



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Recomendaciones para la atención de la salud en Atención Primaria de las personas transgénero



N. Sánchez-Varela^a, L. Ferreiro-Abuin^a, A. Durán-González^a, D.G. Mosteiro-Miguéns^{a,*}
y M. Portela-Romero^{a,b,c}

^a Centro de Saúde Concepción Arenal, Área Sanitaria Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Santiago de Compostela, A Coruña, España

Recibido el 21 de diciembre de 2023; aceptado el 31 de enero de 2024

Disponible en Internet el 2 de abril de 2024

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud;
Personas transgénero;
Promoción de la salud;
Servicios sanitarios para personas transgénero

Resumen La OMS define la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Con la intención de cumplir el objetivo básico de cuidar y promover la salud en todos los colectivos que conforman nuestra sociedad actual, surge la necesidad de centrarnos en ciertos grupos en los que las actuaciones desde Atención Primaria están en la actualidad consensuadas o protocolizadas de manera deficiente, como es el caso de la atención de la salud de las personas transgénero.

© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Health Care;
Transgender persons;
Health promotion;
Health services for transgender persons

Recommendations for Primary Health Care for transgender people

Abstract The WHO defines Primary Health Care as essential health care, based on practical, scientifically founded and socially acceptable methods and technologies, made available to all individuals and families in the community, through their full participation, and at a cost that the community and the country can bear, at each and every stage of their development, in a spirit of self-responsibility and self-determination.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diego.gabriel.mosteiro.miguens@sergas.es (D.G. Mosteiro-Miguéns).

With the intention of fulfilling the basic objective of caring for and promoting health in all the groups that make up our current society, the need arises to focus on certain groups in which the actions of Primary Care are currently consensual or poorly protocolised, as is the case with the health care of transgender people.

© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La OMS define la Atención Primaria de Salud¹ (AP) como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Con la intención de cumplir el objetivo básico de cuidar y promover la salud en todos los colectivos que conforman nuestra sociedad actual², surge la necesidad de centrarnos en ciertos grupos en los que las actuaciones desde AP están en la actualidad consensuadas o protocolizadas de manera deficiente, como es el caso de la atención de la salud de las personas transgénero. Es importante indicar que la Clasificación Internacional de Enfermedades, desde 2018, con la intención de despatologizar y desestigmatizar a las personas transgénero, ya no considera la transexualidad como una enfermedad³.

Las personas transgénero a menudo se encuentran con barreras en el ámbito sanitario que pueden menoscabar la calidad de la atención percibida. Estas barreras están relacionadas con la falta de un entorno confortable que les brinde confianza y seguridad, en el que poder expresarse de manera cómoda y abierta. La mayoría de las personas transgénero sienten angustia en centros de AP, fruto del temor a ser discriminados o tratados con el nombre o pronombre incorrecto⁴. Estas experiencias negativas pueden ocasionar repercusiones psicológicas en este colectivo. En contraposición, existe evidencia de que cuando las personas transgénero reciben apoyo y asistencia sanitaria apropiada en AP experimentan una mejor salud mental, como puede ser menor ansiedad y menores tendencias autolesivas o autolíticas⁵.

Por otro lado, la variabilidad asistencial en cuanto a las actuaciones de los y las profesionales con este colectivo es otra de las limitaciones actuales. Esto podría estar relacionado con la carencia de formación en este campo descrita por los y las profesionales sanitarios, lo que contribuiría a perpetuar las limitaciones asistenciales⁶.

La atención a las personas transgénero requiere de un enfoque multidisciplinar y proactivo⁷ que aborde los 3 niveles de prevención de la salud y genere un clima de bienestar desde el primer contacto. Es esencial contar con procedimientos claros y estructurados que garanticen una atención individualizada y de calidad, que satisfaga las demandas de estos pacientes.

Las recomendaciones que contiene este documento tienen el propósito de proporcionar las pautas necesarias para un abordaje integral y estandarizado al paciente transgénero en el ámbito de AP.

Breve guía de términos y conceptos relacionados con la transexualidad

En este documento utilizamos el término persona trans* para referirnos a aquellas personas que se identifican con un sexo diferente o que expresan su identidad sexual de manera distinta al sexo que le asignaron al nacer. El asterisco hace referencia a una categoría paraguas que engloba todas las identidades de género no normativas (trans*, transgénero, no binarias, de género fluido, de género neutro y cualquier otra autodefinición social emergente).

Es necesario que la terminología empleada con este colectivo sea pertinente⁸. En consecuencia, los diferentes términos que los profesionales sanitarios deberían conocer para dirigirse a las personas trans*, en nuestro contexto sociocultural, se exponen a continuación:

- *Identidad de género*: es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado en el momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.
- *Género asignado*: es el género que se le asigna a un/a recién nacido/a basándose en el aspecto de los genitales u órganos sexuales de esa persona.
- *Expresión de género*: es la presentación externa de una persona a través de la apariencia, el comportamiento, la indumentaria, el peinado, la voz, las características físicas, etc. La expresión de género no tiene que ser fija ni tiene que coincidir necesariamente con el sexo asignado al nacer o con la identidad de género de la persona.
- *Conductas no conformes con el género*: son aquellas conductas que se llevan a cabo y que son inconsistentes con los estereotipos culturales reinantes (atribuidos a cada uno de los sexos); se dan con independencia de la identidad y/u orientación sexual de la persona.
- *Disforia de género* (DSM-5): entidad psicopatológica que hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por el sujeto y el género asignado, aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia⁹.
- *Binarismo de género* (o sistema de género binario): el binarismo de género clasifica a las personas según

2 géneros, correspondientes al sexo masculino o femenino, excluyendo cualquier matiz intermedio e impidiendo o dificultando cualquier elección personal que no encaje en aquellos.

- *Intersexual*: persona que nace con características sexuales que varían respecto del estándar corporal, impuesto culturalmente, para hombres y mujeres.
- *Persona cis* (cissexual o cisgénero): persona que se identifica con el sexo que le ha sido asignado al nacer.
- *Persona trans**: persona con una identidad de género diferente a la que le ha sido asignada al nacer.
- *Reasignación de sexo*: intervención médica para el cambio del sexo físico, incluyendo los genitales. Algunas veces recibe la denominación de reafirmación de sexo.
- *Transexualidad*: es una variante más de la diversidad humana. Tiene que ver con la identidad de género, con la manera de identificarse cada persona. Así, las personas trans* no se sienten identificadas con el sexo que se les asignó al nacer.
- *Tránsito social*: momento en el cual la persona pasa a ser reconocida socialmente de acuerdo con su identidad de género. Es habitual que suponga una modificación del nombre y/o la vestimenta, así como de los pronombres utilizados. Conlleva un cambio de mirada por parte de los demás en el reconocimiento y respeto de su identidad.
- *Transfobia*: aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación hacia las personas trans*.
- *Orientación sexual*: patrón de atracción sexual, erótica o amorosa hacia un determinado grupo de personas definidas por su género o su sexo. Es independiente de la identidad de género, ya que la identidad de género no presupone la orientación sexual, y viceversa.

Prevalencia de la transexualidad

Los datos estadísticos actuales aún son escasos y con marcada heterogeneidad de resultados, oscilando entre 1 de cada 30.400 y 1 de cada 200.000 para hombres trans* y una de cada 11.900 y una de cada 45.000 para mujeres trans*¹⁰.

En 2015 se publicó un metaanálisis¹¹ de 12 estudios sobre la prevalencia de la transexualidad. En este estudio la prevalencia metaanalítica fue de 4,6 por 100.000 personas; 6,8 para mujeres trans* y 2,6 para hombres trans*. El análisis temporal encontró un aumento en la prevalencia reportada en los últimos 50 años.

En España existen escasos datos de prevalencia sobre la transexualidad. Según estudios realizados en el año 2006 en Andalucía y Cataluña, la prevalencia de la transexualidad en nuestro país podría situarse entre 1:9.685 y 1:21.031 en mujeres trans* y de 1:15.456 a 1:48.096 en hombres trans*. El cociente de mujeres trans* y hombres trans* se situaría entre 4:1 y 2:1¹².

Recomendaciones para la atención de las personas trans* en Atención Primaria

En el caso de las personas trans*, los motivos de consulta en los centros de AP se pueden clasificar en 2 grandes categorías:

- Consultas relacionadas con la identidad de género y sobre cuestiones trans* específicas. Según un estudio publicado en Francia en 2021, los motivos de consulta relacionados con este primer punto suponen cerca del 50% de las causas por las cuales las personas trans* solicitan consulta en AP¹³.
- Consultas relacionadas con las actividades preventivas de los programas de AP y de la atención de la salud. De acuerdo con el referido estudio francés, las razones de consulta de este segundo punto son similares a las que se encuentran en la población en general.

Calidad asistencial. Recomendaciones al tratar a las personas trans*

Resulta esencial generar un clima acogedor y seguro con el paciente trans* desde el primer contacto, que se refleje en la recepción del entorno sanitario.

Todas las personas profesionales del centro de salud, desde administrativos/as, auxiliares de enfermería, celadores/as, enfermeros/as, médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as, fisioterapeutas, trabajadores/as sociales, etc., deberían estar formados y sensibilizados en todo lo relacionado con el colectivo trans*, independientemente de sus creencias personales, para poder ofertar un acompañamiento y una atención sanitaria de calidad y sin trato discriminatorio.

Desde el inicio del contacto de la persona con el personal de los centros de salud resulta fundamental y básico el respeto. Para referirse o dirigirse a las personas trans*, se recomienda hacerlo por su identidad de género, no por su apariencia externa, ya que la apariencia externa va cambiando de forma progresiva a medida que se avanza en el proceso de transición.

El nombre con el que nos dirigiéramos debería ser el que la persona trans* haya manifestado que desea.

Durante el primer contacto en las consultas de AP, se recomienda indagar qué pronombre desea el paciente que utilizemos hacia su persona. En los casos en que no sea posible averiguarlo, se utilizarán pronombres neutros.

Se recomienda evitar tratar con el género en el que nacieron. No seguir estas recomendaciones suele considerarse por la persona afectada una falta de respeto que puede ser generadora de situaciones tensas en las consultas, áreas de recepción, espera o administrativas.

Es crucial que el equipo de AP desarrolle acciones de sensibilización a nivel comunitario y profesional para favorecer el proceso de despatologización de la transexualidad y prevenir actitudes de transfobia.

Cumplimentación de la historia clínica

No se utilizarán códigos diagnósticos de enfermedad para la transexualidad.

En la historia clínica quedará reflejada la información recogida en la entrevista. Es posible que no se consiga obtener una historia completa en una sola visita. La anamnesis debe realizarse a lo largo del tiempo para generar confianza con el paciente, recogiendo información relativa a:

- *Antecedentes personales.*

- **Intervenciones hormonales y quirúrgicas relacionadas con el género:** es esencial contar con un historial completo del uso de terapia hormonal y las intervenciones quirúrgicas relacionadas con el género.
- **Historial de vacunaciones.**
- **Historia psicológica/psiquiátrica:** se debe realizar una evaluación para detectar trastornos del estado de ánimo (especialmente depresión y ansiedad), uso de sustancias y trastorno de estrés postraumático (incluidos antecedentes de trauma o abuso físico, sexual o emocional). En comparación con los pacientes no transgénero, las personas trans* tienen más síntomas de depresión y ansiedad, así como tasas más altas de ideación suicida.
- **Historia de malos tratos:** se debe indagar, como ya se indica en el punto anterior, sobre posibles antecedentes de trauma o abuso físico, sexual o emocional.
- **Historia sexual:** un historial de salud sexual requiere especial sensibilidad con las personas trans*. La historia sexual debe cubrir conductas sexuales, incluidas conductas que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y otras relacionadas con el consumo de sustancias unidas a las relaciones sexuales. No hay que olvidar la necesidad o no de anticoncepción.

Consideraciones para una anamnesis adecuada

- No se debería realizar presunciones de género por la imagen o el comportamiento de la persona trans*.
- Se recomienda preguntar, antes de iniciar la exploración física, sobre los procesos de reasignación actuales o pasados (terapia hormonal, cirugía de reasignación sexual y tipo de cirugía).
- Explicar siempre el porqué de las preguntas.
- Asegurar y explicar que la confidencialidad está garantizada.
- Informar acerca del circuito de atención hospitalaria y de los recursos de apoyo existentes (asociaciones, etc.).
- Informar acerca del tratamiento: posibilidades, eficacia, problemas y efectos secundarios.
- Utilizar estrategias de *counselling* (asesoramiento) para facilitar la toma de decisiones respetando el derecho a la autodeterminación de su identidad.
- Resolver dudas (mitos, temores, etc.).
- Derivar a unidades hospitalarias, en caso de ser necesario, con compromiso de apoyo y seguimiento (repetición de tratamientos hormonales, realización de informes si precisa, sensibilidad a la hora de tratar la diferencia).

Recomendaciones para la realización de la exploración física

- Independientemente de la identidad de género de la persona trans*, los exámenes físicos deben basarse en los órganos presentes y los síntomas que presenta el/la paciente.
- Las personas trans* pueden sentirse incómodas con sus cuerpos y encontrar traumáticos algunos elementos del examen físico.
- A menos que exista una necesidad médica inmediata, los elementos sensibles del examen (particularmente los exámenes mamario, pélvico-genital y rectal) deberían

retrasarse hasta que se haya desarrollado una buena relación médico-paciente.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta y valorar que las personas trans* pueden presentar:

- **Heridas cutáneas** en la región pectoral y genital debido al uso de complementos (esparadrapos, fajas, *binders*) para ocultar caracteres sexuales no deseados.
- **Afecciones dermatológicas** derivadas del uso de terapia hormonal (acné, dermatitis de contacto, caída de cabello).
- **Alteraciones analíticas** derivadas del uso de la terapia hormonal (hiperlipidemia, hipertransaminasemia, trombocitosis, hiperprolactinemia, disminución del PSA).
- **Psicopatología** derivada de la transfobia que sufren de forma directa o indirecta en las distintas esferas de su vida cotidiana (ansiedad, estrés postraumático, depresión, insomnio, aislamiento social, alteraciones de la conducta alimentaria, hábitos tóxicos, automutilación, riesgo de suicidio).
- **Problemas de salud sexual y reproductiva** (infertilidad, disfunción eréctil y/o disfunciones sexuales, alteraciones afectivas, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual).

Terapia hormonal cruzada

Es importante destacar que no todas las personas trans* eligen someterse a procesos de hormonación (o a intervenciones quirúrgicas) para la reasignación de género. Las decisiones sobre la transición de género son personales y varían según las experiencias individuales.

En la [tabla 1](#) se muestran los diferentes principios activos con su indicación (personas transgénero de hombre a mujer –THM– o personas transgénero de mujer a hombre –TMH–), dosificación, mecanismo de acción y precauciones.

Cambios físicos causados por la terapia hormonal cruzada

Los efectos masculinizantes y tiempos observados en hombres trans* (personas transgénero de mujer a hombre) se muestran en la [tabla 2](#). Los efectos feminizantes y tiempos observados en mujeres trans* (personas transgénero de hombre a mujer) se muestran en la [tabla 3](#).

Contraindicaciones de la terapia hormonal cruzada

El tratamiento hormonal con estrógenos está contraindicado¹⁴ en caso de antecedentes personales de:

- Enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, hepatopatía activa (transaminasas más de 3 veces el límite superior de la normalidad), insuficiencia renal, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mal controlada, migrañas graves, historia familiar de cáncer de mama, prolactinoma.

Tabla 1 Principios activos, dosificación, mecanismo de acción y precauciones de la terapia hormonal cruzada

Formulación	Indicación	Dosificación	Mecanismo de acción	Precaución
Valerato 17B-estradiol	THM	2-6 mg/día vo	Acción estrogénica	Riesgo aterotrombótico
Estrógenos transdérmicos	THM	Parches 100 µg/3 días	Acción estrogénica	Irritación cutánea
Etinil-estradiol	THM	50-100 µg/día	Acción estrogénica	Riesgo aterotrombótico
Acetato de ciproterona	THM	50 mg dvd vo (100 mg/día)	Agonista parcial androgénico	Riesgo de hepatotoxicidad
Espirinolactona	THM	100 mg dvd vo (200 mg/día)	Inhibición directa de la secreción de T, inhibición de la unión de la T a su receptor	Riesgo de hiperpotasemia
Flutamida	THM	250 mg dvd (500 mg/día)	Inhibición de la unión de la T a su receptor, no disminuye la concentración de T	Riesgo de hepatotoxicidad
Triptorelina	THM	3,75 mg im/mes	Análogos de GnRH, con inhibición completa de la esteroidogénesis testicular	Puede provocar pérdida ósea que incrementa el riesgo de osteoporosis
Enantato de T	TMH	100 mg/s o 200 mg cada 2 semanas im	Acción androgénica	Precaución en pacientes con trombofilia o factores de riesgo de tromboembolismo venoso
Gel de T (sobres monodosis; frasco dosis ajustables)	TMH	5-10 g conteniendo 50-100 mg T aplicados de forma diaria	Acción androgénica	Precaución en pacientes con trombofilia o factores de riesgo de tromboembolismo venoso
Gel de T (frasco dosis ajustables-pulsaciones)	TMH	0,5-4 g conteniendo 10-80 mg T aplicados de forma diaria	Acción androgénica	Precaución en pacientes con trombofilia o factores de riesgo de tromboembolismo venoso
Undecanoato de T en aceite inyectable de acción prolongada	TMH	0,5-4 g conteniendo 10-80 mg T aplicados de forma diaria	Acción androgénica	Precaución en pacientes con trombofilia o factores de riesgo de tromboembolismo venoso

dvd: 2 veces al día; im: intramuscular; T: testosterona; THM: personas transgénero de hombre a mujer; TMH: personas transgénero de mujer a hombre; vo: vía oral.

Fuente: Moreno-Pérez O³¹.

Tabla 2 Efectos masculinizantes y tiempos observados en hombres trans*

Efecto	Comienzo	Máximo
Piel grasa/acné	1 a 6 meses	1 a 2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	6 a 12 meses	4 a 5 años
Caída del cabello en el cuero cabelludo	6 a 12 meses	
Aumento de masa/fuerza muscular	6 a 12 meses	2 a 5 años
Redistribución de grasas	1 a 6 meses	2 a 5 años
Amenorrea	1 a 6 meses	
Aumento del tamaño del clítoris	1 a 6 meses	1 a 2 años
Atrofia mucosa vaginal	1 a 6 meses	1 a 2 años
Cambios en la voz	6 a 12 meses	1 a 2 años

Fuente: Hembree et al.²¹.

En el caso del tratamiento hormonal con andrógenos, este está contraindicado en caso de antecedentes personales de:

- Hepatopatía activa, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mellitus mal controlada.

Efectos adversos de la terapia hormonal cruzada¹⁵

Es preciso conocer que en las personas trans* con terapia hormonal cruzada (THC) existe la posibilidad de aparición de efectos adversos que se deben vigilar:

- a) En *hombres y mujeres trans**: el tabaquismo eleva el riesgo de efectos adversos. Se debe recomendar y apoyar el abandono del tabaquismo.
- b) En *mujeres trans**, con el uso de estrógenos puede aparecer:

Riesgo de moderado a alto:

- Hiperprolactinemia marcada.
- Hepatopatía grave (transaminasas más de 3 veces el límite superior de la normalidad).

Tabla 3 Efectos feminizantes y tiempos observados en mujeres trans*

Efecto	Comienzo	Máximo
Redistribución de la grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la masa muscular y la fuerza	3 a 6 meses	1 a 2 años
Suavizamiento de la piel/disminución de la grasa	3 a 6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disminución de las erecciones espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución del volumen testicular	3 a 6 meses	2 a 3 años
Disminución de la producción de esperma	Desconocido	> 3 años
Disminución del crecimiento del vello terminal	6 a 12 meses	> 3 años
Cabello del cuero cabelludo	Variable	
Cambios de voz	Sin efecto	

Fuente: Hembree et al.²¹.

- Cáncer de mama (en las mujeres trans* con tratamiento estrogénico está aumentado el riesgo de padecer cáncer de mama con respecto a los hombres cis, pero sigue siendo mucho menor que en las mujeres cis).
- Cardiopatía isquémica.
- c) En *hombres trans**, por la utilización de la testosterona puede producirse:

Riesgo muy elevado:

- Eritrocitosis (hematocrito > 50%).

Riesgo de moderado a alto:

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

Riesgo de moderado a bajo:

- Cáncer de mama o útero.

Atención de la salud en Atención Primaria de las personas trans*

Una posible menor demanda de asistencia médica en AP por parte de las personas trans* puede generar un mayor infradiagnóstico, infratratamiento e infraseguimiento de enfermedades prevalentes y potencialmente graves.

Actividades preventivas y atención de la salud

En la [tabla 4](#) se especifican las recomendaciones sobre la realización de actividades preventivas y cribados en mujeres y hombres trans* con uso de terapia hormonal de acuerdo con las evidencias y recomendaciones actuales¹⁶.

Control de factores de riesgo cardiovascular

En lo referente al riesgo cardiovascular, utilizaremos las tablas SCORE y SCORE2¹⁷ para la estratificación de este, como en el resto de la población, pero teniendo en cuenta

ciertas particularidades. Es importante tener en cuenta la edad de inicio de la THC para escoger el sexo más apropiado en cada persona dentro de las tablas de estratificación del riesgo⁸.

La THC implica una serie de efectos colaterales que debemos conocer en cuanto al riesgo cardiovascular. Fundamentalmente:

- Las mujeres trans* presentan un mayor riesgo cardiovascular y de desarrollar eventos trombóticos¹⁸.
- Tanto los estrógenos como la testosterona alteran el perfil lipídico. La terapia con estrógenos aumenta los triglicéridos. La terapia con testosterona tiende a disminuir el colesterol de lipoproteínas de alta densidad, de manera aislada o, con mayor frecuencia, asociado a un incremento del colesterol de lipoproteínas de baja densidad¹⁹.
- El tratamiento con testosterona se relaciona con un aumento de la presión arterial sistólica²⁰.
- No existe evidencia de que la THC altere el perfil glucémico.
- Los hombres trans* con síndrome de ovario poliquístico deben hacerse pruebas de detección de diabetes debido al aumento de riesgo constatado de desarrollar esta enfermedad.
- Tromboembolismo venoso: las mujeres trans* que toman estrógenos pueden tener un mayor riesgo de sufrir tromboembolismo venoso.

Por lo tanto, se recomiendan controles rutinarios de presión arterial y controles analíticos que incluyan perfil lipídico. La frecuencia de dichos controles se individualizará en cada caso en función de la estratificación del riesgo.

Osteoporosis

La THC implica ciertas alteraciones a nivel del metabolismo óseo²¹.

Se debe valorar la necesidad de un cribado de la osteoporosis en pacientes con factores de riesgo:

- Tratamiento hormonal (teniendo en cuenta la edad de inicio y la duración de este).

Tabla 4 Recomendaciones sobre la realización de actividades preventivas y cribados en mujeres y hombres trans*

	Mujeres trans*	Hombres trans*
Cáncer de mama	Evaluar la posibilidad de cribado en pacientes > 50 años con factores de riesgo adicionales de cáncer de mama: Terapia con estrógenos/progestágenos durante > 5 años Antecedentes familiares Índice de masa corporal > 35	Mamas conservadas: programa de cribado de cáncer de mama como el resto de la población indicada Posmastectomía: no necesidad de pruebas de detección
Cáncer de cuello uterino	Vaginoplastia: no necesidad de pruebas de detección	Cuello uterino intacto: examen de rutina como el resto de la población indicada Sin cuello uterino: no necesidad de pruebas de detección
Cáncer de próstata	El cribado de cáncer de próstata, al igual que en la población general, no está recomendado	N/A
Enfermedad cardiovascular	Detectar factores de riesgo y realizar cálculo del riesgo cardiovascular	Detectar factores de riesgo y realizar cálculo del riesgo cardiovascular
Diabetes mellitus	Con estrógeno: posiblemente mayor riesgo	Detección de rutina Los hombres trans* con síndrome de ovario poliquístico deben ser examinados para detectar diabetes
Hiperlipidemia	Estrógenos: examen anual de lípidos	Testosterona: cribado anual de lípidos

N/A: no aplica.

Fuente: Feldman y Deutsch¹⁶.

- Bloqueo androgénico.
- Gonadectomía: la pérdida de densidad ósea es más probable después de la gonadectomía en aquellos pacientes con otros factores de riesgo (por ejemplo, raza blanca o asiática, tabaquismo, antecedentes familiares, consumo elevado de alcohol, hipertiroidismo) y en aquellos que no cumplen plenamente con la terapia hormonal.

No existen estudios a largo plazo sobre el riesgo de fracturas, especialmente en una población trans* de adultos mayores.

De acuerdo con la evidencia disponible, se propone la realización de un estudio analítico del metabolismo óseo y una densitometría a la edad de 65 años, valorando bajar la misma a los 50-64 años en caso de presentar factores de riesgo²².

Por otro lado, en todos los casos debemos insistir en las medidas higiénico-dietéticas: dieta sana, ejercicio físico de resistencia y valorar suplementación con calcio y vitamina D²³.

Enfermedad de órganos genitales

En la historia clínica de los pacientes debemos dejar registrados los órganos genitales presentes en el momento actual y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo, ya que deberemos tenerlo en cuenta a la hora de diagnosticar y tratar enfermedades ginecológicas y urológicas en las personas trans*.

Enfermedad ginecológica en hombres trans*

- En hombres trans* a tratamiento con testosterona (con amenorrea secundaria) que conserven cérvix y útero y que presenten sangrado vaginal inexplicable debemos tener en cuenta el cáncer de endometrio como parte del diagnóstico diferencial.
- En lo relacionado con la enfermedad infecciosa, debemos considerar la posibilidad de enfermedad pélvica inflamatoria si mantiene relaciones sexuales por vía vaginal en el caso de que conserven útero y trompas.

Enfermedad urológica en mujeres trans*

- Las mujeres trans* conservan la próstata incluso después de una cirugía de afirmación de género, por lo que siguen en riesgo de sufrir cáncer de próstata²⁴.
- Las mujeres trans* a tratamiento con estrógenos presentan atrofia prostática. En caso de sospecha de enfermedad prostática debemos tener en cuenta que los valores de PSA están disminuidos en comparación con la población general, por lo tanto, el punto de corte de PSA > 4 ng se considera no apropiado para sospechar enfermedad maligna prostática en las mujeres trans*. Hay autores que indican que el punto de corte debe situarse en PSA > 1 ng²⁵.
- Algunos estudios publicados recomiendan realizar un control periódico de la próstata con tacto rectal a partir de los 50 años para diagnóstico precoz de enfermedad

prostática²⁶, aunque el cribado de cáncer no esté aprobado en la actualidad.

- En lo relacionado con la enfermedad infecciosa, la prostatitis deberá entrar en el diagnóstico diferencial en caso de mujeres trans* que presenten tejido prostático.

Salud mental

Las personas trans* presentan una mayor prevalencia de enfermedad relacionada con el ámbito de la salud mental. Los estudios indican un mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad e ideación autolítica²⁷. Esto se debe, en gran parte, al estigma y a la discriminación que padecen y al contexto de vulnerabilidad psicosocial en el que están insertas²⁸. La AP es la vía de entrada a nuestro sistema de salud y el personal médico y de enfermería, las figuras más cercanas al paciente. Es por este motivo que debemos conocer este riesgo y estar alerta para identificar de una manera lo más precoz posible los problemas relacionados con la salud mental en las personas trans*, para poder proporcionar la ayuda que necesitan.

Hábitos tóxicos

Por otro lado, debemos indagar de manera activa por hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, consumo de sustancias, etc.). En un estudio realizado en España y publicado en 2019²⁹ en el que se comparaban los patrones de consumo de sustancias en una gran muestra trans* de ambos géneros en Cataluña con los de la población general se indica que el patrón de consumo de sustancias en personas trans*, excepto para la cocaína, fue similar entre personas trans* de ambos géneros, y es similar al patrón de consumo masculino en población general. En cambio, el consumo de cocaína fue hasta 10 veces mayor en el grupo de mujeres trans* con respecto al resto de los grupos.

Conocer los hábitos tóxicos en las personas trans* es importante para realizar actividades de atención preventiva, ya que el abuso de sustancias está asociado a otros factores de riesgo, como el riesgo elevado de exclusión social³⁰, participación en el trabajo sexual e infección por VIH, especialmente entre las mujeres trans*.

Desde los centros de salud debemos incidir en la importancia de los estilos de vida saludable.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: OMS; 1978 [consultado 17 Dic 2023]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. Guerrero-Alonso P, Corona-Mata D. Diversidad sexual en atención primaria [Sexual diversity in primary care]. *Semerger*. 2023;49:101906, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101906>.
3. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019;12:65–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>.
4. Guss CE, Woolverton GA, Borus J, Austin SB, Reisner SL, Katz-Wise SL. Transgender adolescents' experiences in primary care: A qualitative study. *J Adolesc Health*. 2019;65:344–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.009>.
5. Treharne GJ, Carroll R, Tan KKH, Veale JF. Supportive interactions with primary care doctors are associated with better mental health among transgender people: Results of a nationwide survey in Aotearoa/New Zealand. *Fam Pract*. 2022;39:834–42, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmab005>.
6. Crowley D, Cullen W, van Hout MC. Transgender health care in primary care. *Br J Gen Pract*. 2021;71:377–8, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp21x716753>.
7. Abreu PD, Palha PF, Andrade RLP, Almeida SA, Nogueira JA, Monroe AA. Integral health care for transgender adolescents: Subsidies for nursing practice. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(spe):e3810, <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6276.3810>.
8. 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 Transgend Health*. 2022;23:51–259, <http://dx.doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
9. American Psychiatric Association. Gender dysphoria. En: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. Washington D. C.: APA; 2022 [consultado 15 Dic 2023]. Disponible en: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x14_Gender_Dysphoria
10. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health*. 2012;13:165–232, <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
11. Arcelus J, Bouman WP, van den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015;30:807–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.
12. Caimari Jaume M, Castells Torrens L, Cerdà Dezcallar I, Estrada Cuxart J, Lafau Marchena J, Mulet Martínez CP, et al. Protocolo integral de atención sanitaria a personas trans* en las Islas Baleares. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2019 [consultado 5 Dic 2023]. Disponible en: https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19045/PROTOCOLO%20TRANS*_ESP.pdf?sequence=2&isAllowed=y
13. Garnier M, Ollivier S, Flori M, Maynié-François C. Transgender people's reasons for primary care visits: A cross-sectional study in France. *BMJ Open*. 2021;11:e036895, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036895>.
14. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) [Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN)]. *Endocrinol Nutr*. 2012;59:367–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2012.02.001>.

15. Servicio Canario de la Salud. Protocolo de atención sanitaria a personas Trans* [Internet]. 1.^a ed. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias; 2019 [consultado 18 Dic 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b4afca28-5543-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>
16. Feldman J, Deutsch MB. Primary care of transgender individuals. En: Shefner JM, editor. Waltham, MA: UpToDate; 2023 [consultado 5 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals>
17. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: New models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021;42:2439–54, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>.
18. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013;169:471.
19. Ott J, Aust S, Promberger R, Huber JC, Kaufmann U. Cross-sex hormone therapy alters the serum lipid profile: A retrospective cohort study in 169 transsexuals. *J Sex Med*. 2011;8:2361–9.
20. Dutra E, Lee J, Torbati T, Garcia M, Merz CNB, Shufelt C. Cardiovascular implications of gender-affirming hormone treatment in the transgender population. *Maturitas*. 2019;129:45–9.
21. 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*. 2017;102:3869–903.
22. Radix A, Deutsch MB. Bone health and osteoporosis [Internet]. San Francisco: University of California; 2016 [consultado 18 Dic 2023]. Disponible en: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/bone-health-and-osteoporosis>
23. Weaver CM, Alexander DD, Boushey CJ, Dawson-Hughes B, Lappe JM, LeBoff MS, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporos Int*. 2015;27:367–76.
24. Nik-Ahd F, de Hoedt A, Butler C, Anger JT, Carroll PR, Cooperberg MR, et al. Prostate cancer in transgender women in the Veterans Affairs Health System, 2000–2022. *JAMA*. 2023;329:1877–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.6028>.
25. Nik-Ahd F, Anger JT, Cooperberg MR, Freedland SJ. Prostate cancer is not just a man's concern - The use of PSA screening in transgender women. *Nat Rev Urol*. 2023;20:323–4, <http://dx.doi.org/10.1038/s41585-023-00780-9>.
26. 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*. 2020;9:2771–85, <http://dx.doi.org/10.21037/tau-20-954>.
27. Pinna F, Paribello P, Somaini G, Corona A, Ventriglio A, Corrias C, et al. Mental health in transgender individuals: A systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34:292–359, <http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>.
28. Aristegui I, Zalazar V, Radusky P, Cardozo N. De la psicopatología a la diversidad: salud mental en personas trans adultas. *Rev Perspect Psicol*. 2022;17:21–31.
29. Gómez-Gil E, Simulionyte E, Balcells-Oliveró M, Valdés M, Salamero M, Guillamón A, et al. Patterns of alcohol, tobacco, and illicit drug use among transsexuals. *Adicciones*. 2019;31:189–95, <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.945>.
30. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addict Behav*. 2017;72:151–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.022>.
31. Moreno-Pérez O. Transexualidad: control del tratamiento. En: Audi Parera L, Granada Ybern M, Berlanga Escalera E, editors. *Función androgénica en el laboratorio*. Barcelona: Comité de Comunicación de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular; 2010.