcia-Encinas MA, et al. Substance use and social anxiety in transsexual individuals. *J Dual Diagn.* Routledge; 2014 Jul 3;10(3):162–7.
52. Pampati S, Johns MM, Szucs LE, Bishop MD, Mallory AB, Barrios LC, et al. Sexual and Gender Minority Youth and Sexual Health Education: A Systematic Mapping Review of the Literature. *J Adolesc Heal.* Elsevier Inc.; 2021 Jun 1;68(6):1040–52.
53. Holmberg M, Arver S DC. Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nat Rev Urol.* 2019;16(2):121–39.
54. Defreyne J, Van de Bruaene LL, Rietzschel E, Van Schuylenbergh J, T'Sjoen GGR. Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clin Chem.* American Association for Clinical Chemistry Inc.; 2019 Jan 1;65(1):119–34.
55. Connelly PJ, Freel EM, Perry C, Ewan J, Touyz RM, Currie G, et al. Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension.* Lippincott Williams and Wilkins; 2019 Dec 1;74(6):1266–74.
56. Maraka S, Ospina NS, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* Oxford University Press; 2017;102(11):3914–23.
57. Stevenson MO, Tangpricha V. Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am.* W.B. Saunders; 2019 Jun 1;48(2):421–7.
58. Davidge-Pitts C, Clarke BL. Transgender bone health. *Maturitas.* Elsevier Ireland Ltd; 2019 Sep 1;127:35–42.
59. Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non- binary patients. *Available from: <https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/06/Guidelines-FINAL-4TH-EDITION-c.pdf>*
60. Choi JY, Kim TJ. Fertility Preservation and Reproductive Potential in Transgender and Gender Fluid Population. *Biomedicines.* MDPI; 2022 Sep 1;10(9).
61. Mayhew AC, Gomez-Lobo V. Fertility options for the transgender and gender nonbinary patient. *J Clin Endocrinol Metab.* Endocrine Society; 2020 Oct 1;105(10):1–11.

62. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med.* Royal Society of Medicine Press Ltd; 2016 Mar 1;9(1):4–8.
63. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas.* Elsevier Ireland Ltd; 2019 Oct 1;128:17–21.
64. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* Mosby Inc.; 2020 Feb 1;222(2):134–43.
65. Mancini I, Alvisi S, Gava G, Seracchioli R, Meriggiola MC. Contraception across transgender. *Int J Impot Res.* Springer Nature; 2020 Nov 1;33(7):710–9.
66. Labanca T, Mañero I, Pannunzio M. Transgender patients: Considerations for routine gynecologic care and cancer screening. *Int J Gynecol Cancer.* BMJ Publishing Group; 2020 Dec 1;30(12):1990–6.
67. Sterling J, Garcia MM. Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Transl Androl Urol.* AME Publishing Company; 2021 Dec 1;9(6):2771–85.
68. Randolph JF. Gender-affirming hormone therapy for transgender females. *Clin Obstet Gynecol.* Lippincott Williams and Wilkins; 2018 Dec 1;61(4):705–21.
69. Radix A. Hormone Therapy for Transgender Adults. *Urol Clin North Am.* W.B. Saunders; 2019 Nov 1;46(4):467–73.
70. Hamidi O, Davidge-Pitts CJ. Transfeminine Hormone Therapy. *Endocrinol Metab Clin North Am.* W.B. Saunders; 2019 Jun 1;48(2):341–55.
71. Zubiaurre-Elorza L, Cerdán S, Uribe C, Pérez-Laso C, Marcos A, Rodríguez Del Cerro MC, et al. The Effects of Testosterone on the Brain of Transgender Men. *Androgens.* Mary Ann Liebert Inc.; 2021 Dec 1;2(1):252–60.
72. Irwig MS. Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes Endocrinol.* Lancet Publishing Group; 2017 Apr 1;5(4):301–11.
73. Weinforth G, Fakin R, Giovanoli P, Nuñez DG. Quality of life following male-to-female sex reassignment surgery. *Dtsch Arztebl Int.* Deutscher Arzte-Verlag GmbH; 2019 Apr 12;116(15):253–60.
74. Horbach SER, Bouman MB, Smit JM, Özer M, Buncamper ME, Mullender MG. Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med.* Blackwell Publishing Ltd; 2015 Jun 1;12(6):1499–512.
75. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, et al. Gender identity disorder: General overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg.* Lippincott

---

Williams and Wilkins; 2005;116(6):1742.

76. Vukadinovic V, Stojanovic B, Majstorovic M, Milosevic A. The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Sci World J. ScientificWorld Ltd.*; 2014;2014.
77. Djordjevic ML, Stojanovic B, Bizic M. Metoidioplasty: Techniques and outcomes. *Transl Androl Urol. AME Publishing Company*; 2019 Jun 1;8(3):248–53.
78. Takamatsu A, Harashina T. Labial ring flap: a new flap for metaidoioplasty in female-to-male transsexuals. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2009 Mar;62(3):318–25.
79. Perovic S V., Djordjevic ML. Metoidioplasty: A variant of phalloplasty in female transsexuals. *BJU Int.* 2003 Dec;92(9):981–5.
80. Djordjevic ML, Majstorovic M, Stanojevic D, Bizic M, Kojovic V, Vukadinovic V, et al. Combined Buccal Mucosa Graft and Dorsal Penile Skin Flap for Repair of Severe Hypospadias. *Urology.* 2008 May;71(5):821–5.
81. Djordjevic ML, Bencic M, Kojovic V, Stojanovic B, Bizic M, Kojic S, et al. Musculocutaneous latissimus dorsi flap for phalloplasty in female to male gender affirmation surgery. *World J Urol. Springer Verlag*; 2019 Apr 1;37(4):631–7.
82. Djordjevic ML. Novel surgical techniques in female to male gender confirming surgery. *Transl Androl Urol. AME Publishing Company*; 2018 May 1;7(4):628–38.