

tiva (n: 105) la tasa llegó al 11,5% ($p < 0,01$). El sesta-MIBI positivo unifocal (n: 244) se asoció a un 5,7% de no curación, y si no identificaba lesión (n: 76), subía hasta el 13,3% ($p < 0,01$).

Conclusiones: La persistencia del HPP sucede en el 7,4% de las intervenciones, con curación posterior en el 20,8% de ellos. En esta serie, la calcemia tiende a ser mayor en los casos no curados, en oposición a lo publicado. Las pruebas de imagen positivas reducen el riesgo de esta persistencia. La reducción de PTHio > 50% se muestra como un buen indicador de éxito de la cirugía, aunque sin valor absoluto.

GÓNADAS, IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL

386. CAMBIOS EN LA VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL MEDIDA POR BIOIMPEDANCIOMETRÍA, ECOGRAFÍA Y DINAMOMETRÍA EN PERSONAS TRANS TRAS INICIO DE TRATAMIENTO HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

S. Aznar Rodríguez¹, Á. Torralba Lozoya², E. Parreño Caparrós³, A. Esteban Sirvent Segovia⁴, C.M. Jiménez Martínez³, A. Ruiz de Assín Valverde³, M. Jara Vidal³, M. Gallach Martínez³, C. Gonzalvo Díaz³ y J.J. Alfaro Martínez³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Facultad de Medicina de Albacete, UCLM. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de Almansa, Área Gerencia Integrada de Albacete.

Introducción: Pocos estudios analizan cambios corporales en personas trans tras tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG) y ninguno utilizando parámetros crudos de bioimpedanciometría (BIVA).

Objetivos: Analizar los cambios morofuncionales en trans mediante bioimpedanciometría, dinamometría y ecografía muscular tras 6 meses de THAG.

Métodos: Realizamos una comparación mediante test de Yuen de promedio de fuerza, área del recto anterior, resistencia (Rz), reactancia (Xc), ángulo de fase, masa celular corporal (BCM) y dos nuevos parámetros de BIVA:parámetro nutrición (PN) y parámetro hidratación (PH) que son parámetros crudos, no estimados, obtenidos mediante Rz y Xc mediante análisis de componentes principales y estandarización antes y tras 6 meses de THAG. Valores de PN cercanos a +1 indican exceso de tejido muscular y cercanos a -1 indican

menos cantidad de tejido. Valores de PH cercanos a +1 indican sobrehidratación y próximos a -1 indican deshidratación. Valores de ambos parámetros cercanos a 0, muestran cercanía a la media poblacional de tejido e hidratación. El promedio de variables numéricas se ha expresado como alfa media recortada y el parámetro de escala como desviación típica winsorizada y desviación absoluta a la mediana. Se ha utilizado lenguaje estadístico "R".

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: Este estudio es el primero en utilizar PN y PH como aproximación a la interpretación de BIVA en trans. En varones trans se observa, tras 6 meses con testosterona, un aumento del tejido y la fuerza muscular.

387. THE IMPACT OF THE SOCIOECONOMIC BACKGROUND WHEN INITIATING TREATMENT WITH TRANSGENDER PATIENTS

V. Pérez de Arenaza Pozo, B. Sánchez Lechuga, E. Castro López, M.C. Sánchez Chiriboga, Á. Fernández Sánchez, C. Luengo Álvarez de Buergo, B. Baraia Etxaburu Astigarraga, P. de Oriol Ocejo, B. Timón Vázquez and M. Miguélez González

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introduction: The transgender community, often marginalized, faces challenges such as employment difficulties, economic dependence, and social exclusion. Understanding their socioeconomic context is essential for providing appropriate medical care as their healthcare providers.

Methods: Our objective was to analyze the socioeconomic characteristics of new transgender patients at our hospital's gender identity unit. Data was gathered from initial visits between October 2021 and December 2022, followed by a 12-month assessment. 74 patients were included after excluding non-attendees. Variables were assessed across various socioeconomic indicators.

Results: Out of 74 patients, the majority were Spanish (43), followed by non-Spanish Europeans (5), Latin Americans (16), with smaller numbers from Africa (1) and Asia (3). Assigned sex at birth was female (31) or male (42), with one having a difference of sex development. 34 identified as female, 25 as male, 10 as non-binary female, 3 as non-binary male, and 2 as agender. Regarding lifestyle habits, 23 smoked, 5 had pathological alcohol consumption, 8 regularly consumed substances like cannabis, and 7 had high-risk sexual behaviors. Family support varied, with 39 receiving complete support and 35 lacking it. Social support was present for 66 patients, and 40 had contacted LGBTQ+ associations previously. Economically, 60% had low purchasing power or were fully dependent, with 51%

Tabla P-386

Varones trans (n 13) mujeres trans (n 9)

	Basal	6 meses		Basal	6 meses
Área recto anterior *	3,72	5,14	Área recto anterior	5,99	5,4
Fuerza **	23	27	Fuerza	34	33
BCM **	22,5	23,3	BCM	31,2	31
Resistencia *	419	380	Resistencia	312	332
Reactancia	44	42,1	Reactancia	35	35,6
Ángulo fase**	6	6,34	Ángulo fase	6,42	6,06
PN**	-0,75	-0,42	PN **	0,57	0,41
PH*	-0,89	-0,71	PH	0,08	0,02

*p < 0,05; **p < 0,01.

being students, 49% unemployed but actively seeking jobs, and the rest working in service positions. Mental health was a concern, with 47% seeking psychological support during the initial consultation.

Conclusions: Data suggests that most transitioning patients face economic dependence and reside in socio-economic contexts marked by risky sexual behaviors, unhealthy habits, and psychiatric problems. Recognizing these challenges to individualize treatment is crucial, along with additional support from psychological services and LGTBI organizations.

388. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN ANDALUCÍA (2015-2023)

A. Gramage Viñets¹, E. Sánchez Toscano², L. Larrán Escandón¹, J. Domínguez Riscart³ e I. Mateo Gavira¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jerez. ³Pediatría y sus Áreas Específicas, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El modelo asistencial a personas trans en Andalucía cambió en 2015, descentralizándose la atención de la Unidad de Identidad de Género de Málaga y creándose unidades provinciales.

Objetivos: Describir las características de la población trans de la provincia de Cádiz y analizar el tipo de demanda clínica.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo a partir de los registros médicos de las personas trans mayores de 14 años atendidas en la Unidad de Atención a Personas Transexuales (UAPT) del Hospital Puerta del Mar (Cádiz) desde 2015 a 2023.

Resultados: De las 771 personas transexuales atendidas en el periodo de estudio, 422 (54,73%) se identificaban como hombres trans, 334 (43,32%) como mujeres trans, 13 (1,69%) como género no binario y 2 (0,26%) como género fluido. La edad media de derivación en 2015 fue de $24,58 \pm 9,47$ años y se redujo de forma progresiva hasta $22,02 \pm 10,42$ años en 2023. El 80,41% están bajo tratamiento hormonal de reafirmación de género y solo el 7% de la población recibieron bloqueadores de la pubertad. El 26,72% realizó acompañamiento psicológico en algún momento del proceso de transición. Se han realizado 194 cirugías mamarias, 130 cirugías genitales, 7 glotoplastias, 4 condroplastias y 1 feminización facial. Un total de 106 personas han perdido seguimiento por motivos desconocidos y la tasa de detransición fue del 1,3%.

Conclusiones: La demanda asistencial ha crecido exponencialmente en los últimos años, especialmente entre población adolescente y con una mayor prevalencia de hombres trans. La mayoría de las personas solicitaron tratamiento hormonal y, en menor medida, cirugías de reafirmación de género. La tasa de arrepentimiento fue pequeña, aunque podría estar subestimada por la alta pérdida de seguimiento.

389. ESTUDIO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PERSONAS TRANSGÉNERO NO BINARIAS ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE GÉNERO ESPECIALIZADA

P. Fernández Collazo¹, L.M. Pastor Valero², J. Rodrigues³, F. Hurtado Murillo⁴, M. Gómez Balaguer¹, S. García Torres¹, K.E. García Malpartida¹, L.F. de Miguel Rodríguez¹, C. Morillas Ariño¹ y M. Pastor Valero³

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Universidad Miguel Hernández, Elche.

³Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández, Elche. ⁴Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia.

Introducción: La aparición de personas trans que se reconocen con identidades no binarias es un fenómeno emergente en las consultas de endocrinología. Esta población constituye un reto en la práctica clínica debido a la falta de protocolos y estudios que evalúen las diferencias entre personas trans binarias y no binarias (PTB, PTNB) y sus necesidades.

Objetivos: Analizar las características sociales, clínicas y de demanda de las PTNB que permitan establecer las posibles diferencias con respecto a las PTB.

Métodos: Estudio descriptivo unicéntrico de 2 grupos de 25 PTNB y 120 PTB atendidas entre 2022 y 2023. Se estudiaron parámetros demográficos, cambios en el trato y nombre registral; tratamientos recibidos o programados, hábitos tóxicos y prevalencia de ansiedad y/o depresión (A/D).

Resultados: Se incluyeron 145 personas con edad media $19,41 \pm 7,7$ años, sin diferencias entre grupos. No hubo diferencias significativas en el sexo asignado al nacer [varón (AMAB), mujer (AFAB)]: 40,8% AMAB en PTB por 52,0% en PTNB ($p = 0,31$). El 48% de las PTNB habían realizado cambio de nombre registral, frente al 92,5% en PTB ($p < 0,001$). Todas las PTB de la muestra mostraron preferencia únicamente por pronombres de acuerdo con su género sentido (únicamente él o ella); por un 48% ($n = 12$) de las PTNB. La proporción de PTNB que habían iniciado terapia hormonal fue significativamente inferior a la de PTB (48,0 vs. 83,3%, $p < 0,001$). No se hallaron diferencias en cuanto a la proporción de menores de edad en ambos grupos (32% PTNB vs. 41,7% PTB, $p = 0,37$). No hubo significación estadística en la prevalencia de A/D, 36,8% en PTNB y 62,8% en PTB ($p = 0,067$); ni tampoco en hábitos tóxicos (52% PTNB vs. 34,2% PTB, $p = 0,093$).

Conclusiones: Si bien las PTNB no son un grupo homogéneo y se trata de un estudio observacional; el perfil sociodemográfico de nuestra muestra fue similar al de las PTB. Sin embargo, se observa un menor deseo de cambio de nombre registral y una menor demanda de terapia hormonal.

390. NUEVA MUTACIÓN PATOGÉNICA DEL HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPO FAMILIAR: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

L. Muñoz Arenas, M.M. Senent Capote, J. Olmedo Pérez-Montaut, G. Baena Nieto, A. Ballesteros Martín-Portugués y L. García García-Doncel

UGC de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Introducción: El hipogonadismo hipogonadotropo congénito provoca una falta de activación de la secreción pulsátil de GnRH, que desembocará en un retraso en el inicio de la pubertad o un fracaso parcial o completo de la misma. Se debe indagar sobre las mutaciones genéticas asociadas en casos de hipogonadismo presente en la infancia o edad juvenil temprana.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 22 años sin antecedentes, que es remitido en marzo de 2014 desde Urología a Endocrinología del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera para estudio de hipogonadismo, por presentar volumen testicular reducido y micropene. En analítica se encuentra disminución de testosterona, FSH y LH. Se realiza RMN hipofisaria, donde se aprecia disminución del volumen de la adenohipofisis. En agosto de ese mismo año, se estudia por primera vez a su hermano de 17 años, y en 2021 a un tercer hermano de 14 años, por escaso desarrollo puberal. Ambos hermanos con hipogonadismo hipogonadotropo y sin grandes hallazgos en la RMN hipofisaria. Ante esto, se solicita estudio genético de los tres hermanos y de los progenitores. Se ha objetivado que los tres hijos han heredado una mutación patogénica y otra probablemente patogénica, una de cada progenitor, que, juntas en un mismo individuo, pueden causar este tipo de hipogonadismo. El padre porta la

variante patogénica c.851A>G p.(Tyr284Cys) en el gen GNRHR, y la madre porta la variante probablemente patogénica c.913A>G p.(Asn305Asp) en el gen GNRHR, no descrita con anterioridad. Según los estudios genéticos, el hipogonadismo hipogonadotropo que presentan estos tres hijos tiene herencia autosómica recesiva, pero los tres hijos han heredado ambas mutaciones (1,56% de probabilidades).

Discusión: Se ha descrito en una familia con tres hijos afectos una nueva variante probablemente patogénica del gen GNRHR, que, junto a otra variable patogénica, pueden producir hipogonadismo hipogonadotropo.

391. EFECTOS METABÓLICOS Y EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE LA TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

L. Estévez Asensio¹, D. Primo Martín¹, J. González Gutiérrez¹, E. Delgado García¹, A. Maniega Rubio², C. Fernández Rodríguez², M.J. Bartolomé Albistegui³, J.J. López Gómez¹, D. de Luis Román¹ y E. Gómez Hoyos¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición-IEN, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Introducción: La terapia hormonal de afirmación de género (THAG) favorece la virilización/feminización de varones y mujeres trans, respectivamente.

Objetivos: Describir el impacto sobre la composición corporal (CP) y el perfil metabólico de la THAG.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de sujetos transgénero atendidos en una Unidad de Medicina Transgénero con inicio de THAG del 01/01/14 a 01/01/24 y tras 2 años de THAG. Se registraron variables clínicas, analíticas y de CP-bioimpedanciometría-basal y a los 2 años. Análisis de datos con el programa SPSS v17.

Resultados: Se incluyeron 55 sujetos, 39 (71%) varones trans, con inicio de THAG a los 19 [17-26] años. En los varones trans el perfil metabólico basal y la diferencia tras 2 años de THAG fue colesterol total (CT) 150 [137-174] mg/dL, +13 [-7 a 26] (p 0,005); LDL 79 [64-100] mg/dL, +19 [5-26] (p < 0,001); HDL 56 [50-67] mg/dL, -8 [-16 a-2] (p 0,001); Triglicéridos (TG) 71 [56-85] mg/dL, +23 [-5 a 40] (p 0,008). En la mujer trans se observó CT 163 [132-185], -10 [-25 a12] (p 0,25); LDL 81 [71-122], -5 [-17 a -5] (p 0,158); HDL 50 [40-57], +8 [-4 a16] (p 0,12); TG 76 [62-86], -2 [-24 a 31] (p 0,85). Respecto a la CP, en varones trans el IMC basal fue 22 [20-25] kg/m², y el cambio a 2 años +0,8 [0,2-2] (p < 0,001); masa libre de grasa (MLG) 44 [40-48] kg, +3 [2-5] (p < 0,001); m. grasa (MG) 16 [11-23] kg, -2 [-3 a 1] (p 0,135); m. muscular estimada (MME) 29 [25-32] kg, +4 [1-8] (p 0,001). En el caso de las mujeres trans fue IMC 22 [19-24], +0,7 [-0,7 a 1] (p 0,15); MLG 55 [51-60], -2 [-4 a 0,1] (p 0,07); MG 10 [5-13], +3 [-2 a 7] (p 0,09); MME 38 [34-40], -3 [-5 a 0,1] (p 0,02).

Conclusiones: La THAG induce un perfil metabólico aterogénico en varones trans y una composición corporal menos cardiosaludable en la mujer trans. Estos cambios podrían contribuir al mayor riesgo cardiovascular de los sujetos trans.

392. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENDOCRINOLOGÍA TRANSGÉNERO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

M. Marco Menárguez, M.A. Tomás Pérez, M.D. Espín García, P. Cuenca Pérez-Mateos, M.J. López López, F. Illán Gómez, E. Sánchez Navarro y A. Martínez González

Endocrinología y nutrición, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: En los últimos años la demanda de atención sanitaria por parte de las personas con incongruencia de género va en aumento. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de una consulta monográfica de endocrinología transgénero.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes con incongruencia de género, seguidos de mayo de 2023 a mayo de 2024 en la consulta monográfica de endocrinología transgénero del Hospital Morales Meseguer, Murcia. Las variables cuantitativas se expresan en medias ± desviación estándar.

Resultados: 88 pacientes, 50 de sexo biológico femenino (57%) y 38 de sexo biológico masculino (43%), identificándose con el género contrario, excepto una persona no binaria considerada femenina al nacer. La edad media es 24 ± 8 años, refiriendo identificarse con otro género distinto al biológico a los 10 ± 5 años e iniciando la terapia hormonal de afirmación de género (THAG) a los 21 ± 7 años. El 93% refirieron tener apoyo familiar y el 69% acepta el apoyo psicológico. El 64% no preservó material genético previo a la THAG (36% de mujeres trans y el 64% de hombres trans). Previa a la THAG el 16% se trató con un análogo de GnRH (triptorelina). La THAG del 61% de las mujeres trans es espironolactona y dienogest/estradiol, 26% espironolactona y estradiol, 8% estradiol y 5% norgestrel/estradiol. La THAG del 48% de los hombres trans es undecanoato de testosterona, 31% cipionato de testosterona y 21% testosterona transdérmica. Un hombre trans detransicionó. El 53% de las mujeres trans presenta mamoplastia, 42% orquitectomía, y 32% vaginoplastia. El 70% de los varones trans presenta mastectomía, 24% hysterectomía con doble anexectomía y 6% faloplastia.

Conclusiones: En nuestra consulta de endocrinología transgénero predomina la asistencia a varones trans, quienes se realizan más cirugías de afirmación de género. Además, destaca el no preservar material genético, un buen apoyo familiar y la aceptación del seguimiento psicológico.

393. USO DE UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS DE ACCIÓN PROLONGADA EN UNA MUJER POSMENOPÁUSICA CON HIPERANDROGENISMO

I. Moreno-Ruiz, I. Martín-Timón, O. Meizoso-Pita, M. Zubillaga-Gómez, L. Zeng Zhang, M.M. García-González, L. Rambla-Aguilar, M. Llávero-Valero, V. Triviño-Yannuzzi y C. Sevillano-Collantes

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: El hiperandrogenismo, especialmente con signos de virilización, es infrecuente en mujeres posmenopáusicas y suele deberse a tumores de origen ovárico o suprarrenal. Se utilizan pruebas de laboratorio e imágenes para ayudar a diferenciar la fuente del exceso de andrógenos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 74 años, que presenta historia de aparición progresiva de vello de 3 años de evolución, obligándola a rasurado facial regular. Entre sus antecedentes destacan hipotiroidismo y obesidad. Exploración física con IMC 40,8, alopecia frontoparietal junto a hirsutismo localizado en cara, cuello, hombros y zona alta de la espalda (puntuación Ferriman-Gallwey 14), sin otros signos de virilización. El estudio hormonal mostró hiperandrogenismo, con niveles elevados de testosterona total 1,51 ng/ml (0,06-0,25) mientras el resto de hormonas analizadas: FSH, LH, estradiol, SHBG, DHEAS, androstendiona, 17-OH-progesterona, cortisol, PRL, TSH y T4-l estaban dentro de límites normales. Se realizó ecografía ginecológica que no encontró alteraciones ováricas ni uterinas y TC abdomen-pélvico sin alteraciones. Con la sospecha de hiperandrogenismo de origen ovárico se efectuó un test con análogo de GnRH. Se determinaron los niveles hormonales antes y a los 7, 14, 21 y 28 días de la administración intramuscular de 3,75 mg de triptorelina. Los niveles de testosterona se normalizaron a la tercera semana del test.

Testosterona basal 3,94 ng/ml (0,0-0,36), 1^a semana 2,82 ng/ml, 2^a semana 0,80 ng/ml, 3^a semana 0,25 ng/ml y 4^a semana 0,17 ng/ml. Esta respuesta sugirió el origen ovárico proponiéndose a la paciente anexectomía bilateral. Los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos indicaron un tumor de células de Leydig (3 mm). Los niveles de testosterona se mantuvieron normales a los 3 meses de la cirugía.

Discusión: Los análogos de GnRH son una buena ayuda a la hora de localizar el origen de la producción de andrógenos cuando la lesión no es visible con pruebas de imagen.

394. RETOS EN MEDICINA TRANSGÉNERO: RIESGO DE RECIDIVA ONCOLÓGICA EN VARONES TRANS CON CARCINOMA DE MAMA CON RECEPTOR ESTROGÉNICO POSITIVO Y TRATAMIENTO HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO (THAG)

L. Mesa Suárez y P. Cabrera García

Endocrinología y Nutrición, Unidad de Atención a Personas Trans UAT, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: Este estudio analiza el caso de un varón trans con historial de cáncer de mama receptor de estrógeno positivo que solicita terapia hormonal con testosterona (THAG). Se revisa la literatura para determinar si la testosterona aumenta el riesgo de cáncer al activar receptores hormonales.

Caso clínico: El paciente, de 54 años, busca iniciar tratamiento con testosterona. Tiene antecedentes de mastectomía bilateral por carcinoma papilar intraductal y carcinoma ductal in situ con receptores de estrógeno positivos, progesterona negativos y BRCA1/BRCA2 negativo. Se le recomendó histerectomía y doble anexectomía, pero las rechazó.

Discusión: La incidencia de cáncer de mama en personas transgénero con tratamiento hormonal no está clara. En general, los hombres transgénero tienen menor riesgo que las mujeres cisgénero. Sin embargo, en mujeres posmenopáusicas, niveles altos de testosterona se asocian con mayor riesgo de cáncer de mama debido a su conversión en estrógeno. Los tratamientos hormonales para el cáncer de mama buscan evitar la activación de receptores hormonales, que estimulan el crecimiento del tumor. Aunque se entiende el papel de los receptores hormonales en el cáncer de mama, la expresión de estos receptores en pacientes que reciben hormonas sexuales exógenas como la testosterona aún no ha sido completamente investigada. Estudios indican que la testosterona aumenta inicialmente la expresión de receptores hormonales en hombres transgénero, pero esta disminuye con el tiempo. Se necesita más investigación sobre el impacto de la terapia hormonal en el riesgo de cáncer de mama en personas transgénero. Se requieren más estudios para entender el riesgo de cáncer de mama en personas transgénero con terapia hormonal y su efecto en receptores hormonales. No hay garantía de que la testosterona cause recurrencia de cáncer de mama en el paciente, ni claridad sobre la necesidad de ooforectomía como en casos de cáncer de mama BRCA positivo.

395. DESTRANSICIONES MÉDICAS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES DE MÁLAGA TRAS 25 AÑOS DE EXPERIENCIA

M. Gomes Porras¹, M. Tomé García¹ y G. Cano Oncala²

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ²UGC Salud Mental, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La destransición es un proceso heterogéneo y complejo que consiste en la detención parcial o total y temporal o permanente de la transición por medios sociales, legales y/o médicos.

Objetivos: Determinar la prevalencia y describir la destransición médica de personas ≥ 14 años con Incongruencia de Género en seguimiento en la Unidad de Atención a Personas Transexuales (UAPT) del Hospital Regional Universitario de Málaga desde 1999 hasta abril 2024.

Métodos: Estudio transversal descriptivo que incluyó 21 casos de destransición médica. Se subclasificó en primaria o con desistencia identitaria y secundaria o sin desistencia identitaria. Se consideraron reversiones aquellos casos que retornaron a la identidad de género previa a la transición.

Resultados: La prevalencia de la destransición médica fue del 0,98% (21/2134). 76,2% (16/21) inició el seguimiento en la UAPT en los últimos 6 años. 71,4% (15/21) fueron parciales y secundarias. Transcurrieron entre 1-300 meses desde la transición médica hasta la destransición. 52,4% (11/21) eran hombres transexuales de 26,5 ± 9,4 años (19-47 años) y el 47,6% restante (10/21) eran mujeres transexuales de 36,8 ± 10,2 años (20-51 años). 66,6% no contaba con apoyo familiar. 100% presentaba psicomorbilidad e incluso ocurrió 1 episodio autolítico. 6 casos se realizaron cirugías de reasignación sexual (CRS). Hubo 7 casos de reversiones a nivel social y legal, y de éstas, 3 requirieron terapia hormonal sustitutiva (2 por vaginoplastia y 1 por atrofia testicular) y 2 cirugías de reversión no genital (explantación mamaria y masculinización del torso).

Conclusiones: La mayoría de las destransiciones no presentan desistencia identitaria. Todos presentaron psicomorbilidad previa, por lo que recomendamos priorizar la valoración psicosocial e identitaria. Los efectos adversos e irreversibilidad de algunos efectos de la THC y la CRS pone en evidencia la necesidad de un abordaje integral en equipos especializados multidisciplinares.

396. EFECTO SOBRE EL DESARROLLO PUBERAL EN NIÑAS CON DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON INSULINOTERAPIA

A. Cordero Pearson¹, J.M. Moran López², F.J. Enciso Izquierdo¹, C. Navarro Moreno³, A.L. Gómez Gila³, R.J. Grau Figueredo¹, S. Garrido Domínguez¹ e I. Álvarez Reyes¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Hospital de Cruces, Barakaldo. ³Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En el pasado, la mayoría de pacientes con diabetes mellitus (DM) tenían pubertad retrasada debido al hipogonadismo hipogonadotropo como resultado de la insulinondeficiencia. Actualmente, el uso de terapias intensivas conllevan un adelanto en la pubertad. Además, la insulina administrada de manera subcutánea carece de paso hepático, conllevando mayor exposición de esta en la gónada e incrementa la actividad de las células de la granulosa y la Teca.

Objetivos: Evaluar si la pubertad en DM es más temprana que en niñas sin DM.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de 100 niñas con DM nacidas entre 1997 y 2007 atendidas en el Hospital Virgen del Rocío. Las variables estudiadas fueron: edad, peso, talla, IMC, duración de la DM1, tipo de tratamiento, dosis de insulina, estadio puberal y HbA1c. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v20. Se realizó test t de Student y test de chi cuadrado. El coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para medir la fuerza de correlación entre las variables. La edad media del diagnóstico fue de 7,28 ± 3,65 años.

Resultados: En el momento del diagnóstico el 13,7% de las niñas presentaban sobrepeso y un 3,2% obesidad, ambos disminuyeron en Tanner II a un 6,3% y 1,3% respectivamente ($p < 0,01$). En menarquia aumenta el sobrepeso a 12,8%, manteniéndose la obesidad en torno a un 1%. La edad media de la menarquia fue de 12,74 ± 1,1 años, 2 meses retrasada en comparación con la media española 12,42 ($p = 0,06$). Existe correlación moderada entre el IMC y el adelanto

de la pubertad que se mantiene desde el inicio de la pubertad hasta la menarquía ($R = 0,4$ $p = 0,01$). No se describieron relaciones estadísticamente significativas con la duración de la enfermedad o la HbA1c, sin embargo, hubo una correlación inversa de estas con respecto a la media de altura (-3,5 cm de la talla diana) observada también con el IMC.

Conclusiones: El control de peso en estas pacientes es primordial ya que la única variable determinante observada de pubertad adelantada es el IMC.

397. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE TERCER NIVEL

L.F. de Miguel Rodríguez¹, M. Gómez Balaguer¹, K. García Malpartida¹, O. Rubio Puchol², S. García Torres¹, E. Cuñat Navarro¹, P. Fernández Collazo¹, E. Tadeo Morant¹, J.T. Real Collado² y C. Morillas Ariño¹

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El síndrome de insensibilidad androgénica (SIA) es un proceso de herencia recesiva ligada a X por mutación del gen del receptor de andrógenos con pérdida de su función. Su expresión clínica es variable, si es completa o parcial (SIAC o SIAP), desde fenotipo femenino hasta masculino. Tras gonadectomía, las personas asignadas como mujer se tratan con E2, pudiendo asociar testosterona. Muchas mujeres con SIAC o SIAP refieren síntomas de deseo sexual hipoactivo (DSHA) y es común la osteopenia/osteoporosis.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia con personas con SIA tanto SIAC como SIAP.

Métodos: Estudio descriptivo de 10 personas con SIA atendidos en los Servicios de Endocrinología de 2 hospitales de tercer nivel. Revisión de historias clínicas, recolección de variables demográficas, identitarias y de tratamiento médico-quirúrgico.

Resultados: Se describen 10 casos de SIA, con edad 35 ($\pm 12,5$) años y la edad al diagnóstico 14 ($\pm 13,9$) años. 7 presentaban SIAC y 3 SIAP, fenotípicamente 9 mujeres y 1 hombre (todos con identidad de género acorde), 2 casos de SIAP y 2 de SIAC poseían familiares afectos. Se les realizó gonadectomía a 7, 4 de ellas prepuberales (18 ± 5 meses) y 3 pospuberales (15 ± 3 años). Otras cirugías: 4 vaginoplastias, 1 uretroplastia peneana, 1 orquidopexia. En 2 mujeres y en 1 hombre se realizan seguimientos de la gónada con RM/Eco. 7 de las 9 mujeres reciben estrógenos y 2 están sin tratamiento al mantener su gónada. De ellas, 6 llevan E2 transdérmico y 1 valerato E2; 4 mujeres asocian testosterona por DSHA. Un hombre con SIAP sin gonadectomía recibe testosterona. El 50% presenta una DMO patológica con t-score -1,6 ($\pm 0,6$) en columna lumbar y -1,56 ($\pm 0,8$) en cuello femoral.

Conclusiones: SIA es un proceso infrecuente donde la gonadectomía puede ocasionar comúnmente DSHA, pudiendo ser la testosterona una opción de tratamiento.

398. MARCADORES PREDICTIVOS DE AMENORREA EN HOMBRES TRANS TRAS TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA

E. Tadeo Morant¹, E. Cuñat Navarro¹, M. Gómez Balaguer¹, S. García Torres¹, K. García Malpartida¹, F. Hurtado Murillo², P. Fernández Collazo¹, L.F. de Miguel Rodríguez¹, G. Sanz Arilla¹ y C. Morillas Ariño¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Dr. Peset, Valencia.

²Psicología, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Aunque una mayoría de los hombres trans (HT) consiguen la amenorrea al iniciar tratamiento con testosterona (T) esta no siempre es fácil de conseguir, persistiendo sangrados que generan disforia catamenial, lo que obliga en ocasiones a añadir nuevos fármacos.

Objetivos: Evaluar la presencia de amenorrea o de alteraciones menstruales (sangrados regulares, irregulares y spotting) tras el inicio de tratamiento con T y detectar posibles factores predictores de persistencia menstrual.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en HT que iniciaron tratamiento con derivados de la testosterona desde enero de 2022 hasta octubre de 2023. Se analizaron los niveles de T, E2, FSH, LH, basales y 4-6 meses después del inicio del tratamiento. Se excluyeron HT con tratamiento hormonal previo, así como los que ya estaban con aGnRh, los hysterectomizados y los que perdieron el seguimiento.

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión 46 pacientes, 50% de los cuales habían conseguido la amenorrea (edad media 22,2 años). El otro 50% presentaba persistencia de alteraciones menstruales (edad media 19,7 años). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos entre FSH, LH, T y E2. Aquellos tratados con geles de T transdérmicos presentaron amenorrea en un 46,9% mientras que los tratados con T IM presentaron amenorrea en un 57,1%, sin observarse diferencias significativas ($p = 0,41$).

Conclusiones: Pese al tratamiento con T es difícil conseguir amenorrea y controlar la disforia catamenial. No son útiles los parámetros de función gonadal clásicos para predecir la respuesta al tratamiento con T. Encontrar biomarcadores fiables de persistencia de la menstruación ayudaría en el tratamiento de la disforia catamenial en HT.

399. LA SALUD SEXUAL EN LOS HOMBRES ADULTOS CON FENILCETONURIA (PKU)

P. Isern¹, A. Pané², C. Montserrat-Carbonell³, I. Vinagre⁴, P.J. Moreno-Lozano⁵, M.T. Forga-Visa³, M. Santana⁶, S. Angles⁷, C. Castelo-Branco⁸ y Consortium PKU.CAT⁹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer,

Tabla P-398

Media	FSH 0m (mUI/mL)	LH 0m (mUI/mL)	T 0m (ng/ml)	E2 0m (pg/ml)	FSH 4-6m (mUI/mL)	LH 4-6m (mUI/mL)	T 4-6m (ng/ml)	E2 4-6m (pg/ml)
Alt. menstruales	4,95	5,67	2,25	87,30	4,93	4,93	6,67	65,28
Amenorrea	4,74	6,38	2,50	108,07	4,34	3,51	6,91	52,98
p	0,73	0,57	0,93	0,34	0,23	0,26	0,89	0,33

Barcelona. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Diabetes Unit, Endocrinology and Nutrition Department, Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁵Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona, Inherited Metabolic Diseases and Muscle Disorders' Lab, Cellex-IDIBAPS, Faculty of Medicine and Health Sciences-University of Barcelona, Internal Medicine Service, Hospital Clínic de Barcelona, CIBERER, Barcelona. ⁶Barcelona Center for Fetal and Neonatal Medicine, Hospital Clínic de Barcelona. ⁷Urogynecological Unit, Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁸Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁹Universitat de Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques Pi i Sunyer, Sant Joan de Déu Institut de Recerca, Barcelona.

La salud sexual forma parte de los derechos humanos. Sin embargo, resulta tabú entre las personas afectadas por enfermedades crónicas y más aún, cuando puede existir un compromiso cognitivo. Estudios recientes sugieren que la PKU puede asociar un mayor riesgo cardiovascular (CV) y la disfunción eréctil se reconoce como un signo temprano de enfermedad CV. Además, concentraciones elevadas de Phe afectan la disponibilidad de múltiples neurotransmisores e influir en los niveles hormonales (ej. prolactina). Nuestro objetivo fue evaluar la función sexual y la concentración de testosterona (TST) en una cohorte masculina con PKU. Incluimos a 20 hombres adultos con PKU y 17 controles sanos pareados por edad que se identificaron como sexualmente activos. Los individuos con un CI < 70 (WAIS-IV) no pudieron ser evaluados debido a objeciones familiares. Los participantes se sometieron a análisis de sangre y completaron el índice internacional de función eréctil (IIEF). La edad media de ambos grupos fue comparable: 33,9 años para PKU y 31,4 años para controles. Entre los pacientes con PKU, un 35% expuso preocupación sobre cómo su condición podría afectar su salud sexual y un 10% reconoció haber usado inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5-I). En el grupo de PKU, un 56% refirió su primera relación sexual antes de los 15 años vs. 45% de los controles ($p = 0,502$). No se detectaron diferencias en los dominios de función eréctil y orgásmica, deseo sexual, actividad sexual o satisfacción general. Del mismo modo, no se encontraron diferencias en los niveles de TST ($p = 0,553$). Más de un tercio de los pacientes se mostraron preocupados sobre cómo la PKU podría afectar su rendimiento sexual y 1 de cada 10 reconoció el uso de PDE5-I, lo que sugiere la relevancia de la sexualidad en sus vidas. Nuestros hallazgos subrayan la importancia de abordar las necesidades de las personas con PKU a lo largo de su vida, más allá de la dieta o la paternidad.

Financiación: Marató TV3, Proyecto: 202014-30.

400. EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN UNA COHORTE ADULTA DE MUJERES CON FENILCETONURIA CLÁSICA (PKU)

C. Montserrat-Carbonell¹, P. Isern², A. Pane³, I. Vinagre⁴, P.J. Moreno-Lozano⁵, M.T. Forga-Visa¹, M. Santana⁶, S. Anglès⁷, C. Castelo-Branco⁸ y Consortium PKU.CAT⁹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Diabetes Unit, Endocrinology and Nutrition Department, Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁵Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto, Hospital Clínic de Barcelona, Inherited Metabolic Diseases and Muscle Disorders' Lab, Cellex-IDIBAPS, Faculty of Medicine and Health Sciences-University of Barcelona, Internal Medicine Service- Hospital Clínic de Barcelona, CIBERER, Barcelona. ⁶Barcelona Center for Fetal and Neonatal Medicine, Hospital Clínic de Barcelona.

⁷Urogynecological Unit, Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁸Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁹Universitat de Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques Pi i Sunyer, Sant Joan de Déu Institut de Recerca, Barcelona.

¹Urogynecological Unit, Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ²Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ³Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁴Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clínic de Barcelona, Clinical Sexology Working Group, Hospital Clínic de Barcelona, Surgery and Medical-Surgical Specialties, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁵Universitat de Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques Pi i Sunyer, Sant Joan de Déu Institut de Recerca, Barcelona.

La salud sexual se recoge dentro de los derechos humanos, pero es tabú entre las personas afectadas por enfermedades crónicas. Por ejemplo, el cuestionario PKUQOL solo aborda la maternidad, ignorando otros aspectos. Concentraciones elevadas de Phe repercuten en la neurotransmisión cerebral y los niveles hormonales. Sin embargo, se desconoce cómo estas alteraciones pueden afectar la sexualidad en la mujer con PKU. Nos proponemos describir el estado de la salud sexual en las mujeres adultas con PKU clásica. Todas las mujeres con PKU clásica en edad reproductiva seguidas en una unidad de referencia fueron invitadas a participar en este estudio (n: 43). Los criterios de exclusión incluyeron: discapacidad intelectual (n: 9); alteración de la función ovárica o menopausia (n:8) y deseo expreso de no participar (n: 15). Se realizó un apeamiento 1:1 según edad y nivel educativo con mujeres sanas. Las participantes completaron el cuestionario validado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y otras preguntas relativas a la vida sexual. Se evaluaron 11 mujeres con PKU y 9 controles: edad media 29,9 (7,6) y 28,4 (15,2) años respectivamente; 1/11 PKU y 3/9 controles ya eran madres. El método anticonceptivo más común fue el preservativo: 54,5% en PKU y 44,4% en controles ($p > 0,05$). La orientación sexual en PKU/controles fue similar: 90,9/88,9% heterosexuales y 9,1/11,1%, bisexuales. En ambos grupos, > 50% tuvieron la primera relación sexual < 18 años ($p > 0,05$). El uso de

juguetes sexuales fue parecido, solo 2/11 PKU y 1/9 controles refirieron no utilizar. Las puntuaciones del IFSF (excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) resultaron similares: total de 26,8 (9,7) para PKU y 27,8 (7,6) para controles. Aunque nuestros datos sugieren una vivencia de la sexualidad equiparable entre mujeres con y sin PKU, el tabú social ligado al sexo dificulta un correcto abordaje de la salud sexual.

Financiación: Marató TV3, Proyecto: 202014-30.

401. PREVALENCIA DE HIPERANDROGENISMO FUNCIONAL EN MUJERES JÓVENES CON DIABETES TIPO 1 Y FACTORES DETERMINANTES DE SU APARICIÓN

A. Bayona¹, L. Nattero Chávez¹, E. de la Calle de la Villa¹, T. Ruiz Gracia¹, L. Montáñez Fernández², H.F. Escobar Morreale² y M. Luque Ramírez²

¹Unidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El hiperandrogenismo funcional es frecuente en mujeres jóvenes con diabetes tipo 1 (DM1) y su prevalencia está aumentada con respecto a la población general. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de hiperandrogenismo funcional, incluyendo síndrome de ovario poliquístico (SOP), y los factores asociados a su aparición en mujeres jóvenes con DM1.

Métodos: Estudio de corte transversal, con reclutamiento consecutivo de 151 mujeres con DM1 de entre 18-45 años. Se recogieron variables de la historia clínica, se llevó a cabo una exploración física y una analítica hormonal completa en fase folicular. Siguiendo práctica clínica, se realizó ecografía ovárica o determinación de AMH en aquellas pacientes en que fue necesario para el diagnóstico.

Resultados: De las 151, se incluyeron 149 mujeres en el análisis. La edad media era de $29,5 \pm 8,6$ años y la HbA1c de $7,5 \pm 1,5\%$. La prevalencia de cualquier fenotipo de SOP fue del 25,5% (38 mujeres) y la de hiperandrogenismo funcional del 39,6% (57 mujeres). La comparación entre mujeres con DM1-SOP ($n = 38$) y sin SOP ($n = 111$) mostró diferencias significativas en edad ($24,7 \pm 6,7$ vs. $31,1 \pm 8,6$ años, $p < 0,001$), dosis total de insulina ($0,72 \pm 0,32$ vs. $0,59 \pm 0,19$ U/kg/d, $p = 0,004$), diagnóstico de DM1 premenarquia ($71,1 \pm 45\%$, $p = 0,006$) e índice cintura-cadera (ICC, $0,8 \pm 0,06$ vs. $0,78 \pm 0,05$, $p = 0,006$). No hubo diferencias significativas en cuanto al control glucémico (HbA1c $7,5 \pm 1,2$ vs. $7,5 \pm 1,6\%$, $p = 0,997$), IMC ($24,0 \pm 4,6$ vs. $24,3 \pm 4,3$, $p = 0,821$) o antecedentes familiares de SOP o DM2. En el modelo de regresión logística multivariante, la edad (OR 0,96, IC95%: 0,83-0,97) y el ICC (OR 5,29, IC95%: 1,72-8,86) fueron factores predictores significativos de SOP en mujeres con DM1.

Conclusiones: El hiperandrogenismo funcional es común en mujeres con DM1 en edad reproductiva. Entre los factores asociados con su aparición están la edad más joven y un mayor ICC. El control glucémico no parece influir en esta asociación.

402. IMPACTO DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN PACIENTES TRANSEXUALES

R. Domínguez Rabadán¹ y J. Ollero²

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Objetivos: Analizar perfil sociodemográfico y riesgo vascular de pacientes transexuales con terapia hormonal sustitutiva (THS).

Métodos: Análisis descriptivo observacional retrospectivo de 186 pacientes en seguimiento en consulta de Atención a Personas Transexuales hasta mayo de 2024.

Resultados: Se analizaron predominantemente "varones trans" (61,3%). El 80,1% (149), estaba en tratamiento con THS desde hace > 6 meses. La mediana de edad de la 1^a visita era 19 años para THS > 6 m y 17 años en THS < 6 m. Un 28,2% (42) eran fumadores activos. En perfil analítico vascular, destaca una diferencia significativa entre el valor de LDL, con una mediana de 96,85 mg/dL (RIC 29,1) vs. 84 mg/dL (RIC 25,1); $p = 0,02$. Estas diferencias mantienen la significación al categorizar la variable en grupos, de forma que el 36,4% (44) de los pacientes con THS > 6 meses estaban en grupo de LDL > 100 mg/dL frente al 17,6% (6) en el grupo de THS < 6 meses; $p = 0,034$. Al comparar los niveles de colesterol-LDL en pacientes con THS > 6 m según el género, observamos una diferencia significativa entre "varones trans", con Col-LDL 99 mg/dL (dt 28) vs. "mujeres trans" con Col-LDL 88 mg/dL (dt 26); ($p = 0,019$). Evidenciamos una correlación directa positiva entre el tiempo de tratamiento de THS (meses) con colesterol-total ($p = 0,01$), col-LDL ($p < 0,001$), Col-No-HDL ($p < 0,001$) y HbA1c ($p = 0,006$). Ningún paciente ha presentado evento vascular hasta el momento.

Conclusiones: Los pacientes con terapia hormonal sustitutiva durante más de 6 meses presentan unos niveles más elevados de LDL forma significativa, así como una correlación directa positiva entre tiempo de tratamiento con los niveles de Colesterol-total, LDL, No-HDL y HbA1c. La joven mediana de edad puede determinar la ausencia de significación estadística en otras variables. Un nuevo análisis en el futuro puede afianzar el aumento de riesgo vascular en este perfil de pacientes descrito en literatura.

403. FACTORES DETERMINANTES DEL DETERIORO GLUCÉMICO EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO

J.M. Ruiz-Cánovas¹, S. de Lope-Quiñones², A. Quintero-Tobar², E. Fernández-Durán², H.F. Escobar-Morreale³ y M. Luque-Ramírez³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Grupo de Investigación en Diabetes, Obesidad y Reproducción Humana del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria IRYCIS& Universidad de Alcalá de Henares. Centro de Investigación Biomédica en Red en Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Grupode Investigación en Diabetes, Obesidad y Reproducción Humana del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria IRYCIS& Universidad de Alcalá de Henares. Centro de Investigación Biomédica en Red en Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: Un 25% de mujeres con síndrome del ovario poliquístico (SOP) presenta prediabetes o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) al diagnóstico. Se recomienda despistaje periódico de estas alteraciones, aunque la evidencia en la que se sustenta el protocolo de seguimiento es escasa.

Objetivos: Identificar variables basales y de seguimiento que establezcan un modelo óptimo predictivo de progresión de deterioro glucémico en mujeres con SOP.

Métodos: Estudio longitudinal observacional prospectivo en 70 pacientes con SOP. Todas recibieron una evaluación basal (V0) y seguimiento evolutivo reglado con curva de glucemia y antropometría,

definiéndose como evaluación final (VF) aquella en la que acontecía un deterioro del estado glucémico o en su defecto la última realizada. Se analizaron las variables basales y sus cambios en el seguimiento y se estableció el rendimiento diagnóstico para predecir progresión de diferentes parámetros mediante análisis de curvas ROC.

Resultados: Del total de sujetos, 52 [74%; (IC95% 63-83)] presentaron normoglucemia y 18 [26%; (IC95% 17-37)] prediabetes en V0. Durante el seguimiento [87 ± 42 (12-216) meses], 14 [20%; (IC95% 12-31)] empeoraron su estadio glucémico. Aquellas que experimentaron deterioro glucémico presentaban en V0 un mayor índice de masa corporal (IMC) (31 ± 7 vs. 26 ± 6 kg/m 2 ; p = 0,024), mayor proporción de obesidad (35 vs. 13%, p = 0,031), concentraciones mayores de testosterona libre (FT) (60 ± 41 vs. 38 ± 16 pM; p = 0,017) y glucemia basal (GB) (92 ± 8 vs. 85 ± 8 mg/dL; p = 0,005). El análisis de curva ROC mediante variables combinadas con mayor rendimiento diagnóstico para predecir el deterioro del estado glucémico [AUC: 0,863; (IC95%: 0,744-0,982); p = 0,005] incluyó la edad al diagnóstico, IMC, ganancia de peso a lo largo del seguimiento, GB y FT con los siguientes puntos óptimos de corte: edad (≥ 29 años), IMC (≥ 25 kg/m 2), ganancia de peso ($\geq +8,5$ kg), GB (≥ 85 mg/dL) y FT basal ($\geq 49,7$ pM).

Conclusiones: La edad al diagnóstico, exceso de peso, ganancia ponderal, hiperandrogenismo y GB predicen progresión del deterioro glucémico en el SOP.

404. PERFIL DE RIESGO VASCULAR DE PERSONAS TRANSEXUALES EN SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PERSONA TRANSEXUAL (UAPT) DE HUELVA

M. Laínez López¹, J. Ollero Ortiz², R. Domínguez Rabadán¹ y M.I. Rebollo Pérez¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Objetivos: Analizar el perfil sociodemográfico y de riesgo vascular de personas transexuales de nuestra área sanitaria.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre 186 personas en seguimiento en la UAPT hasta mayo de 2024.

Resultados: Se analizaron 186 personas transexuales; 114 (61,3%) “varones trans” y 72 (38,7%) “mujeres trans”. La mediana de edad de la primera visita fue de 18 años (RIC 7) y 22 años (RIC 8) actualmente. El 8,6% habían utilizado alguna terapia hormonal sustitutiva (THS) previa. Actualmente se ha perdido el seguimiento de 11 pacientes (5,6%), 7 han suspendido temporalmente la THS (3,8%) y 5 la han finalizado (2,7%). El 22,6% presenta patología psiquiátrica. Destacan los trastornos de ansiedad (9,1%), de la personalidad (4,3%) y adaptativos (3,2%). El 8,1% (15) tienen seguimiento activo por Salud Mental. El 24,7% (46) son fumadores, 8,1% (15) consumen alcohol ocasionalmente y 5,4% (10) otras drogas. Ninguna persona es hipertensa, el 2,7% (5) tienen dislipemia, 1,1% (2) DM-1 y 1,1% (2) prediabetes. El 46,9% tienen sobrepeso/obesidad. Otras patologías observadas: asma/EPOC (6), patología tiroidea (6), migraña (4), VIH+ (4) o epilepsia (2), etc. 6 pacientes presentan patología hematológica. La terapia predominante es la intramuscular en “varón trans, y oral en “mujer trans”. Destacan diferencias significativas en Col-Total (p = 0,006), Col-LDL (p = 0,023) y HbA1c (p = 0,018). El 31,1% (50) tienen Col-LDL > 100. Ninguna persona transexual ha presentado ningún evento vascular hasta el momento.

Conclusiones: Aunque la bibliografía reciente evidencia un perfil de riesgo vascular aumentado en personas transexuales, nuestra muestra mantiene un perfil aceptable sin francas diferencias entre

géneros, destacando un 46,9% con sobrepeso/obesidad y un 24,7% de fumadores. La juventud de nuestra muestra puede ser un factor determinante en este aspecto.

405. IMPORTANCIA DE LA DIFERENCIACIÓN ENTRE DESTRANSICIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA: REGISTRO NACIONAL DE DESTRANSICIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE GÓNADAS, IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL (GT-GIDSEEN)

M. Pazos Guerra¹, P. Expósito Campos², L. Cuadrado Clemente³, N. Asenjo Araque⁴, M. Gomes Porras⁵, P. González Fernández⁶, E. Gómez Hoyos⁷, M. Mora Porta⁸, R. Reyes García⁹ y M. Gómez Balaguer³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. ³Unidad de Identidad de Género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ⁴Unidad de Identidad de género, Psicología clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Unidad Identidad de Género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo. ⁷Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico de Valladolid. ⁸Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona.

⁹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La destransición es la detención/reversión de los cambios implicados en un proceso de transición de género. Se puede subclásificar en primaria (D1^a), si conlleva una reidentificación con el sexo natal, o secundaria (D2^a), si se mantiene la identidad trans. Poco se sabe de las características y necesidades de estas poblaciones. El objetivo es analizar las diferencias según el tipo de destransición.

Métodos: Registro multicéntrico ambispectivo. Se recogieron datos sobre características demográficas, identitarias, comorbilidades, causas, necesidades y apoyos. REDCap, análisis SPSS 25.

Resultados: 124 personas, 11 centros. Mediana 22 años(a). 49% Mujer trans, 47% hombre trans, 4% no binarios; 46,8% D1^a, 53,2% D2^a. No hubo diferencias entre D1^a y D2^a en inicio de disforia (14 vs. 13 a) y transición (16 vs. 17 a), ni en meses hasta destransición (22,5 vs. 23). Ambos tenían alta tasa de problemas de salud mental previa (67,2% y 56,1%), destacando depresión, sin diferencias entre grupos. Las razones para destransicionar fueron diferentes en ambos grupos. En D1^a fue más prevalente el cambio de identidad (41,4 vs. 12,1%) y desaparición de identidad trans (53,4 vs. 0%), mientras en D2^a fueron el refuerzo identitario (48,5 vs. 1,7%) y la satisfacción con los cambios conseguidos (16,7 vs. 0%) (p < 0,0001 en todas). El grado de arrepentimiento fue mayor en D1^a; así en D2^a el 96,7% lo calificaron como ninguno/algo y solo 3,2% como bastante/mucho/total, mientras que en D1^a fueron un 52 y 32% respectivamente (p < 0,001). Aquellos con D1^a solicitaron más apoyo sociales y legales (39,7 vs. 18,2% y 37,9 vs. 3% p < 0,001) y la mitad (53,4%) readoptaron nombre/pronombre original y un 38% revirtieron cambios en los documentos administrativos vs. 3% en D2^a (p < 0,001). En ambos destacó el porcentaje que no recibieron apoyos 75,9% y 84,8%.

Conclusiones: La destransición es un proceso heterogéneo, existiendo diferencias notables según sea D1^a o D2^a, relevando la importancia de esta subclásificación.

406. MEJORAS EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DIVERSIDAD DE GÉNERO EN NAVARRA (TRANSBIDE)

X. Ayarza-Marien Arrizabalaga¹, P. Munárriz Alcuaz¹, A. Iriaray Echarri¹, J. Baena Moya², M. Leránoz Goñi², J. Pineda Arribas¹, M. Chueca Guindulain¹ y M. Toni García¹

¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²CASSYR Andraize.

Introducción: La consulta de atención a la diversidad sexual en Navarra, Transbide, lleva en funcionamiento desde el año 2011, regida por una ley y una orden foral que ofrece considerables ventajas para la población atendida.

Objetivos: Describir las posibilidades en la atención a las personas trans desde una unidad multidisciplinar y presentar los resultados de la población atendida.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre las características demográficas de la población valorada en la consulta de Transbide.

Resultados: Desde el año 2011 hasta la fecha actual se han atendido a 455 personas, con un rango de edad de acceso a la unidad entre los 3 y los 74 años, de las cuales el 50,33% se autodeterminan como hombres trans, 48,13% mujeres trans y 1,54% personas no binarias. En Navarra, además de ofrecer acompañamiento psicosexológico y psicoterapia de apoyo, técnicas de preservación de la fertilidad, terapia hormonal afirmativa, cirugía mamaria (mamoplastia/mastectomía) y cirugía de reafirmación genital (se derivan a centro de referencia), en los últimos 4 años se han añadido a esta atención la oferta de otras terapias como el láser facial, la cirugía de feminización facial, intervenciones de la voz (tanto para feminización como para masculinización) y prótesis peneanas. El uso de estas alternativas terapéuticas va progresivamente en crescendo; en el colectivo de mujeres trans 14 han realizado láser facial, 6 cirugía de feminización facial (8 están en lista de espera) y 8 cirugías de la voz. En el grupo de hombres trans, 9 han solicitado el uso de prótesis peneanas.

Conclusiones: La consulta de Transbide disfruta de un amplio abanico de opciones terapéuticas ofertadas por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para la diversidad sexual o de género, lo que conduce en general a un grado de satisfacción elevado por parte de los y las profesionales que estamos al frente de esta consulta. Son necesarias herramientas para medir el grado de satisfacción de estas nuevas ofertas terapéuticas.

MISCELÁNEA

407. COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA TRAS EL ASCENSO AL MONTE KILIMANJARO EN PARTICIPANTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M. Pérez Andreu¹, E. Saura Guillén¹, S. Hernández Sánchez², A. Martínez Cava³, J. García Pallarés³, M.S. Marín Talavera⁴ y A. Carrasco Cremades⁵

¹Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca. ²Trainsplant, Madrid. ³Universidad de Murcia. ⁴Hospital Virgen del Castillo, Yecla. ⁵Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DMT1). No obstante, el control glucémico en altitud supone un reto. En julio de 2023 se llevó a cabo el reto deportivo de alta montaña ‘Xperiencia Kilimanjaro’, con el objetivo de ascender al monte Kilimanjaro

por 5 participantes con diabetes. No existen estudios publicados sobre la calidad de vida en relación a actividades de este tipo en DMT1.

Métodos: Para evaluar el impacto en la calidad de vida de los 5 participantes con DMT1, se realizó el cuestionario Diabetes Quality of Life. Consta de 46 preguntas: satisfacción (15 preguntas), impacto (20 preguntas), preocupación socio-vocacional (7 preguntas), preocupación relativa a la diabetes (4 preguntas).

Resultados: En el apartado ‘Satisfacción’, 3/5 se encontraban bastante satisfechos con la diabetes en su vida diaria, tanto antes como después. 2/5 se encontraban algo satisfechos antes y después. En el apartado ‘Impacto’, los 5 participantes no presentaron impacto negativo de la diabetes en su vida diaria casi nunca; antes y después del ascenso. En el apartado ‘Preocupación socio-vocacional’, 3/5 no se encontraban preocupados casi nunca, 1 no se encontraba preocupado y 1 se encontraba preocupado a veces; antes y después del ascenso. En el apartado ‘Preocupación relativa a la diabetes’, 3/5 casi nunca se encontraban preocupados respecto a su diabetes, 1 se encontraba preocupado a veces y 1 no se encontraba preocupado nunca sobre su diabetes; antes y después del ascenso.

Conclusiones: Los 5 participantes del grupo, en general se encontraban satisfechos con su diabetes, y esta ejercía poco impacto en su vida diaria, por lo que no presentaban casi nunca preocupación relacionada con la misma. La participación en un reto deportivo de alta montaña, con alta exigencia de autocontrol y automanejo de la diabetes, no empeoró la calidad de vida relacionada con la diabetes en los 5 integrantes.

408. RESPUESTA GLUCÉMICA AL EJERCICIO AGUDO AERÓBICO Y ANAERÓBICO REALIZADO POR LA MAÑANA O POR LA TARDE EN SUJETOS SANOS: UN ENSAYO CRUZADO

M. Murri

IBIMA, Hospital Virgen de la Victoria.

Introducción: La práctica regular de actividad física se considera un promotor de salud y parece ser uno de los principales contribuyentes a la prevención de enfermedades crónicas. Sin embargo, los posibles efectos del ejercicio en la salud según la hora del día en que se realice aún no se han dilucidado completamente.

Objetivos: Evaluar el efecto del ejercicio físico (aeróbico o anaeróbico) y la cronobiología (mañana o tarde) en el metabolismo glucémico de sujetos sanos.

Métodos: Se reclutaron veintitrés sujetos (14 mujeres y 9 hombres) para realizar ejercicio físico aeróbico o anaeróbico por la mañana o por la tarde. Se extrajo sangre de los sujetos antes, al final del ejercicio y 2 horas después del final del ejercicio. Se analizaron los parámetros glucémicos en estos puntos de tiempo. Se realizó una prueba de modelo lineal general después de verificar la distribución normal de los datos crudos (evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov) o después de una transformación logarítmica/raíz cuadrada, considerando el ejercicio aeróbico o anaeróbico y el ejercicio por la mañana o por la tarde como variables independientes.

Resultados: Los niveles de glucosa aumentan más al final del ejercicio anaeróbico, acompañado de una discreta disminución en los niveles de insulina y péptido C, mientras que en el ejercicio aeróbico los niveles de glucosa experimentan cambios limitados acompañados de una disminución en los niveles de insulina y péptido C. Además, el aumento de glucosa es mayor después del ejercicio por la mañana.

Conclusiones: El tipo de ejercicio y la cronobiología influyen en el metabolismo glucémico a corto plazo.