

Guía de Tratamientos

de modificación corporal

hormonal para personas trans*

Destinado a profesionales médicxs de los equipos de salud del primer y segundo nivel

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**



Autoridades

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Axel Kicillof

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Daniel Gollan

Subsecretario de Atención de la Salud de las Personas

Dr. Nicolas Kreplak

Directora Provincial de Equidad de Género en Salud

Dr. Sabrina Balaña del Caro

Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud

Lic. Carla Giuliano

Autora:

Dra. Marina Elichiry. Médica especialista en Medicina General y Familiar. Postítulo Programa de Actualización en Comunicación Género y Sexualidades (UBA). Becaria de Capacitación del Ministerio de salud de la CABA tema Competencias de investigación en Residencias de Medicina General y Familiar: desarrollo de un dispositivo docente para la formación de residentes. Co-coordinadora del curso Ética médica y atención de la salud de personas trans* en el marco de la Cátedra libre de estudios Trans*, UBA. Integrante de la delegación activista de parte de GATE¹ al 25° simposio de la WPATH. Equipo técnico del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Colaboradorxs:

Dra. Cecilia Marzoa. Médica especialista en Medicina General y Familiar, referente del Consultorio amigable de Chivilcoy.

Dra. Claudia Capandegui. Médica especialista jerarquizada en Ginecología, especialista en Ginecología Endocrinológica y de la Reproducción, médica de planta del Servicio de Tocoginecología del Hospital Gutiérrez de La Plata, coordinadora del Grupo de Reasignación genital del Servicio de Urología del Hospital Gutiérrez de La Plata, Miembro de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva.

Dra. Eleonora Lamm. Subdirectora de Derechos Humanos, Suprema Corte de justicia de Mendoza. Investigadora del CONICET. PhD. Doctora en Derecho y Bioética por la Universidad de Barcelona (UB). Máster en Bioética y Derecho (UB). Máster en Derecho de Familia (UB). Abogada egresada de la Facultad de Derecho, UNCuyo. Miembro del Comité Nacional de ética en la Ciencia y la tecnología. Coordinadora del doctorado en derecho de las familias, Universidad de Mendoza.

Lic. María Valeria Branca. Trabajadora Social, docente de la cátedra Investigación Social I de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de la Plata, equipo técnico del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad en Sexual de la Provincia de Buenos Aires.

Equipo técnico de la Secretaría de Gestión del Conocimiento del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Revisorxs Externxs:

Prof. Blas Radi. Activista trans, docente e investigador en la Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Becario doctoral (CONICET). Docente en la Cátedra de Gnoseología y co-coordinador de la Cátedra Libre de Estudios Trans*.

Dra. Cecilia Calvar. Médica especialista en Endocrinología y Metabolismo. Profesora adjunta de la Universidad del Salvador. Directora asociada de la carrera de especialista en Endocrinología y metabolismo de la UBA, subsede Fernández, unidad académica Churruca. Jefa del servicio de Endocrinología y médica a cargo del Consultorio de Salud Integral de Personas Trans del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Miembro de la Sociedad Argentina de Endocrinología, Endocrine Society, European society of Endocrinology y WPATH, tesorera de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN)

Dra. Mariela Espósito. Médica pediatra. Sala de Endocrinología y Equipo de atención integral de Niñxs Trans del Hospital Sor María Ludovica de La Plata.

¹ *Global Action for Trans* Equality*

Lic. Mauro Cabral Grinspan. Director ejecutivo de Global Action for Trans* Equality (GATE), miembro de Justicia Intersex, signatario de los Principios de Yogyakarta, co-coordinador de la Cátedra Libre de Estudios Trans*.

Dra. Silvia Chera. Médica especialista en Medicina General y Familiar, Coordinadora general de las residencias de Medicina General y Familiar de la Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional CABA, Equipo técnico del Sistema Nacional de Residencias de la Dirección de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación, responsable unidad docente de la Cátedra de Medicina Familiar de la UBA (Hospital Tornú), miembro de la Asociación Metropolitana de Generalistas y Equipo de Salud (AMES) en la Federación Argentina de Medicina General, coautora de Métodos Anticonceptivos Guía Práctica para profesionales de Salud (2014), Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud
Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
Av. 51 N° 1120- La Plata
0221-4292968

Índice

■ Glosario	6
■ Introducción	7
■ Alcance de la guía	9
■ Abordaje conceptual	13
Sistema binario: la construcción de los géneros	13
Definiciones	15
■ Consideraciones sobre el marco jurídico	17
■ Consideraciones generales para la atención integral de la salud de la población trans*	19
Recomendaciones generales para el examen físico	20
Atención integral a mujeres trans, travestis, otras feminidades trans y NB	20
Atención integral a hombres trans, otras personas trans-masculinas y NB	21
■ Tratamientos de modificación corporal hormonal	23
Recomendaciones generales para lxs médicxs que realizan Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal	23
Fertilidad y tratamiento hormonal cruzado luego de la supresión puberal	24
Recomendaciones clínicas para iniciar TMCH	25
Evidencia	27
■ Tratamientos de modificación corporal hormonal para mujeres trans, travestis, otras personas trans-femeninas y NB	29
Consideraciones generales del tratamiento	29
Monitoreo de TMCH con estrógenos y anti-andrógenos	32
Evidencia:	34
■ Tratamientos de modificación corporal hormonal para hombres trans, otras personas trans-masculinas y NB	36
Consideraciones generales del tratamiento	36
Monitoreo de tratamiento de TMCH con testosterona:	38
Evidencia:	40
■ Interacciones medicamentosas	41
Interacciones con Terapia Antirretroviral	42
■ Bibliografía	44

Glosario

ACO	Anticonceptivos Combinados Orales
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
APA	Asociación Estadounidense de Psiquiatría
ATTTA	Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CCyC	Código Civil y Comercial de la Nación
DMO	Densitometría mineral ósea
EE	Etinil estradiol
EL PROGRAMA	Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual
FSH	Hormona folículoestimulante
GPC	Guía de Práctica Clínica
GnRH	Hormona liberadora de Gonadotropina
HDL	Lipoproteína de alta densidad
HTA	Hipertensión Arterial
ITS	Infección de transmisión sexual
LDL	Lipoproteína de baja densidad
LGTB	Lesbiana Gay Trans* ² Bisexual
LH	Hormona luteinizante
LIG	Ley de Identidad de Género
NB	No binarix
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Papanicolaou/ Citología cervical
PSA	Antígeno prostático específico
SADI	Sociedad Argentina de Infectología
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TA	Tensión arterial
TMCH	Tratamiento de modificación corporal hormonal/Tratamiento cruzado
TSH	Hormona tiroestimulante/Tirotropina
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

² La categoría Trans* se utiliza operativamente a lo largo del texto para hablar de aquellas personas cuyo género es distinto del asignado al nacer. Esta categoría no indica necesariamente la adscripción identitaria de las personas, cuyas identidades de género pueden ser travesti, trans, transexual, transgénero, hombre, mujer, no binarie, género fluido, entre otras que resultan incluidas en la categoría Trans*.

Introducción

El presente documento tiene como objeto sistematizar una serie de recomendaciones, con la mejor evidencia disponible, en lo que respecta a los tratamientos de modificación corporal hormonal, así como aspectos de la atención integral de la salud de las personas trans*. Esta guía apunta a facilitar la toma de decisiones de lxs profesionales médicxs y mejorar los procesos de atención clínica a fin de disminuir su variabilidad. Asimismo, resulta un insumo de importancia a la hora de elaborar políticas públicas en materia de diversidad sexual. Con esta guía se busca promover la participación activa de las personas trans* que se encuentren en tratamiento con hormonas, favoreciendo su autonomía en la toma de decisiones y su responsabilidad en el cuidado de su salud.

Se destacan los eventos en los cuales se busca incidir con este documento:

- Mejorar la accesibilidad de las personas trans* al sistema de salud, a cuidados de salud integrales y específicos de calidad.
- Promover el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género en los procesos de atención, tanto en el respeto de las diversas formas de transitar el género como en la utilización de los instrumentos de registro.
- Promover la autonomía y las decisiones informadas.
- Mejorar la satisfacción de las personas trans* que concurren a los servicios de salud.
- Evitar o minimizar daños en la salud de las personas trans* que se encuentran realizando Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal.
- Evitar la medicalización.
- Evitar gastos médicos innecesarios.
- Evitar la patologización de las personas trans*.

Se priorizan los siguientes ejes:

- Características de los tratamientos de modificación corporal hormonal con estrógenos y antiandrógenos para mujeres trans, travestis, otras personas trans-femeninas y NB.
- Características de los tratamientos de modificación corporal hormonal con andrógenos para hombres trans, otras personas trans-masculinas y NB.
- Seguridad a corto y largo plazo de los regímenes de tratamientos de modificación corporal hormonal.

Se definió utilizar como insumo para este documento guías internacionales de elevada calidad a través de su adaptación al contexto de nuestro país, para basar la práctica clínica en la mejor evidencia científica disponible. La presente guía fue elaborada teniendo en cuenta los estándares metodológicos propuestos por la Colaboración AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe) a través del instrumento AGREE II³.

La razón para describir los esquemas de hormonización en dos bloques diferenciados entre tratamientos para hombres, otras personas trans-masculinas y NB, y para mujeres, otras personas trans-femeninas y NB⁴ responde a la necesidad de presentar de manera clara y accesible a lxs profesionales

³ The AGREE Collaboration. *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation*. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>

⁴ No binarixs

de la salud la descripción de los distintos esquemas de TMCH más habitualmente usados, así como facilitar la identificación de recomendaciones claves. **Esta subdivisión se efectúa sin perjuicio del reconocimiento de las experiencias vitales y de modificación corporal hormonal de las personas que no pertenecen a dichos géneros, reconociendo así la no adscripción al binomio de género de personas no binarias, género fluido, género neutro, queer u otras, que en muchos casos requieren dichos tratamientos, siendo los esquemas recomendados los que se describen en esta guía adecuados a las metas personales.**

En este documento se utilizará el término trans* para referirse a aquellas personas que se identifican con un género distinto al asignado al nacer, a modo de categoría analítica. En este término general se incluyen a las personas cuyas identidades pueden ser: trans, transexual, travesti, transgénero, no binarias, hombre, mujer, o la que corresponda en cada caso. Es relevante enfatizar que las identidades no se vinculan a conceptos biomédicos ni al pasaje por procesos de modificación corporal hormonal, quirúrgica o de rectificación registral, sino que remiten a la adscripción identitaria y/o política que las personas hacen de ellas. Cabe manifestar, entonces, que si bien las categorías que se mencionan aluden en principio a identidades de género, se utilizan también a lo largo de este documento como un recurso analítico y no necesariamente reflejan las identidades de género “empíricas” de quienes las experimentan (Radi, 2018).

Alcance de la guía

Propósito y objetivo general de la guía

Este documento tiene como propósito sistematizar las prácticas terapéuticas de inicio, control y seguimiento de los TMCH para personas trans* adultas y/o adolescentes que hayan completado la pubertad y que soliciten esta práctica.

El objetivo general es generar recomendaciones basadas en evidencia actualizada de la mejor calidad disponible a fin de alcanzar el propósito mencionado. Se proporciona orientación sobre los TMCH para personas trans*, así como otros aspectos de la salud integral.

Este documento se realizó a partir de un proceso de adaptación de guías internacionales de elevada calidad y elaboración propia, teniendo en cuenta el marco normativo vigente en Argentina. En este sentido, se excluyen de la adaptación aquellos fragmentos y consideraciones que patologizan las trayectorias trans.

Población objetivo de la guía

Población trans* que desea iniciar o se encuentra en TMCH. La población objetivo está constituida por personas trans* que soliciten y consientan los TMCH y que hayan completado la pubertad. De acuerdo con el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, las personas mayores de 16 años pueden consentir autónomamente cualquier tratamiento relativo a su salud y las personas que tienen entre 13 y 16 años (Saldivia Menajovsky, 2018), pueden consentir de manera autónoma salvo que el tratamiento comprometa su estado de salud o presente riesgo grave (Fernández, Herrera y Lamm, 2017) para su vida o integridad física, en cuyo caso deben consentir con el asentimiento de sus tutorxs legales.

Población de usuarixs

Este documento está dirigido a médicxs con actividad asistencial en el primer y segundo nivel de atención: médicxs generalistas, de familia, clínicxs, ginecólogxs, endocrinólogxs, hebiatrxs, entre otrxs.

Se incluye además, información para otrxs integrantes de los equipos de salud como profesionales de las disciplinas de enfermería, farmacia, psicología, trabajo social e integrantes del equipo de salud vinculadxs con tareas de promoción y prevención.

Asimismo, la presente guía dispone de información relevante para las personas trans* en tratamiento o que deseen información sobre el tema.

Planteamiento del problema

En lo que respecta a los TMCH en la población trans* en Argentina, según un estudio realizado por ATTTA y Fundación Huésped (2014), el 68% de las 452 mujeres trans entrevistadas mencionaron haber realizado tratamientos hormonales. En más de la mitad de estos casos las hormonas fueron administradas por cuenta propia y **sólo en el 19,8% de los casos este procedimiento fue bajo supervisión de unx profesional**. Además, más de la mitad de las entrevistadas manifestó haber utilizado aceites industriales para modificar su corporalidad (61,2%) fuera del ámbito médico. En cuanto a la población trans masculina que participó de la muestra, el 33,7% afirmó haber realizado tratamiento de hormonización alguna vez y, de éste, la mitad lo realizó por su cuenta y **sólo 38,1% bajo supervisión médica** (ATTTA, 2014). Estos datos evidencian una

histórica falta de acceso a tratamientos seguros y supervisados de modificación corporal para personas trans*, con consecuencias perjudiciales y riesgos desmedidos para su salud.

A su vez, según el mismo estudio, en el ámbito de la salud se encontró que 7 de cada 10 personas trans* se atienden en el sistema público de salud. El sistema público debe garantizar la atención de la salud de las personas trans y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires trabaja para mejorar la accesibilidad a las prestaciones y la calidad de la atención.

Ante esta compleja realidad en salud de la población trans*, resulta ser una preocupación de la cartera sanitaria provincial propiciar recomendaciones con la mejor evidencia disponible sobre los TMCH.

Situación de la población trans* en Argentina

La historia de las personas trans* en Argentina está marcada por una serie de opresiones sistemáticas, exclusión, violencia, persecución, como así también de arduas luchas y experiencias de organización. Las situaciones de violencia y exclusión han atravesado todos los ámbitos de la vida civil de las personas trans: la escuela, la familia, el trato de la policía, el acceso a la salud, a la vivienda, a un trabajo formal y al resto de las instituciones.

De acuerdo con los resultados que arroja el informe “Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”, publicado por ATTTA y Fundación Huésped (2014), la mayoría de las personas trans* (hombres y mujeres) vive en hogares pobres. Además, la mayor parte de los relatos muestran cómo las personas trans* quedan sistemáticamente por fuera del sistema formal de trabajo y en el caso de las mujeres, la mayoría queda relegada al trabajo sexual prácticamente como única fuente de ingresos. Los resultados también evidencian las dificultades para completar la educación primaria y secundaria. Más de la mitad de las mujeres sexualmente activas ha sido diagnosticada con alguna infección de transmisión sexual.

En diversas fuentes⁵ se observa que hay condiciones de salud muy frecuentes en la comunidad trans* vinculadas con los prejuicios sociales y la exclusión que derivan de su identidad. Esta población se encuentra expuesta a un alto padecimiento de situaciones de violencia (de género, verbal, física, sexual, institucional), destacando que la mayoría menciona que ha sufrido discriminación por ser trans* en instituciones de salud, principalmente por médicxs. También es relevante mencionar una prevalencia aumentada de VIH en personas transfemeninas, que es de menos del 1% para la población general y del 34% para las mujeres trans (Ministerio de Salud de la Nación, 2019), condición de salud que se vincula en buena medida a las ya mencionadas situaciones de exclusión, falta de acceso al trabajo formal, así como falta de accesibilidad al sistema de salud.

Según los resultados de la investigación publicados en La Revolución de las Mariposas (Varixs autorxs, 2017), los hombres trans encuestados que refirieron haber acudido a un servicio de salud, contestaron que ninguno lo hacía por motivos de prevención. Casi el 82% lo hace por un tratamiento, principalmente hormonal. Estos datos evidencian la necesidad de seguir creando estrategias en el sistema de salud para promover los cuidados y controles de salud periódicos de las personas trans masculinas. **Esto requiere, por ejemplo, cambiar el paradigma de los consultorios ginecológicos y consejerías de Salud Sexual y Reproductiva, dejando de considerarlos espacios exclusivamente de mujeres, con el fin de facilitar el acceso de hombres trans y otras personas trans-masculinas a controles ginecológicos, obstétricos, consultorios de interrupción legal del embarazo, anticoncepción, etc.** Con respecto a la expectativa de vida de las personas trans, la población encuestada en La Gesta del Nombre Propio (2005) estaba concentrada en franjas etarias menores a 41 años. Más de 10 años después

⁵ Indec, inadi (2012), ATTTA, Fundación Huésped (2014)

-Ley de Identidad de Género de por medio- la franja de 42 a 51 años aumentó, sin embargo sigue siendo una cantidad limitada de personas y ha sido prácticamente imposible de censar la presencia de personas trans* de más de 61 años. Estos números alarmantes sugieren una expectativa de vida significativamente menor de la expectativa de la población general de Argentina, aunque aún se carece de datos fehacientes. La institución médica, en particular, ha tenido un papel fundamental en la estigmatización que ha sufrido la comunidad trans, principalmente a través de la patologización de estas identidades mediante diagnósticos como "Trastornos de la identidad sexual" o "Disforia de Género", incluidos en sus manuales de trastornos mentales (CIE de la OMS y DSM de la APA). El 18 de junio de 2018, en el proceso de elaboración de la nueva versión de la CIE 11, la OMS eliminó de la lista de los trastornos mentales la transexualidad, siendo un triunfo de las organizaciones internacionales de personas trans⁶. Este hito debe traducirse en la modificación de los criterios para reconocer la identidad de las personas trans en los distintos países del mundo, así como permitir el acceso a TMCH o tratamientos quirúrgicos, sólo con el pleno consentimiento informado, sin obstáculos ni diagnósticos.

Beneficios sanitarios esperados

La guía contribuye a uniformar el criterio clínico entre lxs diferentes profesionales médicxs del primer y segundo nivel de atención que se encuentran realizando TMCH. El documento tiene como finalidad mejorar y optimizar su desempeño y la satisfacción y bienestar de lxs usuarixs trans* del sistema de salud.

Desarrollo metodológico

Luego de una amplia búsqueda bibliográfica, se escogió la siguiente guía de práctica clínica para su adaptación: "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline" (Hembree et al. 2017). La elección de la misma estuvo condicionada por su elevada calidad metodológica, por ser la revisión sistemática más actualizada y por el sistema de calificación de la evidencia y las recomendaciones (GRADE). Cabe destacar que dicha guía fue confeccionada con el sustento de dos revisiones sistemáticas, la primera sistematiza la evidencia disponible sobre el efecto del uso de las hormonas en los lípidos y eventos cardiovasculares en personas trans*. La segunda revisión sistematiza la evidencia disponible sobre los efectos de los esteroides sobre la salud ósea de las personas trans*. La calidad de la evidencia en ambos casos era de baja a moderada, lo cual indica que se requieren evaluaciones y diseños más rigurosos sobre la efectividad y seguridad de los protocolos endocrinológicos.

El proceso riguroso de adaptación de dicha guía se vio dificultado por las recomendaciones y criterios de inclusión/exclusión que atañen a diagnósticos psiquiátricos, los cuales resultan patologizantes y son contrarios al derecho a la identidad de género y a las garantías al acceso integral a la salud que establece la ley 26.743. Por este motivo, todas las recomendaciones, criterios de inclusión o exclusión al tratamiento y exámenes vinculados a los diagnósticos psiquiátricos establecidos en la citada guía fueron excluidos del presente documento. **El Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual, por medio del presente documento, insta a eliminar los obstáculos para el acceso a la salud de las personas trans*, así como los circuitos patologizantes que obligan a mantener entrevistas o seguimientos con equipos de salud mental de manera obligatoria y sistemática, sin sustento clínico ni demanda de la persona, para acceder a los TMCH.**

⁶ Para mayor información: Stop Trans Pathologization. Disponible en: <http://stp2012.info/old/es>

En el contexto del desarrollo del presente documento, un metodólogo del equipo de la Secretaría de Gestión del Conocimiento llevó adelante una revisión sistemática específica para conocer la seguridad de la terapia hormonal en personas trans*, para evaluar la existencia de nueva evidencia y la necesidad de una actualización de la GPC mencionada. Con este fin, se realizó una búsqueda exhaustiva en inglés y español en PubMed, Google, Google Scholar, LILACS. Se seleccionaron las revisiones sistemáticas más actualizadas y de mejor calidad metodológica (AMSTAR) y que hayan considerado cualquier aspecto de la seguridad de la terapia hormonal en personas trans. La revisión sistemática seleccionada fue utilizada como pivot y utilizada en el software epistemonikos.org para construir una matriz con todas las revisiones sistemáticas que compartieran al menos el 30% de los estudios primarios. Se extrajeron los datos, tanto para mujeres como para hombres trans, para los siguientes eventos adversos: enfermedad tromboembólica, enfermedad cardiovascular, enfermedad oncológica, enfermedad metabólica. Se revisaron 1.167 estudios por título y resumen. Se seleccionaron 67 estudios para análisis de texto completo. Finalmente, se incluyeron para la evaluación de resultados 3 revisiones sistemáticas que sirvieron como pivot para el armado de matriz de evidencia epistemonikos. Las recomendaciones de la guía seleccionada, Hembree et al. 2017, son consistentes con los hallazgos de la revisión sistemática realizada. Por lo tanto, se pueden adoptar las recomendaciones de la GPC de la Endocrine Society. La presente guía aborda los TMCH para personas trans* en el primer y segundo nivel de atención.

Conflictos de interés

La autora no declara conflictos de interés.

Financiamiento

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha financiado el desarrollo, coordinación e implementación de este documento guía.

Actualización

Se prevé una actualización en dos años, acorde a las actualizaciones que surjan.

Aplicabilidad

El Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual, desde su creación sostiene programas de capacitaciones continuas para equipos de salud de toda la provincia de Buenos Aires. Estas capacitaciones incluyen lineamientos atinentes a buenas prácticas para la atención integral de la salud de la población trans* y TMCH para personas trans*. Asimismo tiene a cargo la provisión de insumos, instrumentos de registro y monitorización de dichas prácticas, con el fin de favorecer la implementación de las recomendaciones para TMCH y mejorar la accesibilidad de la población trans* a los tratamientos específicos e integrales de salud.

Abordaje conceptual

Sistema binario: la construcción de los géneros

Las ideas y conceptos relativos al género y al sexo que conocemos se basan en una concepción occidental colonial que es binaria, dimórfica, y considera que existen dos polos opuestos: hombre-mujer, masculino-femenino, macho-hembra.

El género se construye socialmente con la influencia de diversas instituciones y dispositivos: la escuela, la institución médica, la familia, los medios masivos de comunicación, cine, obras de arte y literatura, juguetes y juegos, disfraces y hasta con los insultos. Todos ellos reiteran mensajes con respecto a cómo debe ser una mujer y cómo debe ser un hombre, afianzando los estereotipos de género. Así se construye la idea de que las niñas y mujeres deben tener una personalidad sumisa, débil, maternal, cuidadora, pasiva, obediente, silenciosa, frígida, emocional; por el contrario los hombres deben ser racionales, valientes, violentos, prácticos, celosos, viriles. A través de los medios masivos de comunicación se refuerzan los estereotipos de feminidad y masculinidad, en términos de modelos hegemónicos de belleza y de hegemonía corporal. Durante la infancia a niños y niñas se les asignan roles diferenciados, se les permiten distintos juegos, juguetes y deportes. A estos niños pretendidamente varones se los cría en la “masculinidad”, reforzando por medio de los insultos lo que nunca deben ser: “maricón, puto, nenita, llorón”. De este modo, desde la primera infancia se establecen y refuerzan los códigos del género y de la cisheterosexualidad.

En los procesos de escolarización se producen y reproducen modelos de masculinidad y de feminidad y de una (hétero) sexualidad deseada por la sociedad, a través de diversas estrategias de disciplinamiento; lo dicho, lo no dicho, lo que se esconde, castigos y premios (Louro, 2007).

Tal como señalan Kessler y McKenna (1978), que nuestras representaciones acerca del género partan de la base de que se trata de dos bloques binarios y dicotómicos, significa que se considera que las diferencias sexuales y los géneros son opuestos, exhaustivos y excluyentes entre sí, es decir, que no se superponen en sus características y que agotan el universo de posibilidades del género y la sexualidad. Esta construcción binaria produce asimetría, desigualdad de oportunidades, alienta la violencia y la marginación de las personas que no adscriben a los cánones de los géneros y la sexualidad deseables y pretendidamente “normales”, produciendo discriminación, exclusión y violencia.

Con respecto al rol del dispositivo de control médico en el disciplinamiento de la sexualidad y los cuerpos, el mismo tradicionalmente es responsable de inaugurar un sexo y un género al nacer a través de la observación subjetiva y arbitraria de las características genitales, con la lente normalizadora de la ciencia y la cultura actual. En ese momento, el profesional de la salud interviniente asegurará haber reconocido una “nena” o un “nene” en unos genitales que serán asociados a una de las dos opciones posibles que entiende la ciencia y que agotan las posibilidades: pene o vagina. Esta asignación compulsiva de sexo y género al nacer, se constituye como el primer momento institucional en donde la estructura binaria del género se inscribe en nuestros cuerpos. El lado más violento de la “normalización” médica, corresponde a las cirugías genitales que se efectúan sobre los cuerpos de bebés y niños intersex cuando los genitales no resultan “adecuados” para los estándares culturales y médicos de lo que un genital masculino o femenino debería ser. En estos casos se realizan múltiples cirugías e intervenciones (como dilataciones de la neovagina en la infancia, clitorrectomía, penectomía, etc.) para que esos genitales encajen en la norma dimórfica. Posterior o concurrentemente a estas cirugías, se suele asignar a ese bebé un sexo y género legal que de manera lineal se corresponda con los genitales resultantes de la intervención

médica. Dichas prácticas quirúrgicas son repudiadas por los colectivos de personas intersex adultas⁷ y deberían eliminarse hasta que la persona pueda dar pleno consentimiento de dichas intervenciones, y acceder si las desea. En los principios 17 y 18 de los Principios de Yogyakarta, se insta a garantizar que “todas las personas estén informadas y su autonomía sea promovida a fin de que puedan tomar sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género (...) asegurar que el cuerpo de ninguna criatura sea alterado irreversiblemente por medio de procedimientos médicos que procuren imponerle una identidad de género sin su consentimiento pleno, libre e informado” (Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007).

La asignación inmediata y arbitraria no sólo de un género sino también de un sexo al nacer, evidencia que el sexo anatómico mismo, su propia presunta dicotomía, son producto de una lectura ideológica (Cabral y Maffia, 2009) dado que el universo de posibilidades biomédico –pene/vagina- excluye muchas corporalidades intersex, que existen y son parte del enorme abanico de genitalidades posibles. Es decir, la dicotomía no se reproduce sólo en la atribución de géneros sino también en la atribución dimórfica de la genitalidad o “sexo”. Por tal razón, cuando los genitales del recién nacido no se consideran apropiados para encarnar a una mujer o a un hombre, es decir con una vagina profunda o un pene lo suficientemente grande, se “corrigen” quirúrgicamente en la primera infancia, produciendo daños físicos y psíquicos irreversibles a estas personas.

La institución médica posteriormente refuerza la construcción dicotómica sexo-genérica en los controles de salud infantil (estatura y peso normales según el “sexo”, control de genitales “adecuados a la edad y sexo”, juegos que se practican y se alientan en dichos controles). También afianza los roles y estereotipos de género a través de asignar responsabilidad en las adolescentes y mujeres cis con respecto a la anticoncepción y controles de hijxs, con la violencia obstétrica sistemática (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2016), con la obstrucción de la interrupción legal del embarazo y la presunción de heterosexualidad en las consultas ginecológicas. Tempranamente en la ecografía obstétrica al afirmar que se espera una “nena” o un “nene” por visualizar un órgano eréctil más o menos grande, se pone en marcha para la familia el dispositivo cultural del género: el color de las ropas que se comprarán, de la habitación, juguetes, y hasta un posible “novio” o “novia” infantil.

La medicina occidental y la ciencia en general, tienen un discurso biologicista y positivista, que conduce a rastrear constantemente las “raíces biológicas” de las diferencias entre hombres y mujeres, en una búsqueda por el “verdadero género” de las personas, como si existiera una verdad a descubrir, produciendo intensos daños en las personas cuyas corporalidades varían del promedio, o de la norma. Es importante remarcar entonces, que no sólo el género sino también el sexo o genitalidad, son construcciones culturales que si bien se afirma tienen dos posibilidades, varían en el espectro de una diversidad de cuerpos y experiencias que no tiene sentido categorizar ni listar de manera exhaustiva, dado que la realidad es un universo de posibilidades que aún las ciencias médicas aparentemente no han comprendido.

Resulta fundamental comprender que la adquisición de un sexo y un género por los dispositivos mencionados, así como el tránsito por procesos de generización (de ser educadx en y de vivir en un género) ocurren en todas las personas, sean cis o trans, y que corresponde problematizar estas categorías en todos los aspectos de la salud integral de las personas, y no sólo en las producciones sobre salud de personas trans*.

⁷ Para mayor información, ver: Declaración de San José de Costa Rica, 2018. Disponible en: <https://justiciaintersex.org/2018/04/02/Declaracion-de-San-José-de-Costa-Rica/>

Definiciones

Asignación sexo genérica al nacer

Se realiza en el momento del nacimiento en base a la observación directa de los genitales externos. Se registra en el casillero "sexo" del documento nacional de identidad, como "F" o "M". No necesariamente se corresponde con el género con el cual se identificará la persona.

Expresión de género

Es la forma en que, en ocasiones, se expresa y/o comunica el género al resto de la sociedad, a través de la indumentaria, accesorios, corporalidad, cabello largo o corto. No necesariamente la expresión responde a los estereotipos que la sociedad espera de hombres o mujeres.

Identidad de género

Es la vivencia personal que cada cual tiene sobre su género, y puede coincidir o no con aquel asignado al nacer. "La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo." (Ley de Identidad de Género, 2012)

Intersexualidad

Las personas intersex son aquellas nacidas con una anatomía genital que varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente (Cabral, 2005).

Las personas intersex frecuentemente son sometidas a tratamientos médicos y quirúrgicos, a una temprana edad, para modificar sus cuerpos y genitales con la finalidad de adaptar las formas corporales a las nociones de lo que se cree debería ser un cuerpo típicamente masculino o femenino, sin su consentimiento previo informado (Declaración de San José de Costa Rica, 2018) y habitualmente sin justificación biomédica.

La intersexualidad no es un género⁸ ni una orientación sexual.

Orientación sexual

Hacia qué personas se orienta el deseo afectivo y/o sexual; puede ser hacia personas del mismo género (homosexualidad), del otro género (heterosexualidad), de ambos (bisexualidad), así como sin distinción de a qué tipo de personas se orienta el deseo (pansexualidad), sin deseo hacia otras personas (asexuales), etc. El género de una persona no determina su orientación sexual.

Personas trans*

Aquellas personas cuya identidad de género es distinta al género asignado al nacer. Se incluye bajo esta categoría analítica, a lo largo del texto, a las identidades trans, travesti, transgénero, transexual, no binarias y otras.

Personas cis

Aquellas personas cuya identidad de género coincide con el género asignado al nacer.

⁸ Excepto personas que siendo intersex consideran esta misma categoría como una identidad.

Género fluido/ no binario/ género neutro/ queer

Personas que no adscriben al binario de género, es decir, que no se identifican como hombres ni como mujeres. Estas personas también pueden solicitar tratamientos hormonales o quirúrgicos para adecuar sus características físicas a su vivencia personal del cuerpo.

Prácticas sexuales

Prácticas de la sexualidad a través de las cuales se obtiene placer. Por ejemplo, sexo anal, sexo oral-genital, sexo oral-anal, penetración, tribadismo o frotación, fisting, etc. Las mismas no dependen de la identidad de género ni de la orientación sexual.

Heteronormatividad

Régimen social y político, según el cual la forma aceptable y normal de expresión de los deseos y de la identidad es la heterosexualidad, presuponiendo que lo masculino y lo femenino existen y que son complementarios. Habitualmente las personas que transgreden estos supuestos resultan marginadas y serán vulnerables a padecer procesos de discriminación, invisibilización y violencia.

Cisexismo

Sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales vertebrado por el prejuicio de que las personas cis son mejores, más importantes, más auténticas que las personas trans* (Radi, 2015).

Consideraciones sobre el marco jurídico

La Ley de Identidad de Género (LIG) 26.743 fue sancionada en el año 2012 y establece el derecho a la identidad de género. Además, en su artículo 11, reglamentado en el año 2015, se reconoce el derecho al libre desarrollo personal. Dicho apartado establece el derecho a acceder a la salud integral, así como a prácticas específicas para la población trans*: cirugías y tratamientos hormonales para modificaciones corporales, a través de un proceso adecuado de consentimiento informado, sin diagnósticos patologizantes y sin obstáculos. Dichas prestaciones se incorporan al conjunto de prestaciones esenciales del Programa Médico Obligatorio, por lo que es responsabilidad del estado, de las obras sociales y prepagas garantizar y cubrir tales prácticas en un ciento por ciento, lo cual queda reglamentado en la resolución 3159/2019.

En otros puntos remarcables la LIG establece el derecho a la identidad de género (art. 1), incluye el derecho a ser tratadx y registradx en los instrumentos de las instituciones con su nombre, género e imagen. Además determina la obligación de ofrecer un trato digno (art. 12) respecto del género y del nombre de pila adoptado por la persona, sea adultx o niñx, aunque no coincidan con los consignados en el documento de identidad. Por último, permite la rectificación registral mediando sólo su solicitud, en el Registro de las Personas, sin diagnósticos, trámites judiciales ni otros obstáculos.

Con respecto a la edad de la persona para otorgar consentimiento, el Código Civil y Comercial de la Nación, establece que desde los 16 años lxs adolescentes son consideradxs personas adultas para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo (Art. 26). Por este motivo, pueden acceder a los procedimientos que habilita la Ley Nacional 26.473, prescindiendo de los requisitos etarios que esta última prevé en su art. 11, ya que los procedimientos (terapias hormonales o intervenciones quirúrgicas) hacen a la vivencia sentida del género.

Así, lo dispuesto en el artículo 11 de la LIG tuvo que aggiornarse a lo dispuesto por el artículo 26 del CCyC que se refiere al ejercicio de los derechos por parte de niñxs y adolescentes. Para armonizar ambas normas, el Ministerio de Salud de la Nación convocó a una Mesa de Trabajo que concluyó con la Resolución 65-2015 del 09/12/2015 publicado en el Boletín Oficial el 08/01/2016 que hoy está plenamente vigente. Esta resolución establece que los principios constitucionales pro persona y pro minoris, implican preferir la aplicación del artículo 26 del CCyC que resulta más protectorio del ejercicio de los derechos de niñxs y adolescentes.

Entre los trece y los dieciséis años, de acuerdo con el CCyC la edad para otorgar un consentimiento autónomo puede variar, dado que se considera que tienen aptitud para decidir por sí mismxs respecto de aquellos tratamientos que no sean invasivos⁹, comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave para su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos, que comprometen su estado de salud, integridad o su vida, deberá prestar consentimiento con asistencia de sus progenitorxs o tutorxs legales.

De esta manera, a partir de los 16 años, existe equiparamiento a la mayoría de edad para este tipo de prácticas. Entre los 13 y los 16, de acuerdo con el tipo de intervención, la regla deberá ajustarse: las prácticas como las intervenciones quirúrgicas, pueden solicitarse hasta los 16 años, únicamente con la asistencia de sus progenitorxs o personas que ejerzan roles de cuidado y acompañen el proceso¹⁰.

⁹ En este contexto, el criterio de 'invasividad' utilizado por el artículo 26 CCyC debe leerse como tratamientos de 'gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud.

¹⁰ En lo que respecta al término "progenitores" empleado en el artículo 26 CCyC, debe ser interpretado de forma que permita que las personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado puedan participar y acompañar al NNyA en el proceso de consentimiento informado y toma de decisiones sanitarias.

Asimismo es fundamental que sean respetados los derechos reproductivos de las personas que solicitan terapias hormonales y/o cirugías de modificación corporal. Por ello, **es imprescindible que reciban información completa sobre los efectos que dichas intervenciones pueden producir en relación con la fertilidad, a fines de garantizar la libertad de toma de decisiones en relación a los derechos tanto sexuales como reproductivos.**

Con respecto a la despatologización que impulsa la LIG, en la misma línea, la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, establece en su art. 3 que “en ningún caso puede establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de elección o identidad sexual”. Asimismo, la despatologización se ve cimentada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos que afirma que los actos y normas discriminatorias basadas en la orientación sexual o en la identidad de género de las personas están proscritos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹¹.

Como antecedentes de la LIG caben mencionar los Principios de Yogyakarta, publicados en el año 2006, que posteriormente resultaron actualizados por los Principios de Yogyakarta + 10 en el año 2017. Dicho documento recoge principios relativos a la aplicación de legislación internacional a cuestiones vinculadas a la identidad de género y orientación sexual, entre otras.

¹¹ Opinión consultiva oc-24/17 solicitada por la República de Costa Rica. Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Consideraciones generales para la atención integral de la salud de la población trans*

En el marco de dar respuesta a las necesidades en salud de la población trans* y a la LIG en Argentina, la creación de “consultorios amigables”, es decir específicos para la comunidad trans* y/o LGTB, ha sido una estrategia para promover y facilitar la accesibilidad de dichos colectivos al sistema de salud. Sin embargo, el propósito de esta guía y del Programa en general, es promover la atención integral a toda la población desde una perspectiva de género y de diversidad sexual, en todos los niveles del sistema de salud. De esta forma, el objetivo es contar con equipos de salud sensibilizados y capacitados para reconocer la existencia de múltiples experiencias identitarias y sexuales, a fin de promover atención en salud libre de prejuicios para toda la población.

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a las personas trans* en todos los niveles y efectores de salud, se propone una serie de recomendaciones:

1. Respetar el nombre y el género enunciados por la persona, aunque difieran de los consignados en el DNI. Esto debe respetarse también en los instrumentos de registro de las instituciones de salud.
2. No presumir la orientación (hétero) sexual ni las prácticas sexuales de las personas que consultan.
3. Garantizar la confidencialidad y el secreto médico de aquello que acontezca en el espacio de la consulta.
4. No patologizar las identidades trans: la interconsulta sistemática con salud mental no es una práctica adecuada. La identidad de género y orientación sexual no pueden resultar en diagnósticos.
5. No reproducir el cisexismo y el binarismo de género en los efectores de salud. Por ejemplo, incluir a los hombres trans en la cartelería y en el universo simbólico de los consultorios y servicios de Salud Sexual y Reproductiva, así como a las mujeres trans en los servicios de Urología. No reducir a un género las prácticas en salud.
6. Comunicar la atención respetuosa y específica de este colectivo en las instituciones de salud a través de material gráfico de difusión como afiches, folletos en la mesa de entrada, u otras estrategias que mejoren la accesibilidad.
7. Promover la autonomía de las personas que consultan, a través de decisiones plenamente informadas.
8. Evaluar deseos de maternidad/paternidad/xaternidad, y asesorar sobre opciones de fertilidad, así como posibles efectos reversibles o irreversibles de las intervenciones médicas.
9. Utilizar lenguaje neutro en términos de género cuando se habla sobre órganos genitales internos y/o externos, así como caracteres sexuales secundarios. Consultar la forma en que cada persona nombra sus genitales, para respetar la vivencia personal de su cuerpo.
10. No considerar la orientación o identidad de género como “factores de riesgo” para las ITS. La solicitud de serologías debe ser según las recomendaciones para la población general, evaluando las prácticas de riesgo.
11. Ofrecer los exámenes periódicos de salud y vacunación según recomendaciones para la población general, incluyendo controles cardiovasculares y recomendaciones de hábitos saludables en el estilo de vida: cesación tabáquica, actividad física aeróbica, dieta saludable.

Recomendaciones generales para el examen físico

Durante el examen físico, lxs profesionales de salud deben realizar un abordaje respetuoso y que afirme el género de la persona.

Esto incluye llamar a la persona por su nombre y utilizar los artículos y pronombres correctos.

También puede incluir utilizar terminología general para algunas partes del cuerpo, especialmente aquellas consideradas caracteres sexuales, así como preguntar si hay algún término que prefieran para nombrar dichos órganos.

La examinación sólo debe realizarse en aquellos órganos pertinentes según el motivo de consulta.

Previo a un control genital o ginecológico consensuar el procedimiento que se realizará explicando todos sus pasos. Avisar qué va a sentir, ofrecer un entorno privado y seguro, permitir unx acompañante de confianza durante la consulta de ser posible.

La hormonización no requiere examinación ni medición genital o mamaria previo ni durante el tratamiento.

Las modificaciones corporales deseadas puede ser referidas por la persona bajo tratamiento, y no deben ser objetivadas como parte del TMCH por lx médicx o equipo de salud, salvo expresa solicitud de lx usarix.

Atención integral a mujeres trans, travestis, otras feminidades trans y personas NB¹²

Recomendaciones generales en salud integral:

- Asesorar sobre tratamientos seguros de modificación corporal y contar con recurso de instituciones que los brinden. Desaconsejar tratamientos inseguros de modificación corporal, con énfasis en la inyección de aceites industriales.
- Si modificó su cuerpo a través de inyecciones de silicona líquida, aceites industriales u otra sustancia: controlar y prevenir lesiones en piel. Desaconsejar aplicación de medicación transdérmica o inyectable en zonas afectadas.
- Asesorar en métodos anticonceptivos (preservativo o vasectomía) si desea y corresponde.
- Recomendar, si corresponde, uso correcto de preservativo y/o barrera de látex .
- Controles de neovagina: realizar especuloscopías anuales de control.
- Mamografía: Se sugiere que las mujeres trans que realizan TMCH, que no tienen riesgo aumentado conocido de cáncer de mama, sigan las recomendaciones de rastreos de las guías de práctica clínica para mujeres cis (Hembree, 2017).
- Truqueo: En esta práctica, los testículos suelen ser introducidos en el canal inguinal y el pene se mantiene comprimido sobre el periné, gracias a ropa interior u otros elementos específicos, que en algunos casos

¹² Asignadxs al sexo masculino al nacer

pueden ser cintas adhesivas. El truqueo a veces puede favorecer lesiones dermatológicas, traumáticas o dolor. Dar pautas de alarma para prevenir y detectar lesiones genitales.

Especuloscopia de una neovagina

La anatomía de una neovagina en una mujer trans cuya técnica quirúrgica fue la inversión del colgajo del pene presenta como características que es un fondo de saco, no presenta cérvix y es seca, sin lubricación natural. Las neovaginas requieren higiene habitual debido a que no tienen flora saprófita y existe el riesgo de colonización por diversos microorganismos. Además es necesaria lubricación para mantener relaciones sexuales con penetración y dilataciones para mantener el diámetro y profundidad, habitualmente de por vida. En algunos casos en que no se puede utilizar la técnica de inversión del pene, se realiza una neovagina "húmeda", que es aquella realizada con un segmento de colon. La misma tiene lubricación y suele requerir menos dilataciones. (Deutsch, 2016)

En los controles se deben buscar lesiones sugerentes de infección micótica, bacteriana, tumoraciones, lesiones por VPH, soluciones de continuidad, fístulas, y cualquier otra lesión, para continuar el estudio y tratamiento correspondiente.

Atención integral a hombres trans, otras personas trans-masculinas y NB¹³

Recomendaciones generales en salud integral:

- Ofrecer los controles y consejerías que correspondan en torno a las siguientes cuestiones: embarazo, Interrupción legal del embarazo, PAP, métodos anticonceptivos, métodos de barrera, anticoncepción de emergencia, etc.
- Si usan elementos para aplanar el pecho, desaconsejar el uso de cinta adhesiva y/o vendas elásticas. Sugerir el uso de binders¹⁴ de telas respirables. Recomendar su uso el menor tiempo posible al día para evitar atrofia de piel y lesiones. Sugerir no usarlas al momento de dormir, en lo posible. Se requiere higienizar y secar pliegues inter y submamaros antes y después de usarlo, a fin de evitar infecciones. Dar pautas de alarma para reconocer lesiones en piel. Sugerir precaución durante la actividad física, usando elementos no muy compresivos para evitar restricciones en la mecánica respiratoria.
- Si presenta molestias vaginales, resequedad o dispareunia, tener en cuenta que los tratamientos androgénicos suelen producir atrofia vaginal. El tratamiento se realiza con estrógenos locales, que no perjudican el tratamiento sistémico con testosterona. Puede recomendarse realizar dicho tratamiento quince días antes de un control ginecológico, para prevenir las molestias.
- La atrofia vaginal y resequedad producto del tratamiento crónico con testosterona sumado a prácticas sexuales penetrativas pueden producir lesiones y el consiguiente aumento de riesgo de contraer VIH y

¹³ Asignadxs al sexo masculino al nacer

¹⁴ Fajas o camisas diseñadas especialmente para comprimir las mamas

otras ITS. Explicar estos riesgos y recomendar, si corresponde, uso correcto de preservativo para sexo receptivo anal, oral y vaginal. Barrera de látex para sexo oral.

- Explicitar el riesgo de embarazo en caso de mantener prácticas receptivas vaginales con personas con pene, sean hombres cis, mujeres trans u otrxs, dado que el tratamiento crónico con testosterona no es un método anticonceptivo eficaz.
- **Papanicolaou:** el rastreo es de acuerdo a las recomendaciones generales para personas con cuello de útero y vagina en guías nacionales e internacionales. Se sugiere especificar el uso crónico de testosterona al remitir el PAP, por posibles cambios atróficos. Es fundamental implementar estrategias para facilitar la accesibilidad y comodidad (ver Recomendaciones generales para el examen físico) de los hombres trans y NB a dicha práctica preventiva, dada la baja frecuencia de tal estudio en hombres trans (Peitzmeier SM, 2014) y la mayor prevalencia de tomas inadecuadas de PAP, posiblemente atribuible a la incomodidad e inadecuada relación médicx-paciente (Peitzmeier et al., 2014).
- **Mamografía:** si no pasó por una mastectomía radical¹⁵, se sugiere solicitar la mamografía según recomendaciones en guías nacionales e internacionales para mujeres cis. Si realizó mastectomía o masculinización de tórax, se debe evaluar individualmente, según la cantidad de tejido remanente, la necesidad de usar un método de screening y el estudio más adecuado para el caso.
- **Amenorrea:** la mayoría de los hombres trans y personas NB que utilizan testosterona alcanzan la amenorrea dentro de los 6 meses de tratamiento, habitualmente por la atrofia del endometrio que produce la testosterona. **En caso de ser una meta del usuario y no resultar suprimido el sangrado, puede optimizarse la dosis de testosterona, o sumarse un progestágeno para tal fin.** Además, estos tratamientos resultan relevantes para aquellxs usuarixs que no usen testosterona pero deseen alcanzar la amenorrea.

Los progestágenos pueden inducir y mantener la amenorrea, sin embargo, en algún porcentaje pueden producir sangrados irregulares, principalmente en los primeros meses de tratamiento debido a cambios vasculares en el endometrio. Personas con menstruaciones abundantes pueden requerir una dosis alta de progestágeno a nivel local (como el dispositivo intrauterino con levonorgestrel o SIU), mientras personas con sangrados menos abundantes pueden responder a dosis orales continuas de progestágenos, o AMPD inyectable (Carswell, 2017), entre otros. En algunos casos el uso ininterrumpido de estrógenos combinados con progestágenos (ACO) puede ser una forma efectiva de estabilizar el endometrio para aquellos hombres trans que no sientan rechazo a usar dicha hormona (Carswell, 2017). En todos los casos resulta sumamente relevante la decisión de el usuario según sus antecedentes y la vía preferida.

¹⁵ La mastectomía radical no es la cirugía de masculinización de tórax recomendada actualmente dados sus resultados estéticos poco satisfactorios, sin embargo, algunos hombres trans adultos pasaron por dicha cirugía a falta de mejores opciones en el pasado.

Tratamientos de modificación corporal hormonal

La hormonización consiste en la administración de distintos fármacos con la finalidad de atenuar ciertos caracteres sexuales secundarios y físicos no deseados, con el propósito de afirmar el género vivido. El proceso comprende dos aspectos: por un lado, la desaparición y/o atenuación de las características físicas socialmente atribuidas al género asignado al nacer y por otro, la inducción de ciertas características físicas deseadas. En este sentido, los tratamientos tienen como objeto:

- Reducir los niveles de hormonas endógenas y por lo tanto los caracteres sexuales secundarios no deseados.
- Sustituir los niveles de hormonas sexuales endógenas por las hormonas administradas.
- Desarrollar y mantener ciertos caracteres sexuales secundarios respetando las metas de cada persona.

El resultado del tratamiento hormonal es variable, generando diferentes efectos en distintos tiempos para cada usuarix. Por lo tanto, los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a los deseos de cada persona, a las metas posibles de alcanzar, a su estado clínico y a la relación riesgo-beneficio. Es de fundamental importancia informar a las personas sobre las posibilidades y limitaciones de los distintos tratamientos, para prevenir expectativas no realistas.

Recomendaciones generales para lxs médicxs que realizan Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal:

- Conocer la Ley N° 26.743 de Identidad de Género y sus modificaciones.
- Comprender el contexto bio-psico-social de la persona que concurre. Se espera que lxs profesionales estén sensibilizadxs con la realidad, los términos y las problemáticas que presenta la población trans*.
- Conocer los tratamientos hormonales pertinentes y tener la competencia para iniciarlos y monitorearlos.
- Evaluar y asegurarse que la persona comprenda los efectos reversibles e irreversibles de los tratamientos hormonales antes de comenzarlos, y que preste su consentimiento plenamente informado (Hembree, 2017).
- Informar a todas las personas trans* que solicitan los tratamientos respecto a las opciones de fertilidad antes del TMCH, tanto adolescentes como adultxs. La posibilidad de potenciales efectos irreversibles debería ser enfatizada (Hembree, 2017).
- Indagar cuáles son las expectativas personales con respecto al TMCH y a los efectos deseados antes de iniciarlo, para informar sobre los plazos habitualmente requeridos, la variabilidad individual, así como

dialogar acerca de las expectativas que no resulten realistas. La satisfacción y resultados mejoran cuando hay expectativas claras con respecto a los efectos del tratamiento (Hembree, 2017).

- Conocer la existencia de técnicas quirúrgicas específicas para personas trans* que las deseen y los canales adecuados de derivación.
- Revisar la literatura regularmente en busca de actualizaciones y nuevos estudios, para dar una respuesta adecuada y de calidad con los recursos disponibles (Coleman, 2012).

■ Fertilidad y tratamiento hormonal cruzado luego de la supresión puberal

Las personas que están considerando usar hormonas necesitan adecuada información sobre los efectos en la fertilidad del tratamiento hormonal, para tomar una decisión informada. En el caso de las personas menores de 16 años, deberían ser acompañadas por adultxs a cargo para asistir a la discusión y decisión sobre fertilidad futura. Sin embargo, la decisión y consentimiento final al tratamiento deben provenir de lxs usuarixs, respetando siempre las edades para otorgar consentimiento autónomo, las cuales están establecidas en el artículo 26 del CCyC (Fernández, Herrera y Lamm, 2017), que prevé la posibilidad de consentir autónomamente tratamientos no invasivos y que no pongan en riesgo la vida o integridad física, en adolescentes entre 13 y 16 años.

Algunxs niñxs y adolescentes trans* pueden haber realizado tratamientos de supresión puberal usando análogos de GnRH. Dicho tratamiento es reversible y seguro, aunque la producción espermática y desarrollo del tracto reproductivo en la adolescencia temprana en niñas trans son insuficientes para criopreservar el esperma. La producción de esperma puede iniciarse si se interrumpe el bloqueo puberal, lo cual habitualmente se acompañará del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que se estaban inhibiendo. Debe notarse que no hay datos en esta población acerca del tiempo requerido para una espermatogénesis suficiente para recolectar esperma adecuado para posterior fertilidad (Hembree, 2017).

En mujeres trans, cuando el tratamiento hormonal cruzado comienza en una fase tardía de la pubertad o en la adultez, la espermatogénesis suele ser suficiente para criopreservación y almacenamiento del esperma. La exposición prolongada de los testículos a estrógenos podría asociarse con daño testicular. La re-instauración de la espermatogénesis luego de un tratamiento con estrógenos prolongado no ha sido estudiada.

Por otro lado, es importante remarcar que el tratamiento de bloqueo puberal de niñas trans en estadios puberales tempranos puede generar un desarrollo peneano que resulte en tejido insuficiente para vaginoplastías de inversión. Debe informarse junto

con datos sobre otras técnicas quirúrgicas posibles.

Los varones trans pueden no tener efectos adversos al ser tratados con supresión puberal. Deberían ser informados de la falta de evidencia disponible acerca de la ovulación espontánea o respuesta a la inducción de ovulación luego de una supresión puberal prolongada.

En hombres trans y NB, los efectos del tratamiento prolongado con testosterona sobre los ovarios es incierto. Hay reportes, que deben reconocerse, de una incidencia aumentada de ovario poliquístico en varones trans, tanto antes como luego del tratamiento androgénico (Hembree, 2017). Han sido reportados en múltiples ocasiones embarazos exitosos de hombres trans que han realizado tratamiento androgénico prolongado (MacDonald et al, 2016; Light et al, 2014).

■ Recomendaciones clínicas para iniciar TMCH

Los dos objetivos principales de la terapia hormonal son:

- 1) Reducir los niveles de hormonas endógenas y así los caracteres sexuales secundarios no deseados que se atribuyen socialmente al género asignado al nacer.
- 2) Reemplazar los niveles de hormonas sexuales endógenas por las que serán administradas, usando los principios del tratamiento de reemplazo hormonal de personas con hipogonadismo.

El momento de inicio y la edad a la cual comenzar el tratamiento cruzado hormonal está determinado en colaboración entre la persona que busca el tratamiento y el equipo de salud, en base a los deseos y la situación de salud de la persona que consulta.

- Las personas trans* suelen tener altas expectativas con respecto a los cambios físicos esperables del TMCH. Las expectativas realistas acerca del tiempo requerido para los cambios esperados y las variaciones individuales pueden prevenir daños potenciales y gastos en procedimientos innecesarios.
- Todas las personas que solicitan TMCH deberían ser informadas de todos los riesgos y beneficios de los esquemas de tratamiento antes de iniciar la terapia.
- Indagar sobre auto-hormonización previa sin controles médicos. En caso de haber existido, ajustar el esquema a uno recomendado y evaluar riesgos y daños asociados al esquema autoadministrado.
- **Las condiciones médicas que pueden ser exacerbadas por la depleción hormonal o por el TMCH deben ser evaluadas y consideradas antes de comenzar el tratamiento (Hembree, 2017). Dado que aún falta evidencia para hacer recomendaciones fuertes con respecto a las contraindicaciones de los TMCH, y difieren en diversas guías, se recomienda evaluar la presencia de antecedentes según el riesgo de eventos adversos y decidir el TMCH en función de la evaluación riesgo-beneficio para cada persona (Ver Tabla 1). Se ofrecen además las contraindicaciones sugeridas por Coleman (2012) para evaluar los riesgos individuales asociados al inicio de TMCH.**

- **Se sugiere realizar un examen clínico y laboratorio basal antes de comenzar el tratamiento de hormonización, de las mismas características que los solicitados para monitoreo de cada tratamiento, incluyendo LH y FSH de ser accesibles.**

- Se deben evaluar los niveles hormonales durante el tratamiento para asegurarse que las hormonas endógenas estén suprimidas y que las hormonas suministradas para el TMCH sean mantenidas en el rango fisiológico normal del género vivido, con el objetivo de asegurar la aparición de efectos deseados y disminuir el riesgo de eventos adversos.

- Recomendar hábitos saludables a las personas que desean iniciar el TMCH, haciendo énfasis en la cesación tabáquica, alimentación saludable y actividad física aeróbica, con el fin de minimizar el riesgo de tromboembolismo y complicaciones cardiovasculares. Lxs médicxs en particular deben tener en cuenta **el consumo de tabaco, ya que se asocia con un mayor riesgo de trombosis venosa, incrementada aún más con el uso de estrógenos.**

- La interconsulta con cardiología es recomendable para usuarias con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular conocida (Coleman, 2012).

- Para personas adolescentes o adultas, si existen importantes condiciones de salud física o mental, deben ser razonablemente bien controladas para iniciar la hormonización (Coleman, 2012).

Tabla 1: **Condiciones médicas que pueden ser exacerbadas por el TMCH (Hembree, 2017)**

Tipo de tratamiento	Muy alto riesgo	Moderado riesgo
Tratamientos con estrógenos (Mujeres Trans, travestis, otras feminidades y NB)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad tromboembólica 	<ul style="list-style-type: none"> • Macroprolactinoma • Cáncer de mama • Enfermedad coronaria • Enfermedad cerebrovascular • Colelitiasis • Hipertrigliceridemia
Tratamientos con testosterona (Hombres Trans, otras personas trans-masculinas y NB)	<ul style="list-style-type: none"> • Eritrocitosis (hematocrito >50%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción hepática severa (transaminasas > 3 veces el límite superior de lo normal) • Enfermedad coronaria • Enfermedad cerebrovascular • Hipertensión arterial • Cáncer de mama o útero.

- Desaconsejamos el uso auto-administrado de hormonas sin controles médicos e información adecuada, por los riesgos para la salud que conlleva.

- Aquellas personas que reciben tratamiento hormonal y que tienen contraindicaciones relativas para dichas hormonas (por ejemplo tabaquismo, diabetes, enfermedades hepáticas, etc) deberían tener diálogo e información profunda con su médicx tratante acerca de los riesgos y beneficios de la terapia (Hembree, 2017), y un control adecuado de su enfermedad de base.

Contraindicaciones sugeridas por Coleman

Según Coleman (2012) las contraindicaciones absolutas incluyen eventos tromboticos venosos previos relacionados con una condición de hipercoagulabilidad subyacente, historial de neoplasias estrógeno-dependientes, y enfermedad hepática crónica en fase terminal. Otras afecciones médicas ya nombradas (ver tabla 1) pueden ser exacerbadas por el estrógeno o bloqueo androgénico, por lo que deben ser evaluadas y estar razonablemente bien controladas antes de iniciar la terapia hormonal (Feldman y Safer, 2009; Hembree et al, 2009).

Las contraindicaciones absolutas para la testosterona incluyen el embarazo¹⁶, enfermedad coronaria inestable y policitemia no tratada con un hematocrito de 55% o más (Carnegie, 2004). La conversión metabólica de testosterona a estrógeno puede aumentar el riesgo de cánceres en hombres trans con antecedentes de cáncer de mama u otros cánceres estrógeno dependientes (Moore et al, 2003). Por ello en estos casos la interconsulta con oncología puede ser indicada antes del uso de hormonas.

Evidencia

Datos aportados por una revisión sistemática de Weinand y Safer (2015) indican que la trombosis venosa puede ser estrógeno dependiente. Asscheman (2014) observó una tasa de 1% de trombosis venosa entre 1.075 mujeres trans en un seguimiento de 5,4 años. Sin embargo, Gooren (2008) no observó aumento de trombosis venosa entre 2.236 mujeres trans, con excepción de aquellas que usaban etinil estradiol, para quienes había una incidencia de 6-8%. Wierckx (2013) observó una incidencia de 5% de trombosis venosa, aunque la mayoría de estas personas tenían al menos un factor de riesgo para tromboembolismo venoso como tabaquismo, inmovilización o trastorno de hipercoagulabilidad. Wierckx (2012) observó una incidencia de 6% de trombosis venosa luego de 11,3 años de terapia hormonal.


Con respecto a los eventos cardiovasculares, las mujeres trans parecen tener mayor riesgo de eventos vasculares comparados con controles de mujeres cis. Wierckx (2013) reportó una incidencia de infarto de miocardio en mujeres trans que era igual a la de los controles de hombres cis y mayor al de los controles mujeres cis. Tres de 214 mujeres trans experimentaron infarto de miocardio dentro de los dos años de tratamiento con estrógenos. Asimismo, se observó un aumento en la enfermedad cerebrovascular y accidente isquémico transitorio entre las mujeres trans (5 de 214 en terapia con estrógenos).

Un meta-análisis del año 2017 halló evidencia que sugiere que el TMCH en hombres trans podría aumentar los niveles de LDL y TG, así como disminuir niveles de HDL. En mujeres trans la evidencia muestra un aumento en los TG (Maraka et al, 2017).

Con respecto a las enfermedades oncológicas, la revisión sistemática no observó incremento en la prevalencia de cáncer entre personas trans en tratamiento hormonal.

Con respecto a la mortalidad, no se observó aumento de la mortalidad directa por TMCH en adultxs trans en la mayoría de los estudios. Sin embargo, Asscheman (2011) reportó que a 18,5 años de seguimiento las mujeres trans tuvieron un 51% de aumento de la mortalidad comparado con la población general. Este

¹⁶ Dado que no se conoce su seguridad.



aumento en la mortalidad fue atribuido a la incidencia aumentada de suicidio, SIDA, abuso de sustancias y enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, la mayoría de los estudios reportaron aumento de la resistencia a la insulina y glucosa en ayunas en personas trans* en tratamiento hormonal. Wierckx (2014) observó un aumento en diabetes tipo 2 entre las mujeres y los varones trans. Se halló un aumento de osteopenia en mujeres trans en tratamiento hormonal.

Con respecto al aumento de riesgo de adenoma pituitario y prolactinoma, se hallaron seis casos descritos en la literatura.

Tratamientos de modificación corporal hormonal para mujeres trans, travestis, otras personas trans-femeninas y NB¹⁷

Consideraciones generales del tratamiento:

El régimen hormonal para mujeres trans y otras personas trans-femeninas (no orquidectomizadas) suele ser un esquema combinado de estrógenos más antiandrógenos (Ver Tabla 2). El tratamiento con dosis fisiológicas sólo de estrógeno habitualmente es insuficiente para suprimir los niveles de testosterona al rango habitual para mujeres cis (Hembree, 2017).

Existen múltiples medicaciones que se pueden adjuntar. Hay experiencia con progestinas con actividad anti-androgénica y análogos de GnRH (Dittrich et al, 2005), aunque la limitante en el caso de los últimos es el alto costo. La espironolactona bloquea directamente los andrógenos durante la interacción con sus receptores y también podría tener actividad estrogénica (Levy et al., 1980). El acetato de ciproterona, un compuesto progestacional con propiedades antiandrogénicas, es ubicuamente utilizado en Europa.

Los inhibidores de la 5 α -reductasa, como el finasteride, no reducen los niveles de testosterona y se han descrito eventos adversos permanentes (Chiriaco et al., 2016), por lo que no serían de primera elección (Hembree, 2017). Sin embargo, el finasteride puede resultar una opción válida cuando no se toleran o no están indicados los otros antiandrógenos. También en aquellas personas que buscan una feminización parcial, o en quienes desarrollan un tipo de calvicie androgénica indeseada, aún con tratamientos antiandrogénicos u orquiectomía (Deutsch, 2016). En caso de indicación, la dosis recomendada como antiandrógeno es de 1 a 5mg diario.

Las mujeres trans y otras personas trans-femeninas mayores de 40 años se verían favorecidas con el uso de estradiol por vía transdérmica, por saltar el primer paso hepático que incrementaría el riesgo de tromboembolismo venoso.

Entre las opciones de estrógenos, **el riesgo aumentado de eventos tromboembólicos parece asociado a etinil estradiol¹⁸ específicamente, razón por la cual recomendamos que no se utilice en ningún esquema de hormonización de personas trans*** (Hembree, 2017).

Tabla 2: Regímenes hormonales de estrógenos y antiandrógenos (Hembree 2017)

	Fármaco	Dosis
Estrógenos	Oral: estradiol	2.0 – 6.0 mg/d
	Gel al 0.06%	0.75 a 1.5mg/d
Antiandrógenos	Espironolactona	100-300mg/d
	Acetato de ciproterona	25-50 ¹⁹ mg/d
	Agonista GnRH	3.75mg subcutáneo mensual u 11.25mg subcutáneo cada 3 meses

¹⁷ Asignadxs al sexo masculino al nacer

¹⁸ Componente de los anticonceptivos hormonales combinados

¹⁹ Hay experiencia utilizando hasta 100mg al día de manera segura. Una vez conseguido un resultado satisfactorio se intenta mantener el efecto terapéutico con una dosis menor, siendo a menudo suficiente tomar 25 mg dos veces al día.

Posología

- ESTRADIOL GEL 0.06% (60mg 17-B-estradiol/100g gel)

Cada pulso del aplicador dispensa 1.25 g de gel que contiene 0.75mg de 17-B-estradiol. Aplicar sobre piel sana, limpia y seca. Se sugiere aplicar sobre una superficie extensa de piel, como brazos, antebrazos, hombros, muslos y abdomen. No aplicar en mamas o genitales. Lavar las manos antes y después de aplicar. No colocarse la ropa inmediatamente para permitir la adecuada absorción. Suspender el uso 24hs previo a la extracción de sangre para control hormonal.

-VALERATO DE ESTRADIOL 2mg GRAGEAS

El valerato de estradiol es una prodroga del 17-B-estradiol humano natural. Se toma por vía oral, sin masticar, preferentemente a la misma hora todos los días. Si la dosis es mayor a 2mg se sugiere dividir en dos tomas al día (Deutsch, 2016)

Reacciones adversas

ESTRADIOL

Aumento o disminución de peso, síntomas gastrointestinales, ACV, tromboembolismo venoso, ictericia colestásica, adenoma hepático, cefalea, migraña, náuseas, tensión mamaria, irritabilidad, pesadez de miembros inferiores, edema, cambios de humor, acné, calambres, fatiga, riesgo de cánceres hormonodependientes, disminución de la libido, entre otras

ACETATO DE
CIPROTERONA

Cansancio, adinamia, trastornos de la función hepática, en casos raros tumores hepáticos, infertilidad, disfunción eréctil²⁰, tromboembolismo, empeoramiento de depresión crónica, estado de ánimo depresivo, disnea, cambios de peso corporal, meningioma, diabetes, anemia, fatiga, sudoración.

ESPIRONOLACTONA

Síndrome de Stevens-Johnson, erupciones cutáneas, compromiso hepático, ictericia, arritmias, hiperpotasemia, náuseas, síntomas gastrointestinales, confusión, mareo, cambios en la libido, alteración de los electrolitos, hiponatremia dilucional, leucopenia, trombocitopenia, dolor mamario, agranulocitosis, fiebre, ataxia, hemorragia digestiva, gastritis, carcinomas de mama han sido reportados pero no se conoce la relación causa-efecto, acidosis hiperclorémica leve y reversible, disfunción renal, calambres.

²⁰ En algunas personas puede ser un efecto deseado.

Resultados esperados del Tratamiento de Modificación Corporal Hormonal:

Los cambios físicos que pueden ocurrir en los primeros tres a doce meses de terapia con estrógenos y antiandrógenos incluyen: disminución del vello facial y corporal, disminución de la oleosidad de la piel, crecimiento del tejido mamario, redistribución de la grasa corporal, puede aparecer disminución de la libido y de las erecciones espontáneas. El desarrollo mamario es generalmente máximo luego de dos años de iniciar el tratamiento hormonal. Luego de un largo período, la glándula prostática y los testículos se atrofian (Hembree, 2017).

Hay una gran variabilidad de efectos posibles de obtener con el tratamiento hormonal según las personas, tal como ocurre durante el desarrollo puberal. Habitualmente el desarrollo mamario es una meta importante para las mujeres trans. Utilizando estrógenos el resultado puede no ser el esperado si no se transmiten adecuadamente los efectos reales de la hormonización y sus limitaciones. Hay mujeres trans que reportan una mejoría anecdótica del tamaño de las mamas, del humor o del deseo sexual con el uso de progestágenos. Sin embargo, **no hay aún estudios bien diseñados sobre el rol de los progestágenos en regímenes de hormonización, por lo tanto no pueden recomendarse (Hembree, 2017).**

Es fundamental conocer cuáles son las expectativas individuales con respecto al tratamiento y a los efectos deseados para dialogar acerca de la posibilidad de alcanzarlos y de los plazos necesarios. Por otro lado, hay efectos esperables que pueden ser deseados para algunas personas y no deseados para otras.

Tabla 3: Efectos del esquema de hormonización con estrógenos y antiandrógenos (Hembree, 2017)

Efectos	Inicio (meses) ²¹	Máximo efecto ²²
Redistribución de la grasa corporal	3-6	2-3 años
Disminución de la masa muscular	3-6	1-2 años
Más suavidad de la piel/ Piel menos grasa	3-6	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1-3	3-6 meses
Disminución erecciones espontáneas	1-3	3-6 meses
Disfunción sexual eréctil	variable	variable
Crecimiento mamario	3-6	2-3 años
Disminución volumen testicular	3-6	2-3 años
Disminución producción esperma	desconocido	>3 años
Disminución de la velocidad de crecimiento y grosor del vello corporal	6-12	>3 ²³ años
Cambios en la voz	Ninguno	²⁴

²¹ Las estimaciones están basadas en observaciones clínicas. Ver Toorians et al. (2003), Asscheman et al. (1988), Gooren et al. (1985)

²² *Ibidem.*

²³ La remoción completa del vello no deseado suele requerir electrolisis, tratamiento láser o ambos.

²⁴ La educación de la voz por fonoaudiólogos es más efectiva.

Se sugiere que lxs médicxs a cargo reseñen y repasen con las personas que solicitan tratamiento el tiempo de aparición y plazos de los cambios físicos deseados inducidos por el tratamiento hormonal. En ocasiones es útil contar con una copia de la Tabla 3 en consultorio para repasarla juntxs. El tratamiento en mujeres trans adultas no produce cambios en el esqueleto, incluyendo el tamaño de manos, pies y estatura.

Es importante remarcar que los efectos posibles de alcanzar dependen de componentes genéticos de la persona, ambientales y de la edad de inicio de dicho tratamiento. Cuando el tratamiento hormonal cruzado se inicia luego de un bloqueo puberal con agonistas de GnRH habitualmente los resultados físicos son mejores que cuando el tratamiento de hormonización se inicia luego de completada la pubertad, dado que en este caso se desarrollan los caracteres secundarios no deseados de manera irreversible (Cohen-Kettenis et al, 1997; Smith et al, 2005).

■ **Monitoreo de tratamiento de modificación corporal hormonal con estrógenos y anti-andrógenos**

El TMCH en personas trans* trae aparejados muchos de los mismos riesgos que las terapias de reemplazo hormonal en personas cis. **Los riesgos provienen y son agravados por el uso inadvertido o intencional de dosis suprafisiológicas o dosis inadecuadas para mantener valores fisiológicos de hormonas en sangre.** (Hembree, 2017)

El control clínico y de laboratorio previo al inicio del tratamiento y el apropiado monitoreo clínico regular están recomendados antes y durante el tratamiento de manera periódica.

El equipo médico debe realizar una meticulosa anamnesis y examen físico orientados a la detección de eventos adversos, que debe incluir tanto la evaluación clínica como la de laboratorio. Se deben evaluar signos de insuficiencia cardiovascular y enfermedad tromboembólica venosa a través de **la medición de la tensión arterial, peso y pulso, auscultación cardio-respiratoria y examen de miembros inferiores** (Coleman, 2012). También se deben garantizar las consejerías y rastreos de rutina recomendados para personas adultas como consejo anti-tabaco, rastreo de depresión, etc.

■ **Recomendaciones (Hembree, 2017)**

- Se recomienda monitoreo clínico y de laboratorio regulares para valorar los efectos esperables y los posibles eventos adversos al tratamiento. Cada tres meses durante el primer año, semestral el segundo año y luego una o dos veces al año.
- Se sugiere monitorear periódicamente los niveles de prolactina en personas tratadas con estrógenos.
- Se recomienda evaluación para factores de riesgo cardiovasculares utilizando perfil lipídico, rastreo de diabetes y según el caso otras herramientas diagnósticas.
- Se sugiere que se estudie la densidad mineral ósea si existen factores de riesgo para osteoporosis, específicamente en aquellas personas que detienen el TMCH luego de una gonadectomía, ya que podría aumentar su riesgo de pérdida de masa ósea.
- Se recomienda que el equipo médico responsable del TMCH colabore con las decisiones de lxs cirujanxs con respecto al uso de hormonas antes, durante y después de una cirugía, debido a que hay preocupación con respecto a si la terapia estrogénica puede causar riesgo aumentado de trombosis venosa durante o luego de la cirugía (Hembree 2017). Habitualmente se recomienda la suspensión de todo tratamiento de hormonización 30 a 45 días previos a cualquier intervención quirúrgica.
- La Tabla 4 contiene un plan estándar de monitoreo para personas trans* con esquema de estrógenos más antiandrógenos. Los puntos clave del monitoreo de los tratamientos incluyen **evitar las dosis o**

niveles sanguíneos suprafisiológicos de estrógenos, que pueden llevar a un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica, disfunción hepática y desarrollo de hipertensión arterial. El equipo médico debería monitorear los niveles de estradiol sérico usando laboratorios idealmente con controles de calidad externos, dado que las mediciones de estradiol pueden resultar un desafío (Hembree, 2017).

Tabla 4 **Evaluación basal y monitorización de personas trans* en TMCH con estrógenos y antiandrógenos (Hembree 2017)**

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar cada 3 meses el primer año para monitorear signos apropiados de respuesta al tratamiento y evaluar el desarrollo de eventos adversos.
<ul style="list-style-type: none"> • Medir el estradiol sérico y, de ser posible, testosterona cada 3 meses.
<ul style="list-style-type: none"> a. La testosterona²⁵ sérica debería ser <50ng/dL.
<ul style="list-style-type: none"> b. El estradiol sérico no debería exceder el pico fisiológico para mujeres cis: 100-200pg/mL.²⁶
<ul style="list-style-type: none"> c. La dosis de estrógenos debe ser ajustada según los niveles séricos de estradiol

- Para usuarias que utilizan espironolactona, se recomienda monitorear los electrolitos con ionograma, especialmente potasio, cada 3 meses el primer año y luego anualmente.
- Se recomienda monitorear periódicamente los niveles de prolactina en mujeres trans tratadas con estrógenos.
- Se sugiere, con el fin de monitorizar los posibles efectos metabólicos y orgánicos, solicitar en cada examen glucemia, perfil lipídico, hepatograma, creatininemia, TSH.
- Considerar realizar una densitometría ósea basal pre-tratamiento si hay factores de riesgo para fractura osteoporótica (ej. fracturas previas, historia familiar, uso de glucocorticoides, hipogonadismo prolongado). En mujeres trans y NB de bajo riesgo en TMCH, el screening para osteoporosis debe realizarse de la misma manera que para mujeres cis, con sustento en las recomendaciones nacionales e internacionales de rastreo de osteoporosis.
- Para las mujeres trans, otras personas trans-femeninas y NB, los rastreos de rutina de cánceres están recomendados para los tejidos presentes, de la misma manera que para personas cis. **Se sugiere que las mujeres trans que no tienen riesgo aumentado conocido de cáncer de mama sigan las recomendaciones nacionales de rastreos de las guías de práctica clínica para mujeres cis.** También se considera que las mujeres trans tratadas con estrógenos sigan las recomendaciones actuales para cáncer de próstata, que actualmente no recomiendan un rastreo a toda la población, sino que entre los 55 y 69 años la decisión de realizar el test PSA debe ser una decisión individual luego de discutir los potenciales beneficios y daños con el equipo médico (Preventive Services Task Force, 2018). A partir de los 70 años se recomienda no realizar dicho rastreo para cáncer de próstata (recomendación D), dado que los riesgos superan los beneficios (Preventive Services Task Force, 2018).

²⁵ El valor de referencia puede cambiar ya que diferentes laboratorios utilizan distintos kit de medición con valores de referencia distintos

²⁶ Se desaconseja la aplicación del gel inmediatamente antes de la extracción de sangre, para evitar valores no representativos en los resultados de laboratorio.

LABORATORIO BASAL PARA TMCH CON ESTRÓGENOS + ANTIANDRÓGENOS
LH
FSH
ESTRADIOL
TSH
CREATININA
HEPATOGRAMA
PERFIL LIPÍDICO
PROLACTINA
IONOGRAMA (Si utilizará espironolactona)
GLUCEMIA
TESTOSTERONA ²⁷

LABORATORIO DE CONTROL PARA TMCH CON ESTRÓGENOS + ANTIANDRÓGENOS
ESTRADIOL
TSH
CREATININA
HEPATOGRAMA
PERFIL LIPÍDICO
PROLACTINA
IONOGRAMA (Si utiliza espironolactona)
GLUCEMIA
TESTOSTERONA

Evidencia

Como ya se mencionó, **el riesgo aumentado de eventos tromboembólicos parece asociado a etinil estradiol, razón por la cual se sugiere que no se utilice** en ningún TMCH (Hembree, 2017).

La información para optar entre las otras opciones de estrógenos está menos establecida aunque se cree que la vía oral, debido al primer paso hepático, podría ser más trombogénica que las vías transdérmica e intramuscular. Asimismo, el riesgo de eventos tromboembólicos es dosis-dependiente (Hembree, 2017). El equipo médico puede usar los niveles de estradiol sérico para monitorear el estradiol oral y transdérmico. El uso de estrógenos conjugados o estrógenos sintéticos no puede ser monitoreado por análisis de sangre. **Lxs médicxs tratantes deberían medir el nivel de estradiol y de ser posible el nivel de testosterona sérica y mantenerlos en el rango para mujeres cis adultas pre menopáusicas.** Las preparaciones transdérmicas pueden conferir una ventaja en las mujeres trans mayores, quienes pueden tener mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (Hembree, 2017), particularmente en mayores de 40 años (Gooren, 2008).

El tromboembolismo venoso puede ser una complicación seria. Se reportó un aumento de 20 veces de enfermedad tromboembólica en una cohorte de personas trans* en Holanda (Van Kesterenet al, 1997). Este aumento parece asociado con el uso de etinilestradiol. La incidencia disminuyó luego de la cesación de administración de etinil estradiol (Van Kesteren et al, 1997). Así, el uso de estrógenos sintéticos, especialmente etinil estradiol, es indeseable por la imposibilidad de regular la dosis midiendo los niveles séricos y por el riesgo de enfermedad tromboembólica (Hembree, 2017). En un estudio austríaco, la administración de TMCH a 162 mujeres trans y 89 varones trans no se asoció con tromboembolismo venoso a pesar de un 8 y 5.6% de incidencia de trombofilia, respectivamente (Ott *et al.*, 2010). Un

²⁷ Las GPC a menudo sugiere determinar testosterona total, sin embargo se puede solicitar también testosterona libre o biodisponible, que son más representativas de los andrógenos disponibles para actuar sobre los órganos blanco.

estudio internacional más reciente, reportó sólo 10 casos de trombosis en una cohorte de 1073 personas (Asscheman *et al.*, 2014).

Por otro lado, la terapia estrogénica puede incrementar el crecimiento de las células lactotropas de la hipófisis. Ha habido varios reportes de prolactinomas hallados luego de terapia estrogénica a largo plazo y a altas dosis (Hembree, 2017). **Más del 20% de las mujeres trans tratadas con estrógenos pueden tener elevaciones de los niveles de prolactina asociados con agrandamiento de la glándula pituitaria. En la mayor parte de los casos, los niveles séricos de prolactina regresarán a los valores normales con una reducción o discontinuación de la terapia estrogénica o discontinuación del acetato de ciproterona** (Gooren, 1985; Nota, 2017; Bunck, 2009). Los niveles de prolactina basales deberían obtenerse previo inicio del tratamiento y luego durante los controles de laboratorio. Dado que los prolactinomas han sido comunicados sólo en unos pocos reportes de casos y no han sido evidenciados en grandes estudios de cohorte de personas trans tratadas con estrógenos, el riesgo de prolactinoma es posible que sea muy bajo (Hembree, 2017). Dado que los hallazgos más significativos de los microprolactinomas (hipogonadismo y a veces ginecomastia) pueden no ser evidenciables en las mujeres trans, el equipo médico puede realizar estudios de imágenes de la hipófisis en aquellas personas con niveles de prolactina persistentemente aumentados a pesar de los niveles de estrógenos estables o reducidos (Hembree, 2017). Tener en cuenta que ciertos medicamentos y enfermedades crónicas pueden elevar los niveles de prolactina.

Con respecto a los parámetros lipídicos, hay evidencia limitada para determinar si los estrógenos son protectores o perjudiciales para el metabolismo de lípidos y glucosa de las mujeres trans (Hembree, 2017). El cáncer de mama es una cuestión a tener en cuenta en las mujeres trans y otras personas transfemeninas, sin embargo han sido reportados pocos casos en la literatura. En una cohorte holandesa de 1800 mujeres trans seguidas por una media de 15 años (intervalo, 1 a 30 años), sólo se halló un caso de cáncer de mama. Los estudios actuales sugieren que la terapia estrogénica no aumentaría el riesgo de cáncer de mama en el corto plazo (<20-30 años), aunque se requieren estudios a largo plazo para determinar el riesgo real y el rol de las mamografías como método de screening (Hembree, 2017). Se considera de gran importancia evaluar el riesgo individual de cáncer de mama en base a los antecedentes personales y familiares.

En términos de salud ósea, un estudio basal sobre densitometría ósea reportó T scores menores a -2.5 en el 16% de las mujeres trans (Van Caenegem *et al.*, 2013). Estudios en varones cis adultos sugieren que el estradiol sérico se correlaciona más positivamente con la DMO que la testosterona, los estrógenos preservarían la DMO en mujeres trans que continúan con regímenes de estrógenos y antiandrógenos (Hembree, 2017). Un meta análisis del año 2017 concluyó que en hombres trans no hubo cambios significativos en la DMO con el TMCH y en mujeres trans en TMCH se halló un aumento de la DMO (Singh-Ospina 2017). No hay datos disponibles sobre fracturas en personas trans. **Aquellas que luego de una gonadectomía abandonen el tratamiento hormonal tendrían un riesgo aumentado de pérdida de masa ósea.** No ha habido estudios para determinar si lxs médicxs deberían usar los valores de referencia del género actual o del género asignado al nacer de las personas trans al evaluar la osteoporosis (por ejemplo, al usar la herramienta FRAX). Sin embargo algunxs investigadorxs usan el género asignado al nacer (asumiendo que el pico de masa ósea ya ha ocurrido en personas trans que inician la hormonización en la adultez). Esto debería ser evaluado de manera individualizada, caso por caso, hasta que haya más información disponible. Esta presunción se vuelve más dudosa por la prevalencia en aumento de personas trans que comienzan la hormonización en la pubertad o poco después. El rango esperable elegido para asesoramiento en riesgos debe basarse en la edad a la cual comenzó la hormonización y el tiempo de exposición a las hormonas. En algunos casos puede ser razonable usar un valor intermedio entre los rangos esperables para mujeres cis y para varones cis (Hembree, 2017).

Tratamientos de modificación corporal hormonal para hombres trans, otras personas trans-masculinas y NB ²⁸

Consideraciones generales del tratamiento:

Estudios clínicos han demostrado la eficacia de distintas preparaciones de andrógenos para inducir los cambios físicos deseados en hombres trans y otras personas trans-masculinas. Los regímenes para modificar los caracteres sexuales secundarios siguen el principio general de tratamiento de reemplazo hormonal de hombres cis con hipogonadismo. Tal como se indica en la tabla 5, tanto la vía intramuscular como transdérmica pueden ser utilizadas para alcanzar los valores de testosterona en el rango habitual de hombres cis (de 320 a 1000 ng/dl). **Los niveles suprafisiológicos sostenidos de testosterona aumentan el riesgo de reacciones adversas y deberían ser evitados** (Hembree, 2017).

El tratamiento con testosterona en hombres trans resulta habitualmente en un aumento de la masa muscular y disminución de la grasa, voz más grave, aumento del vello facial, posible acné, patrón de calvicie androgénica en aquellos genéticamente predispuestos, y en ocasiones aumento de la libido. Además el uso crónico de testosterona resulta en aumento del tamaño del clítoris u órgano eréctil²⁹ disminución o pérdida de la fertilidad temporal o permanente, voz más grave y cese de las menstruaciones (usualmente), así como un aumento significativo del vello corporal, particularmente en cara, pecho y abdomen. El cese de la menstruación o sangrado endometrial puede ocurrir luego de pocos meses de tratamiento con testosterona, aunque a veces puede requerir más dosis. La Tabla 6 menciona los efectos esperables del tratamiento hormonal con testosterona, así como los plazos habitualmente requeridos. **Si el sangrado uterino continúa y no es deseado, la adición de un agente progestacional u otras técnicas pueden ser ofrecidas, si se desean (ver Atención integral hombres trans, otras personas trans masculinas y NB pág. 21).**

Es fundamental conocer cuáles son las expectativas individuales con respecto al tratamiento y a los efectos deseados, para dialogar acerca de la posibilidad de alcanzarlos y de los plazos necesarios. Como también tener en cuenta que hay efectos esperables del tratamiento que pueden ser deseados para algunos usuarios, y no deseados para otros.

Se sugiere que lxs médicxs a cargo reseñen y repasen con las personas que solicitan el tratamiento el tiempo de aparición y plazos de los cambios físicos deseados inducidos por el tratamiento hormonal. Es importante remarcar que el tratamiento de hormonización con testosterona no produce cambios en el esqueleto o la altura, en hombres trans adultos.

²⁸ *Asignadxs al sexo femenino al nacer*

²⁹ *Es importante utilizar terminología lo más neutral posible cuando se trata de órganos genitales internos o externos y preguntar a la persona cómo nombrar esos órganos, así como procesos fisiológicos como la menstruación o sangrado endometrial, para disminuir las barreras simbólicas de accesibilidad a los controles ginecológicos y obstétricos, y respetar la vivencia corporal individual.*

Tabla 5: Regímenes hormonales con testosterona (Hembree, 2017)

	Fármaco	Dosis
Testosterona	Intramuscular: Enantato o cipionato de testosterona Undecanoato de testosterona ³⁰	100-200mg IM cada 2 semanas 1000 mg cada 12 semanas ³¹ (uso en rango 10-16 semanas)
	Transdérmica: Testosterona gel ³² 1%	50-100 mg/d

Posología

-TESTOSTERONA 1% (1g testosterona/ 100g gel)

Cada sobre monodosis de 5g de gel contiene 50mg de testosterona. Aplicar preferentemente por la mañana sobre una zona de piel sana, limpia y seca, en piel del abdomen, hombros o brazos. No aplicar el gel sobre los genitales. Es aconsejable dejar secar la zona antes de vestirse. Lavar las manos con agua y jabón luego de aplicar. Evitar la transferencia a través de la piel a otras personas, si esto ocurre lavar la piel con abundante agua y jabón. Para adecuada absorción postergar la ducha o baño hasta 5 ó 6 horas post-aplicación. Suspender la aplicación 24hs antes de extracción de sangre para laboratorio hormonal.

-UNDECANOATO DE TESTOSTERONA INYECTABLE INTRAMUSCULAR 1000mg/ 4ml

Se inyecta lentamente por vía intramuscular cada 10 a 16 semanas. El primer intervalo entre inyecciones puede reducirse a 6 semanas por única vez.

Efectos adversos

TESTOSTERONA | Irritación en sitio de aplicación de la presentación gel, acné, alopecia androgénica, empeoramiento de apneas del sueño preexistente, alteración de exámenes de laboratorio (como policitemia), cefaleas, hipertensión, aumento de peso, sofocos. Menos frecuentemente ansiedad, vértigo, amnesia, sequedad de piel, edema periférico, labilidad emocional, disminución o aumento de la libido, trastornos del metabolismo, condiciones psiquiátricas, mareos, síntomas gastrointestinales, artralgia, bronquitis, ronquidos, entre otras.

³⁰ 1000mg inicialmente, puede seguirse de una inyección a las 6 semanas exclusivamente en la 2da dosis, luego cada 12 semanas.

³¹ En la medida que se hayan alcanzado las metas y no se perjudique el tratamiento se puede aumentar el intervalo hasta 16 semanas.

³² Evitar la transferencia cutánea a otras personas.

Tabla 6: Efectos del TMCH con testosterona (Hembree, 2017)

Efectos	Inicio (meses)	Máximo efecto (años)
Piel más grasa/acné	1-6	1-2
Crecimiento vello facial/corporal	6-12	4-5
Alopecia androgénica	6-12	³³
Aumento masa muscular	6-12	2-5
Redistribución de la grasa	1-6	2-5
Cese de las menstruaciones	1-6	
Agrandamiento del clítoris/órgano eréctil	1-6	1-2
Atrofia vaginal	1-6	1-2
Voz más grave	6-12	1-2

■ Monitoreo del TMCH con testosterona:

El control clínico y de laboratorio previo al inicio del tratamiento y el apropiado monitoreo clínico regular deben garantizarse para iniciar el tratamiento hormonal.

El equipo médico debe realizar una meticulosa anamnesis y examen físico orientados a la detección de eventos adversos, que debe incluir **medición de la tensión arterial, índices antropométricos, auscultación cardio-respiratoria**, así como las consejerías y rastreos de rutina para adultos como consejo anti-tabaco, rastreo de depresión, etc.

Dado que la testosterona 17-alquilada por vía oral no está recomendada, no se pueden anticipar eventos de toxicidad hepática severa con el uso de testosterona transdérmica o intramuscular.

Las antiguas preocupaciones con respecto a la toxicidad hepática con testosterona han sido aliviadas con sucesivos reportes que indican que el riesgo de enfermedad hepática severa es mínimo (Hembree, 2017).

Un plan de monitoreo estándar para hombres trans y otras personas trans-masculinas en tratamiento con testosterona se ofrece en la tabla 7, e incluye algunos puntos claves como **mantener la testosterona en los niveles fisiológicos para hombres cis** y evitar efectos adversos que pudieran surgir de la terapia con testosterona excesiva, particularmente eritrocitosis, apnea del sueño, hipertensión, ganancia de peso excesiva, retención salina, alteración del lipidograma, acné quístico o excesivo (Hembree, 2017).

³³ Prevención y tratamiento como los recomendados para varones cis.

Tabla 7: **Monitoreo de TMCH con testosterona (Hembree, 2017)**

<ul style="list-style-type: none"> ● Se recomienda el monitoreo clínico y de laboratorio para valorar los efectos esperables y los posibles eventos adversos, cada tres meses durante el primer año, semestral el segundo año y luego una o dos veces al año.
<ul style="list-style-type: none"> ● Medir la testosterona sérica³⁴ cada 3 meses hasta que los niveles se encuentren dentro del rango fisiológico habitual para varones cis: <ol style="list-style-type: none"> a) Si utiliza enantato/cipionato de testosterona, los niveles de testosterona deberían ser medidos en el momento medio entre dos inyecciones. Excepcionalmente, se puede medir durante los picos para asegurarse que los niveles permanecen en rango normal. b) Para undecanoato de testosterona, la testosterona sérica debería medirse justo antes de la siguiente aplicación. Si el nivel es <400ng/dL³⁵, ajustar el intervalo entre aplicaciones. c) Para testosterona transdérmica, el nivel puede medirse cualquier día luego de una semana de uso³⁶.
<ul style="list-style-type: none"> ● Medir hematocrito, hemoglobina y hepatograma de base y cada 3 meses durante el primer año, luego una o dos veces al año. También es necesario un monitoreo de peso, TA, perfil lipídico, glucemia, creatininemia y TSH a intervalos regulares.
<ul style="list-style-type: none"> ● El rastreo de osteoporosis debería solicitarse en aquellos que, luego de la ooforectomía, detienen el tratamiento con testosterona, y aquellos que tienen factores de riesgo para osteoporosis. En hombres trans sin riesgo aumentado, el screening para osteoporosis debe realizarse según las recomendaciones nacionales e internacionales para mujeres cis.
<ul style="list-style-type: none"> ● Si conserva cuello de útero, realizar PAP con la frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Detección de Cáncer Cérvico Uterino.
<ul style="list-style-type: none"> ● Si no se realizó mastectomía radical, realizar mamografías según recomendaciones nacionales para mujeres cis. Si realizó mastectomía con reconstrucción pectoral y hay tejido mamario remanente, realizar examen físico sub y peri-areolar anual, así como mamografía³⁷ según recomendaciones para mujeres cis.

34 La mayoría de las GPC recomiendan solicitar testosterona total, sin embargo también pueden determinarse la testosterona libre o biodisponible, las cuales reflejan más sensiblemente la testosterona circulante disponible para interactuar con los órganos blanco.

35 Los valores superiores e inferiores del rango hormonal deben responder a los provistos por el laboratorio de referencia de cada institución.

36 Se desaconseja la aplicación del gel inmediatamente antes de la extracción de sangre, para evitar valores no representativos en los resultados de laboratorio.

37 U otro estudio posible, según el caso y la cantidad de tejido remanente.

LABORATORIO BASAL PARA TMCH CON TESTOSTERONA
LH
FSH
TESTOSTERONA
TSH
CREATININA
HEPATOGRAMA
PERFIL LIPIDICO
HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA
GLUCEMIA

LABORATORIO DE CONTROL PARA TMCH CON TESTOSTERONA
TESTOSTERONA
TSH
CREATININA
HEPATOGRAMA
PERFIL LIPIDICO
HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA
GLUCEMIA

Evidencia

La administración de testosterona a hombres trans resulta en perfiles lipídicos más aterogénicos, con HDL disminuida y valores de triglicéridos y LDL más altos (Hembree, 2017).

Estudios longitudinales realizados en Holanda no hallaron riesgo aumentado de mortalidad cardiovascular. En el mismo sentido, un meta-análisis de 19 estudios randomizados que evalúan el reemplazo de testosterona en hombres cis no mostró aumento en la incidencia de eventos cardiovasculares (Hembree, 2017). Una revisión sistemática de la literatura encuentra que la evidencia es insuficiente, debido a la evidencia de muy baja calidad, para permitir una valoración significativa de desenlaces importantes como muerte, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o tromboembolismo venoso en hombres trans. Se requieren investigaciones futuras para cerciorarse de los potenciales daños de las terapias hormonales.

Con respecto a la salud ósea, es importante mantener dosis adecuadas de testosterona para preservar la DMO en hombres trans. El efecto protector de la testosterona podría ser mediado por la conversión periférica a estradiol tanto sistémica como localmente en el hueso (Hembree, 2017).

En hombres trans, se realizó un gran estudio retrospectivo dirigido por el U. S. Veterans Affairs Medical Health System, que identificó siete cánceres de mama. Lxs autorxs reportaron que esto no superaba la tasa esperada de cáncer de mama en mujeres cis en esta cohorte. Además, reportaron un cáncer de mama que se desarrolló en un hombre trans tras la mastectomía con masculinización de tórax. De hecho, ha habido casos reportados de cáncer de mama desarrollados en tejido subareolar en hombres trans, luego de la mastectomía (Hembree, 2017). Esto indica la importancia de tomar medidas de prevención y detección precoz del cáncer de mama cuando hay tejido mamario remanente.

Interacciones medicamentosas

Interacciones

Las interacciones que se mencionan a continuación son las descritas en la bibliografía. Es de relevancia clínica tener en cuenta que pueden presentarse interacciones o reacciones adversas no descritas o previstas, las cuales deben ser registradas, reportadas y monitoreadas.

• Estradiol

La acción de los estrógenos puede verse afectada por la administración conjunta con medicamentos que inducen el CYP3A4 como anticonvulsivantes (carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, etc), rifampicina, griseofulvina, productos derivados de hierba de San Juan, los cuales pueden reducir las concentraciones plasmáticas de estrógenos. A su vez, los inhibidores de CYP3A4 como eritromicina, claritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir y jugo de pomelo pueden aumentar las concentraciones séricas de estrógenos. Estos esquemas pueden requerir ajustes de dosis y monitoreo estricto. En el uso con ciclosporina, puede generar aumento de la concentración sérica de ciclosporina, de creatinina o transaminasas.

Los estrógenos disminuyen el efecto de los anticoagulantes orales y pueden aumentar la frecuencia de manifestaciones tóxicas de antidepresivos tricíclicos.

La ingestión aguda de alcohol puede elevar la concentración de estradiol sérico circulante.

• Testosterona

Los andrógenos pueden disminuir la glucemia y requerir menos dosis de insulina. Podría disminuir el efecto del propranolol. Puede aumentar niveles séricos de oxifenbutazona. Con corticoides puede favorecer la aparición de edema. Pueden disminuir los requerimientos de anticoagulantes, por aumento de actividad de anticoagulantes orales derivados de cumarina. Puede disminuir los niveles de globulina transportadora de tiroxina, resultando en la disminución de los niveles séricos de T4 total.

• Acetato De Ciproterona

Puede aumentar los niveles de glucemia, por lo que deben adecuarse la insulina o antidiabéticos orales. Existe alguna evidencia de que la ingestión de etanol puede reducir los efectos clínicos del acetato de Ciproterona, ya que este medicamento es metabolizado a través del CYP3A4, es posible que el ketoconazol, itraconazol, clotrimazol, ritonavir y otras sustancias fuertemente inhibitorias del CYP3A4 inhiban el metabolismo del acetato de ciproterona. Por otra parte, sustancias inductoras del CYP3A4, como la rifampicina, fenitoína y productos que contienen la hierba de San Juan pueden reducir los niveles del acetato de ciproterona. Puede aumentar el riesgo de miopatía o rabdomiolisis asociada a estatinas cuando se administran conjuntamente con altas dosis terapéuticas de acetato de ciproterona.

• Espironolactona:

No se recomienda la administración con suplementos de potasio u otros ahorradores de potasio, especial precaución cuando se administra con IECA o antagonistas de la angiotensina por el riesgo de hiperkalemia, con otros diuréticos puede producir hiponatremia dilucional, puede reducir la respuesta a la noradrenalina por lo tanto atención antes de una cirugía con anestesia, el uso concomitante con relajantes musculares esqueléticos no despolarizantes (ej. Tubocurarina) puede aumentar el efecto de estos, el uso de AINES como indometacina con espironolactona puede producir una hiperkalemia severa, la aspirina disminuye el efecto diurético de la espironolactona, incrementa la vida media de la digoxina lo cual puede

aumentar la toxicidad digitalica, requiere monitoreo estricto y a veces disminuci3n dosis de digoxina, el uso de alcohol, barbit3ricos o narc3ticos puede aumentar los efectos de hipotensi3n ortost3tica, con corticoides y ACTH puede ocurrir depleci3n electrolitica, se desaconseja el uso concomitante con Litio por disminuci3n del clearance renal de litio y aumento del riesgo de toxicidad.

■ Interacciones con Terapia Antirretroviral

Conocer las interacciones potenciales es relevante dado que los aumentos no previstos de niveles de hormonas o drogas antirretrovirales pueden causar efectos adversos, mientras que la reducci3n de los niveles de droga puede resultar en p3rdida de la supresi3n virol3gica o insuficientes efectos en el TMCH.

Estradiol

En una revisi3n sistem3tica publicada en el a3o 2016 (Radix *et al.*), lxs autorxs hallaron que los art3culos pertinentes encontrados durante la revisi3n describen principalmente interacciones entre etinil estradiol (componente de los anticonceptivos orales, no recomendado en TMCH) e INNTIs o IPs. Ning3n estudio hallado en la RS examin3 las interacciones entre TARV y las dosis y tipos de estr3genos usados en los reg3menes de hormonizaci3n. **Las interacciones que pueden tener el potencial de reducir la supresi3n virol3gica incluyen etinil estradiol con amprenavir, fosamprenavir no potenciado y stavudina. Estos antirretrovirales deber3an ser evitados en el tratamiento de mujeres trans y otras personas trans-femeninas viviendo con VIH que reciben TMCH.** No se hallaron otras interacciones cl3nicas significativas virol3gicas con otros agentes antirretrovirales o con antiandr3genos. En conclusi3n, hay informaci3n insuficiente con respecto a interacciones entre TARV y reg3menes de hormonizaci3n para mujeres trans, por lo que se requieren investigaciones en esta 3rea. Agentes antirretrovirales se metabolizan a trav3s del sistema del citocromo P450 (CYP), permitiendo interacciones con otras medicaciones que utilizan el mismo camino, lo cual puede resultar en cambios impredecibles. El etinil estradiol, principal componente de los ACO, es metabolizado predominantemente a trav3s del citocromo P450 3A4 (CYP3A4), generando posibles interacciones con los INTIs, efavirenz y nevirapina que son inductores del CYP3A4, y los IPs que son metabolizados y potentes inhibidores del CYP3A4. Estas interacciones podr3an afectar la efectividad del TMCH o la dosis requerida de estr3genos. **Al haber sido estudiadas las interacciones con etinil estradiol, podemos especular acerca de la direcci3n de las interacciones con TMCH, pero esto puede no reflejar las verdaderas interacciones usando los estr3genos en tipos y dosis de los TMCH.**

Como ya se mencion3, **las 3nicas interacciones conocidas del EE con TARV que tienen el potencial de resultar en una p3rdida de supresi3n virol3gica son con el uso de amprenavir, fosamprenavir no potenciado y stavudina, aunque con respecto al 3ltimo, se evidenci3 en un 3nico estudio in vitro. Parece prudente recomendar evitar estos TARV en mujeres trans u otras feminidades trans recibiendo reg3menes de TMCH con estradiol. En cuanto al resto de los TARV, podr3an combinarse con TMCH en mujeres trans, atendiendo a las posibles modificaciones de los niveles de estradiol que pueden requerir ajustes de dosis.**

En este mismo sentido, el VI Consenso Argentino de TARV elaborado por la SADI encuentra como interacciones entre TARV y estradiol, que **la concentraci3n de estradiol puede aumentar o disminuir seg3n el TARV, con significados cl3nicos desconocidos**³⁸.

En conclusi3n, parece probable que, excepto con amprenavir, fosamprenavir no boosteado y posiblemente stavudina, no existan interacciones cl3nicamente significativas en t3rminos infectol3gicos entre TMCH

38 Para mayor informaci3n revisar el VI Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2016 – 2017, Sociedad Argentina de Infectolog3a.

para mujeres trans y TARV. Sin embargo, se evidencia una necesidad apremiante de investigaciones que evalúen las interacciones de los fármacos específicos de los TMCH por sus distintas vías con TARV. En cualquier caso, los médicos tratantes deben mantener una estricta vigilancia para interacciones entre TARV y TMCH. El monitoreo hormonal de laboratorio es recomendable para establecer niveles elevados o subterapéuticos de las drogas utilizadas en el TMCH, así como monitoreos de carga viral.

Anti-Andrógenos

No hay estudios farmacocinéticos publicados que investiguen interacciones entre TARV y espironolactona o finasteride. Tampoco se hallaron banderas rojas de interacción con estos agentes. Cuando el finasteride es co-administrado con etravirine, efavirenz o nevirapina, esto puede resultar en niveles disminuidos de finasteride, sin embargo la significación clínica es desconocida. La espironolactona también es metabolizada a través del citocromo P450, sin embargo no ocurren interacciones significativas con TARV (Radix, 2016).

Testosterona

Con respecto a la interacción de TARV con testosterona, no se halló evidencia significativa en publicaciones sobre el tema. El VI Consenso Argentino de TARV elaborado por la SADI no indica interacciones de TARV con testosterona. Si bien no existen estudios clínicos sobre estas interacciones, ni evidencia de calidad, existe el potencial teórico de que ciertos fármacos TARV aumenten o disminuyan la concentración sérica de testosterona, requiriendo un ajuste de su dosis. Se remarca la importancia de conducir investigaciones acerca de las posibles interacciones de TARV y TMCH tanto para esquemas de estradiol más antiandrógenos como de testosterona, y sus repercusiones clínicas.

Bibliografía

Akahatá et al. (2016) “Informe Situación de los derechos humanos de las travestis y trans en la Argentina. Evaluación sobre el cumplimiento de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW)”. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pdf

Asscheman H, Gooren LJ, Assies J, Smits JP, de Slegte R.(1988) “Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals”. En: *ClinEndocrinol (Oxf)*. 28(6):583–588.

Asscheman H, T’Sjoen G, Lemaire A, Mas M, Meriggiola MC, Mueller A, Kuhn A, Dhejne C, Morel-Journel N, Gooren LJ. (2014) “Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review”. En: *Andrologia*. 46(7):791–795.

Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA , de Ronde W, van Trotsenburg MAA , Gooren LJ. “A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones.” *European Journal of Endocrinology* (2011) 164 635–642

Asociación de Travestis, Transexuales, Transgéneros Argentinas y Fundación Huésped y (2014) Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Disponible en: https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

Berkins, Lohana “Un itinerario político del travestismo”. En: Maffía Diana (Comp.) (2003) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria editores.

Berkins, Lohana (Comp.) (2015) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de travestis, transexuales y transgéneros*. 2da edición. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Bunck MC, Debono M, Giltay EJ, Verheijen AT, Diamant M, Gooren LJ (2009) “Autonomous prolactin secretion in two male-to-female transgender patients using conventional oestrogen dosages”. En: *BMJ Case Rep*.

Cabral, Mauro y Maffía, Diana (2003) “Los sexos ¿Son o se hacen?”. En: Maffía Diana (Comp.) (2003) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria editores.

Cabral, Mauro y Benzur, Gabriel. “Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad”. En: *Cadernospagu*. Janeiro-junho de 2005. Pp.283-304.

Carswell JM, Roberts SA (2017) Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents, *Transgender Health* 2:1, 195–201, DOI: 10.1089/ trgh.2017.0021.

Chiriaco G, Cauci S, Mazzon G, Trombetta C. (2016) “An observational retrospective evaluation of 79 young men with long-term adverse effects after use of finasteride against androgenetic alopecia”. En: *Andrology*. 4(2):245–250.

Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM (1997) "Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study". En: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36(2):263–271.

Coleman et al. (2012) "Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender-nonconforming people". En: *Int J Transgenderism*. 13:165–232.

Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos (2007) Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Yogyakarta, Indonesia: Comisión Internacional de Juristas & Servicio Internacional para los Derechos Humanos.

Deutsch M (2016) "Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and GenderNonbinaryPeople" Center of Excellence for Transgender Health. Department of Family and Community Medicine. University of California, San Francisco.

Dittrich et al. (2005) "Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist". En: *Exp ClinEndocrinol Diabetes*. 113 (10):586–592.

Feldman, Jamie and Safer, Joshua (2009) "Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care". En: *International Journal of Transgenderism*. 11: 3, 146 — 182.

Fernández, S., Herrera, M., Lamm, E. El principio de autonomía progresiva en el campo de la salud. Algunas reglas para su aplicación a dos años de vigencia del Código Civil y Comercial desde una perspectiva crítica-constructiva. LA LEY. Tomo La Ley 2017-F. 2017.

Foucault, Michel (2011) *Historia de la sexualidad*. 1. La voluntad del saber. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Ghattas D. C. (2013), *Human Rights between the Sexes: A preliminary study in the life of inter*individuals*, Heinrich BöllStiftung: Publication Series on Democracy, Vol. 34, p. 10. Disponible en: https://vivirintersex.files.wordpress.com/2017/09/derechos_humanos_y_personas_intersex_documento_tematico.pdf

Gooren LJ, Harmsen-Louman W, van Kessel H. (1985) "Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-treated male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction". En: *ClinEndocrinol (Oxf)*. 22(2):201–207.

Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC (2008) "Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience". En: *J ClinEndocrinolMetab*. 93(1):19–25.

Hembree Wylie C., Peggy T. Cohen-Kettenis, Louis Gooren, Sabine E. Hannema, Walter J. Meyer, M. Hassan Murad, Stephen M. Rosenthal, Joshua D. Safer, Vin Tangpricha, Guy G. T'Sjoen (2017) "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice". En: *J ClinEndocrinol Meta*. November 2017, 102(11):1–35.

Indec, Inadi (2012) "Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans Instituto Nacional de Estadística y Censos Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio

de La Matanza". Disponible en: http://www.trabajo.gov.ar/downloads/diversidadsexual/Argentina_Primer_Encuesta_sobre_Poblacion_Trans_2012.pdf

Kessler SJ, McKenna W (1978) *Gender. An ethnomethodological approach*, John Wiley & Sons, US.

Lamm Eleonora (2018). Identidad de Género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica. Op. cit. y Lamm, Eleonora (2018). Autonomía, cuerpo e identidades. ¿Incorporar un tercer sexo o eliminarlos todos? *Revista de Derecho de Familia, Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, núm. 85. 2018 (85 Jul.)

Levy J, Burshell A, Marbach M, Aflalo L, and Glick SM (1980) Interaction of spironolactone with oestradiol receptors in cytosol. En: *J Endocrinol.* 84(3):371-379.

Light et al. (2014) "Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning". En: *Obstetrics and Gynecology*. Diciembre 2014. Disponible en: http://sxpolitics.org/wp-content/uploads/2015/06/Light_GreenJournal_2014.pdf

Louro, Guacira Lopes (2007) *Pedagogías de la sexualidad. O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

MacDonald et al. (2016) "Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study". En: *BMC Pregnancy Child birth*. 2016 May 16; 16:106. Doi: 10.1186/s12884-016-0907-y.

Maraka S et al. (2017) Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J ClinEndocrinolMetab* 102: 3914-3923, 2017.

Ministerio de Salud de la Nación (2015) *Atención de la Salud Integral de personas trans. Guía para equipos de salud*. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf> (Recuperado el 10/04/2018)

Ministerio de Salud de la Nación (2019) "Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina". Nº 36, año XXII.

Ministerio de Salud de la Nación (2015) *Mesa de Trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial Lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Anexo I. Resolución 65/2015*.

Ministerio de Salud de Uruguay (2017) *Consentimiento informado Hormonización en mujeres y varones Trans*. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/FO-13120-007%20Documento%20de%20consentimiento%20informado%20Hormonizaci%C3%B3n%20en%20mujeres%20y%20varones%20Trans.pdf (Recuperado el 04/05/2018)

Nota NM, Dekker MJH, Klaver M, Wiepjes CM, van Trotsenburg MA, Heijboer AC, den Heijer M.(2017) "Prolactin levels during short- and long-term cross-sex hormone treatment: an observational study in transgender persons".En: *Andrologia.* 49(6).

Observatorio de Violencia Obstétrica (2016) "Informe de situación". Disponible en: <http://www.lascasildas.com.ar/observatorio.html> (Último acceso 15/02/2017)

Ott J, Kaufmann U, Bentz EK, Huber JC, Tempfer CB (2010) "Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy". En: *FertilSteril*. 93(4):1267-1272.

Peitzmeier, SM (2014) "Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women". En: *AM J P revMed*. Noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25455121>

Peitzmeier et al. (2014) "Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening". En: *J Gen InternMed*. Mayo 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24424775>.

Radi, Blas (2015) "Economía del privilegio". En: Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/subnotas/10062-951-2015-09-25.html>

Radi, Blas y Pecheny, Mario (2018) "Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer justicia en la CABA". 1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaire. 2018.

Radix A et al. (2016) "Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for the best practices. *Journal of the International AIDS Society* 2016, 19(Suppl 2):20810
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/2081>

Roberts TK, Kraft CS, French D, Ji W, Wu AH, Tangpricha V, Fantz CR (2014) "Interpreting laboratory results in transgender patients on hormone therapy". En: *Am J Med*. 127(2):159-162.

Saldivia Menajovsky, Laura. El acceso a la justicia de niñxs y adolescentes transgénero. En "Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer justicia en la Ciudad autónoma de Buenos Aires" 2018.

Singh-Ospina et al. (2017) Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JClinEndocrinolMetab*. 2017 Nov 1;102(11):3904-3913. Doi: 10.1210/jc.2017-01642. Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT (2005) "Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals". En: *Psychol Med*. 35(1):89-99.

Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, Magdeleyns EJP, Tans G, Gooren LJG, Rosing J. (2003) "Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people". En: *J ClinEndocrinolMetab*. 88 (12):5723-5729.

Van Caenegem E, Taes Y, Wierckx K, Vandewalle S, Toye K, Kaufman JM, Schreiner T, Haraldsen I, T'Sjoen G (2013) "Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy". En: *Bone*. 54(1):92-97.

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

gba.gob.ar