

Tratamiento Endocrinológico para Personas con Disforia de Género o Incongruencia de Género: Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society Resumen Ejecutivo

Wylie C. Hembree¹ (Presidente), Peggy T. Cohen-Kettenis², Louis Gooren³, Sabine E. Hannema⁴, Walter J. Meyer⁵, M. Hassan Murad⁶, Stephen M. Rosenthal⁷, Joshua D. Safer⁸, Vin Tangpricha⁹, Guy G. T'Sjoen¹⁰

¹New York Presbyterian Hospital, Columbia University Medical Center (*Retirado*), New York, New York 10032; ²VU University Medical Center, 1007 MB Amsterdam, Países Bajos; ³VU University Medical Center, 1007 MB Amsterdam, Países Bajos (*Retirado*); ⁴Leiden University Medical Center, 2300 RC Leiden, Países Bajos; ⁵University of Texas- Medical Branch at Galveston, Galveston, Texas 77555; ⁶Mayo Clinic Evidence-based Practice Center, Rochester, Minnesota 55905; ⁷University of California San Francisco, Benioff Children's Hospital, San Francisco, California 94143; ⁸Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts 02118; ⁹Emory University School of Medicine and the Atlanta VA Medical Center, Atlanta, Georgia 30322; ¹⁰Ghent University Hospital, 9000 Ghent, Bélgica

Asociaciones copatrocinadoras | American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of Andrology, European Society for Pediatric Endocrinology, European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, y World Professional Association for Transgender Health

Objetivo | Actualizar el “Tratamiento endocrinológico para las personas transexuales: Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society”, publicada por la Endocrine Society en 2009.

Participantes | Los participantes incluyen un equipo de trabajo de nueve expertos, un especialista en metodología y un redactor médico designados por la Endocrine Society.

Evidencia | Esta guía basada en evidencia fue desarrollada utilizando el enfoque de calificación de recomendaciones, análisis, desarrollo y evaluación para describir la fuerza de las recomendaciones y la calidad de la evidencia. El equipo de trabajo se encargó de llevar a cabo dos análisis sistemáticos y utilizó la mejor evidencia disponible de otros análisis sistemáticos y estudios individuales publicados.

Proceso del consenso | Las reuniones de grupo, las conferencias telefónicas y las comunicaciones por correo electrónico hicieron posible el consenso. Los comités, los miembros y las organizaciones copatrocinadoras de la Endocrine Society revisaron y comentaron los borradores preliminares de las guías.

Conclusión | La afirmación de género es un tratamiento multidisciplinario en el que los endocrinólogos desempeñan un papel importante. Las personas con disforia de género o incongruencia de género buscan y/o son derivadas a endocrinólogos para desarrollar las características físicas acordes a su género afirmado. Requieren un régimen hormonal seguro y eficaz que (1) suprima la secreción de hormonas sexuales endógenas determinada por el sexo genético/gonadal de la persona y (2) mantenga los niveles de las hormonas sexuales dentro del

rango normal para el género afirmado de la persona. No se recomienda realizar el tratamiento hormonal en niños con disforia de género o incongruencia de género en la prepubertad. Los médicos que recomiendan tratamientos endocrinológicos de afirmación de género, médicos que realizan diagnósticos adecuadamente capacitados (obligatorio), un proveedor de salud mental para adolescentes (obligatorio) y un profesional de salud mental para adultos (recomendado), deben tener conocimientos sobre los criterios diagnósticos y los criterios para el tratamiento de afirmación de género, contar con la capacitación y la experiencia necesarias para la evaluación psicopatológica, así como también tener la disposición para participar en la atención continua a lo largo de toda la etapa de la transición hormonal. Recomendamos tratar a los adolescentes con disforia de género o incongruencia de género que han entrado a la pubertad en la escala de Tanner G2/B2 mediante la supresión con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Los médicos pueden agregar hormonas de afirmación de género después de que un equipo multidisciplinario haya confirmado la persistencia de la disforia de género o incongruencia de género y la capacidad mental adecuada para dar un consentimiento informado para este tratamiento parcialmente irreversible. La mayoría de los adolescentes tienen esta capacidad a los 16 años. Reconocemos que puede haber razones importantes para iniciar el tratamiento con hormonas sexuales antes de los 16 años, aunque hay un mínimo de experiencia publicada en el tratamiento antes de los 13.5 a 14 años de edad. Para la atención de los jóvenes peripuberales y adolescentes mayores, recomendamos que un equipo multidisciplinario de expertos, compuesto por profesionales médicos y profesionales de la salud mental, se encargue de este

tratamiento. El médico tratante debe confirmar los criterios de tratamiento utilizados por el profesional de salud mental remitente y colaborar con el equipo en las decisiones sobre la cirugía de afirmación de género en adolescentes mayores. En el caso de personas adultas con disforia de género o incongruencia de género, los médicos tratantes (en conjunto) deben tener experiencia en los criterios diagnósticos específicos para la salud transgénero, salud mental, atención primaria, tratamiento hormonal y cirugía, según sea necesario para el/la paciente. Aconsejamos mantener los niveles fisiológicos de hormonas apropiadas para cada sexo y controlar los riesgos y complicaciones conocidos. Cuando se requieren altas dosis de esteroides sexuales para suprimir los esteroides sexuales endógenos y/o en edad avanzada, los médicos pueden considerar una extirpación de las gónadas junto con la reducción del tratamiento con esteroides sexuales. Los médicos deben monitorear tanto a los hombres transgénero (mujer a hombre) como a las mujeres transgénero (hombre a mujer) para detectar el riesgo de desarrollar cáncer en los órganos reproductivos cuando la extirpación quirúrgica está incompleta. Además, los médicos deben monitorear continuamente los efectos adversos de los esteroides sexuales. Para las cirugías de afirmación de género en adultos, el médico tratante debe colaborar con y confirmar los criterios de tratamiento utilizados por el médico remitente. Los médicos deben evitar dañar a las personas (a través del tratamiento hormonal) que tengan otras afecciones que no sean disforia de género o incongruencia de género y que no puedan beneficiarse de los cambios físicos asociados con este tratamiento. (*J Clin Endocrinol Metab* 102: 3869–3903, 2017)

Antecedentes

Esta traducción de Tratamiento Endocrinológico para Personas con Disforia de Género o Incongruencia de Género: Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society forma parte del esfuerzo continuo de la Endocrine Society para aumentar la difusión global de nuestras guías. La Endocrine Society cree que hacer las guías de práctica clínica más accesibles, ayudará a los proveedores de servicios salud, independientemente de donde ejerzan, a optimizar la atención al paciente, mejorar los resultados de los servicios de salud, aumentar la seguridad del paciente y controlar los costos de atención médica. La Endocrine Society utilizó un servicio de traducción profesional para traducir un resumen ejecutivo de las guías. Una vez traducido, el resumen fue revisado por un experto en endocrinología y hablante nativo del idioma español. El resumen traducido incluye una lista de las recomendaciones de las guías así como la información más destacada sobre metodología y antecedentes contextuales al tema. Para detalles adicionales e información contextual, puede acceder a las guías completas (en inglés) en <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>. Cuando haga referencia a estas guías, consulte la versión original en inglés en lugar de una versión traducida.

Resumen de Recomendaciones

1.0 Evaluación de jóvenes y adultos

- 1.1. Recomendamos que solo los médicos y/o profesionales de salud mental (MHP) capacitados que cumplan con los siguientes criterios deben diagnosticar la disforia de género (DG) o la incongruencia de género en adultos: (1) tener la capacidad de utilizar el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y/o la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) con fines diagnósticos, (2) tener la capacidad para diagnosticar la disforia de género o incongruencia de género y distinguir entre la disforia de género o la incongruencia de género y las afecciones de características similares (p.ej.: trastorno dismórfico corporal), (3) contar con formación en el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas asociadas, (4) tener la capacidad de realizar o referir a un tratamiento adecuado, (5) tener la capacidad de evaluar psicosocialmente la comprensión, la salud mental y las condiciones sociales de la persona que pueden influir en la terapia hormonal de afirmación de género, y (6) tener la costumbre de asistir regularmente a las reuniones profesionales pertinentes. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)
- 1.2. Recomendamos que solo los MHP que cumplan con los siguientes criterios deben diagnosticar la disforia de género o la incongruencia de género en niños y adolescentes: (1) tener la formación en psicología y psicopatología del desarrollo del niño y del adolescente, (2) tener la capacidad para utilizar el DSM y/o la CIE con fines diagnósticos, (3) tener la capacidad de distinguir entre la disforia de género o la incongruencia de género y las afecciones que tienen características similares (p. ej., trastorno dismórfico corporal), (4) tener

formación en el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, (5) tener la capacidad de realizar o referir a un tratamiento adecuado, (6) tener la capacidad de evaluar psicosocialmente la comprensión y las condiciones sociales de la persona que pueden influir en la terapia hormonal de afirmación de género, (7) tener la costumbre de asistir regularmente a las reuniones profesionales pertinentes, y (8) conocer los criterios para el bloqueo de la pubertad y el tratamiento hormonal de afirmación de género en los adolescentes. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)

- 1.3. Recomendamos que las decisiones con respecto a la transición social de los jóvenes prepuberales con DG o incongruencia de género sean tomadas con la ayuda de un MHP u otro profesional experimentado. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)
- 1.4. No recomendamos el bloqueo de la pubertad y el tratamiento hormonal de afirmación de género en niños prepuberales con DG o incongruencia de género. (1 |⊕⊕○○)
- 1.5. Recomendamos que los médicos informen y aconsejen a todas las personas que buscan un tratamiento médico para la afirmación de género con respecto a las opciones de conservación de la fertilidad antes de iniciar la supresión de la pubertad en adolescentes y antes de iniciar una terapia hormonal de género afirmado tanto en adolescentes como en adultos. (1 |⊕⊕⊕○)

2.0 Tratamiento de adolescentes

- 2.1. Aconsejamos que los adolescentes que cumplen con los criterios diagnósticos de DG o incongruencia de género, cumplen con los criterios de tratamiento y solicitan tratamiento, se sometan inicialmente a un tratamiento para suprimir el desarrollo de la pubertad. (2 |⊕⊕○○)
- 2.2. Aconsejamos que los médicos comiencen la supresión de la hormona puberal después

de que las niñas y los niños exhiban por primera vez cambios físicos de la pubertad. (2 |⊕⊕○○)

- 2.3. Recomendamos que, cuando convenga, se utilicen análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para suprimir las hormonas puberales. (1 |⊕⊕○○)
- 2.4. En adolescentes que solicitan tratamiento con hormonas sexuales (dado que es un tratamiento parcialmente irreversible), recomendamos iniciar el tratamiento utilizando un programa de dosificación que aumenta gradualmente después de que un equipo multidisciplinario de médicos y profesionales de salud mental haya confirmado la persistencia de la DG o la incongruencia de género, así como la capacidad mental necesaria para dar el consentimiento informado, que la mayoría de los adolescentes tiene a la edad de 16 años. (1 |⊕⊕○○)
- 2.5. Reconocemos que puede haber razones importantes para iniciar el tratamiento con hormonas sexuales antes de los 16 años en algunos adolescentes con DG o incongruencia de género, aunque hay un mínimo de estudios publicados sobre tratamientos hormonales de afirmación de género proporcionados antes de los 13.5 a 14 años de edad. Y para la atención de adolescentes de 16 años, recomendamos que un equipo multidisciplinario de expertos médicos y MHP se encarguen de este tratamiento. (1 |⊕○○○)
- 2.6. Aconsejamos monitorear el desarrollo puberal clínico de 3 a 6 meses y los parámetros de laboratorio de 6 a 12 meses durante el tratamiento con hormonas sexuales. (2 |⊕⊕○○)

3.0 Terapia hormonal para adultos transgénero

- 3.1. Recomendamos que los médicos confirmen los criterios diagnósticos de DG o incongruencia de género y los criterios para

la fase endocrina de la transición de género antes de iniciar el tratamiento. (1 |⊕⊕⊕○)

- 3.2. Recomendamos que los médicos evalúen y mejoren las condiciones médicas que puedan verse agravadas por la disminución de las hormonas y el tratamiento con las hormonas sexuales del género afirmado antes del tratamiento. (1 |⊕⊕⊕○)
- 3.3. Aconsejamos que los médicos midan los niveles hormonales durante el tratamiento para asegurar la supresión de los esteroides sexuales endógenos y que los esteroides sexuales administrados se mantengan dentro de los rangos fisiológicos normales para el género afirmado. (2 |⊕⊕○○)
- 3.4. Aconsejamos que los endocrinólogos brinden información a las personas transgénero que se someten a un tratamiento sobre los inicios y el curso temporal de los cambios físicos inducidos por el tratamiento con las hormonas sexuales. (2 |⊕○○○)

4.0 Prevención de efectos adversos y atención a largo plazo

- 4.1. Aconsejamos realizar una evaluación médica regular de los cambios físicos y de los cambios adversos potenciales en respuesta a las hormonas sexuales esteroides y llevar a cabo un monitoreo de laboratorio de los niveles de las hormonas sexuales esteroides cada 3 meses durante el primer año de la terapia hormonal para hombres y mujeres transgénero y, luego, una o dos veces al año. (2 |⊕⊕○○)
- 4.2. Aconsejamos controlar periódicamente los niveles de prolactina en mujeres transgénero tratadas con estrógeno. (2 |⊕⊕○○)
- 4.3. Aconsejamos que los médicos evalúen los factores de riesgo cardiovascular en las personas transgénero tratadas con hormonas, empleando lipidogramas en ayunas, pruebas de detección de diabetes u otras herramientas de diagnóstico. (2 |⊕⊕○○)

- 4.4. Recomendamos que los médicos examinen las medidas de densidad mineral ósea (DMO) en caso de presentar factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis, específicamente en aquellas personas que suspendieron la terapia con hormonas sexuales después de la gonadectomía. (1 |⊕⊕○○)
- 4.5. Aconsejamos que las mujeres transgénero que no presentan mayor riesgo de contraer cáncer de mama sigan las guías para la detección de cáncer de mama recomendadas para las mujeres no transgénero. (2 |⊕⊕○○)
- 4.6. Aconsejamos que las mujeres transgénero tratadas con estrógeno se sometan a continuas revisiones individualizadas según el riesgo personal de desarrollar enfermedades prostáticas y cáncer de próstata. (2 |⊕○○○)
- 4.7. Recomendamos que los médicos determinen la necesidad médica de incluir una histerectomía total y ooforectomía como parte de una cirugía de afirmación de género. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)

5.0 Cirugía de reasignación de sexo y confirmación de género

- 5.1. Recomendamos que un/una paciente se someta a una cirugía genital de afirmación de género solo después que el MHP y el médico responsable de la terapia de transición endocrina acuerden que la cirugía es médicamente necesaria y beneficiaría la salud y el bienestar general del/de la paciente. (1 |⊕⊕○○)
- 5.2. Recomendamos que los médicos aprueben la cirugía genital de afirmación de género solo después de haber completado al menos 1 año de tratamiento hormonal continuo y adecuado, a menos que no se desee la terapia o sea médicamente contraindicada. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)

- 5.3. Recomendamos que el médico responsable del tratamiento endocrinológico y el proveedor de atención primaria garanticen el permiso médico adecuado de las personas transgénero para someterse a una cirugía genital de afirmación de género y colaboren con el cirujano con respecto al uso de hormonas durante y después de la cirugía. (Declaración de buenas prácticas no calificadas)
- 5.4. Recomendamos que los médicos deriven a las personas transgénero tratadas con hormonas a una cirugía genital cuando: (1) la persona ha tenido un cambio satisfactorio en la función social, (2) la persona está conforme con los efectos hormonales, y (3) la persona desea cambios quirúrgicos definitivos. (1 |⊕○○○)
- 5.5. Aconsejamos que los médicos retrasen la cirugía genital de afirmación de género que implica la gonadectomía o la histerectomía hasta que el/la paciente tenga al menos 18 años de edad o la mayoría de edad en su país. (2 |⊕⊕○○)
- 5.6. Aconsejamos que los médicos determinen el momento para una cirugía mamaria para hombres transgénero en base al estado de salud física y mental de la persona. No existen suficientes evidencias para recomendar un mínimo de edad específico. (2 |⊕○○○)

Cambios desde la guía anterior

Tanto la guía actual como la guía publicada en 2009 contienen secciones similares. A continuación, enumeramos las secciones incluidas en la guía actual y el número de recomendaciones correspondientes: Introducción, Evaluación de jóvenes y adultos (5), Tratamiento de adolescentes (6), Terapia hormonal para adultos transgénero (4), Prevención de efectos adversos y atención a largo plazo (7), y Cirugía de reasignación de sexo y confirmación de género (6). La

introducción actual actualiza la clasificación diagnóstica de “disforia de género o incongruencia de género”. Asimismo, analiza el desarrollo de “identidad de género” y resume su desarrollo natural. La sección sobre la evaluación médica tanto de jóvenes como de adultos, define exactamente las calificaciones profesionales requeridas de aquellos que diagnostican y tratan a adolescentes y adultos. Recomendamos que las decisiones respecto a la transición social de jóvenes puberales sean tomadas con la ayuda de un profesional de la salud mental o un profesional con experiencias similares. No recomendamos el bloqueo de la pubertad seguido del tratamiento hormonal de afirmación de género en niños prepuberales. Los médicos deben informar a los niños puberales, adolescentes y adultos que buscan un tratamiento de confirmación de género sobre las opciones de conservación de la fertilidad. Antes del tratamiento, los médicos deben evaluar la presencia de condiciones médicas que pueden empeorar por la disminución de las hormonas y/o el tratamiento hormonal. Un equipo multidisciplinario, de preferencia compuesto por profesionales médicos y de la salud mental, debe monitorear los tratamientos. Los médicos que evalúan a los adultos transgénero en tratamiento endocrinológico deben confirmar el diagnóstico de disforia de género o incongruencia de género persistente. Los médicos deben informar a las personas transgénero respecto al curso temporal de los cambios físicos inducidos por esteroides. El tratamiento debe incluir un control periódico de los niveles hormonales y los parámetros metabólicos, así como evaluaciones de la densidad ósea y el impacto en la próstata, las gónadas y el útero. Asimismo, hacemos recomendaciones a las personas transgénero que planean someterse a una cirugía genital de afirmación de género.

Introducción

A lo largo de la historia (en ausencia de trastornos endocrinos), algunos hombres

y mujeres han experimentado confusión y angustia que resultan de la rígida y forzada conformidad al dimorfismo sexual. En los tiempos modernos, ha habido constantes debates biológicos, psicológicos, culturales, políticos y sociológicos sobre diversos aspectos de la diferencia de género. El siglo XX marcó el surgimiento de una concientización social para hombres y mujeres con la creencia de que están “atrapados” en el cuerpo incorrecto (3). Magnus Hirschfeld y Harry Benjamin, entre otros, lideraron las respuestas médicas a aquellas personas que buscaban alivio y una solución a su profundo malestar. A pesar de que el término transexual se hizo más conocido después de que Benjamin escribiera “El Fenómeno Trans” (4), fue Hirschfeld quien acuñó el término “transexual” en 1923 para describir a la gente que quiere vivir una vida que corresponde a su género expresado en vez de su género asignado (5). Magnus Hirschfeld (6) y otros (4, 7) han descrito otros tipos de fenómenos trans además del transexualismo. Estos primeros investigadores propusieron que la identidad de género de estas personas fuera ubicada en algún lugar a lo largo de una progresión unidimensional. Esta progresión pasó de masculino a través de “algo intermedio” a femenino. Pero, esa clasificación no toma en cuenta que la gente puede tener identidades de género fuera de esta progresión. Por ejemplo, algunas personas se expresan tanto en la identidad masculina como la femenina, mientras que otras renuncian completamente a cualquier clasificación de género (8, 9). También hay informes sobre personas que experimentan una alternancia involuntaria, rápida y continua entre una identidad masculina y femenina (10) u hombres que no se expresan como hombres, pero no quieren vivir como mujeres (11, 12). En algunos países, (p. ej., Nepal, Bangladesh y Australia), estos géneros no masculinos o no femeninos están oficialmente reconocidos (13). No obstante, no se han desarrollado protocolos de tratamiento específicos para estos grupos.

En lugar del término transexualismo, el sistema de clasificación actual de la Asociación Americana de Psiquiatría utiliza el término disforia de género en su diagnóstico de personas que no están conformes con su género asignado (14). La versión actual de la clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud aún utiliza el término transexualismo al diagnosticar a adolescentes y adultos. Sin embargo, para la clasificación CIE-11, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto utilizar el término “incongruencia de género” (15).

El tratamiento de personas con DG o incongruencia de género (15) estaba anteriormente limitado a los elixires o cremas relativamente ineficaces. Sin embargo, los tratamientos basados en la endocrinología más efectivos se hicieron posible con la disponibilidad de testosterona en 1935 y el dietilestilbestrol en 1938. Los informes de personas con DG o incongruencia de género, que fueron tratadas con hormonas y cirugía genital de afirmación de género, aparecieron en prensa durante la segunda mitad del siglo XX. La Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin fue fundada en setiembre de 1979 y ahora se llama Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH). La WPATH publicó sus primeros Estándares de atención en 1979. Desde entonces, estos estándares han sido actualizados de forma regular, proporcionando orientación para el tratamiento de personas con DG o incongruencia de género (16).

Antes de 1975, se publicaron algunos artículos revisados por expertos respecto al tratamiento endocrinológico de personas transgénero. Desde entonces, han aparecido más de dos mil artículos sobre diversos aspectos del transgénero.

Esta guía tiene el propósito de hacer recomendaciones y sugerencias detalladas, basadas en información médica existente y experiencias médicas, que permitirá a los médicos tratantes maximizar los beneficios y minimizar los riesgos al atender a personas diagnosticadas con DG o incongruencia de género.

En el futuro, necesitamos más evaluaciones rigurosas de la efectividad y la seguridad de los protocolos de tratamiento endocrinológicos y quirúrgicos. En concreto, los protocolos de tratamiento endocrinológico para DG o incongruencia de género deben incluir la evaluación minuciosa de lo siguiente: (1) los efectos de un retraso prolongado de la pubertad en la salud ósea, función gonadal y el cerebro (incluso efectos en el desarrollo cognitivo, emocional, social y sexual) en adolescentes; (2) los efectos de tratamiento en adultos en los niveles hormonales sexuales; (3) el requerimiento y los efectos de progestinas y otros agentes utilizados para suprimir los esteroides sexuales endógenos durante el tratamiento; y (4) los riesgos y beneficios del tratamiento hormonal de afirmación de género en personas transgénero mayores.

Para establecer y aprobar con éxito estos protocolos, se requiere un compromiso de colaboración por parte de los investigadores en endocrinología y de salud mental en estudios a gran escala y a largo plazo en los países que utilizan los mismos criterios diagnósticos y de inclusión, medicamentos, métodos de análisis, y herramientas para análisis de respuestas (p.ej., la Red Europea para la Investigación de la Incongruencia de Género) (17, 18).

La terminología y su uso varían y siguen evolucionando. El cuadro 1 contiene las definiciones de los términos tal como se utilizan en esta guía.

Método de desarrollo de las guías de prácticas clínicas basadas en evidencia

La Subcomisión de Guías Clínicas (CGS) de la Endocrine Society consideró el diagnóstico y el tratamiento de personas con DG o incongruencia de género como un asunto prioritario de revisión y nombró un grupo de trabajo para formular recomendaciones basadas en evidencia. El grupo de trabajo siguió el

planteamiento recomendado por la Calificación de recomendaciones, análisis, desarrollo y el grupo de evaluación, un grupo internacional con experiencia en el desarrollo y la implementación de las guías basadas en evidencia (1). Una descripción detallada del esquema de calificación ha sido publicada en alguna otra parte (2). El grupo de trabajo utilizó los mejores resultados de la investigación disponibles para desarrollar las recomendaciones. Asimismo, utilizó un lenguaje uniforme y descripciones gráficas tanto de la fuerza de la recomendación como de la calidad de la evidencia. En materia de la fuerza de la recomendación, las recomendaciones firmes utilizan la frase “recomendamos” y el número 1, y las recomendaciones débiles utilizan la frase “aconsejamos” y el número 2. Los círculos marcados con una cruz indican la calidad de la evidencia, como ⊕○○○ que señala evidencia de muy baja calidad; ⊕⊕○○, baja calidad; ⊕⊕⊕○, calidad moderada, y ⊕⊕⊕⊕, alta calidad. El grupo de trabajo confía en que las personas que reciben atención según las recomendaciones firmes obtendrán, en promedio, más beneficios que daño. Las recomendaciones débiles requieren una atención más cuidadosa de las circunstancias, valores y preferencias de las personas para determinar la mejor forma de proceder. Vinculada a cada recomendación, hay una descripción de la evidencia y los valores que el grupo de trabajo consideró al hacer la recomendación. En algunos casos, hay observaciones en las que el grupo de trabajo ofrece sugerencias técnicas para la evaluación de las condiciones, dosificación y control. Estos comentarios técnicos reflejan la mejor evidencia disponible aplicada a una persona común que está en tratamiento. A menudo, esta evidencia proviene de las observaciones irregulares del grupo de trabajo y sus preferencias; por lo tanto, uno debe considerar estas observaciones como sugerencias.

En esta guía, el grupo de trabajo hizo varias declaraciones para enfatizar la importancia de la toma de decisiones compartida, las medidas generales de cuidado preventivo, y

los principios básicos del tratamiento de las personas transgénero. Las denominaron como “Declaración de buenas prácticas no calificadas”. La evidencia directa de estas declaraciones no estaba disponible o no fue evaluada sistemáticamente ni considerada fuera del alcance de esta guía. El propósito de estas declaraciones es llamar la atención sobre estos principios.

La Endocrine Society mantiene un riguroso proceso de revisión de los conflictos de interés para desarrollar guías para las prácticas clínicas. Todos los miembros del grupo de trabajo deben declarar cualquier conflicto de interés posible al completar un formulario de declaración de conflictos de interés. La CGS revisa todos los conflictos de interés antes que el Consejo de la sociedad autorice la participación de los miembros en el grupo de trabajo y de forma periódica durante el desarrollo de la guía. Todas las demás personas que participan en el desarrollo de la guía también deben declarar cualquier conflicto de interés en el tema de investigación, y la mayoría de estos participantes no deben tener ningún conflicto de interés. La CGS y el grupo de trabajo han revisado todas las declaraciones para esta guía y han solucionado o gestionado todos los conflictos de interés identificados.

Los conflictos de interés se definen como el pago de cualquier cantidad de dinero derivada de los intereses comerciales; subvenciones; apoyo a la investigación; comisiones por asesoramiento; salario; intereses de propiedad [p.ej., participaciones y opciones de compra de acciones (a excepción de fondos mutuos diversificados)]; honorarios y otros pagos por la participación en paneles de oradores, comités asesores, o juntas directivas; y todos los demás beneficios económicos. Los formularios completos se encuentran disponibles en la oficina de la Endocrine Society.

La Endocrine Society proporcionó el financiamiento para esta guía; sin embargo, el grupo de trabajo no recibió ningún financiamiento o pago por parte de las empresas u otras entidades.

Análisis sistemático encargado

El grupo de trabajo se encargó de llevar a cabo dos análisis sistemáticos para respaldar esta guía. El primero tuvo como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre el efecto del uso de esteroides sexuales en personas transgénero en los resultados de lípidos y cardiovasculares. El análisis identificó 29 estudios elegibles con riesgo de sesgo moderado. En hombres transgénero (mujer a hombre), la terapia con esteroides sexuales estuvo asociada con un aumento estadísticamente significativo en los triglicéridos séricos y los niveles del colesterol de lipoproteína de baja densidad. Los niveles de colesterol de lipoproteína de alta densidad disminuyeron significativamente en todos los períodos de seguimiento. En mujeres transgénero (hombre a mujer), los triglicéridos séricos estuvieron significativamente más altos sin cambios en los otros parámetros. Se reportaron algunos casos de infarto al miocardio, derrame, tromboembolia venosa (TEV), y muerte. Estos casos fueron más

frecuentes en mujeres transgénero. No obstante, la calidad de la evidencia fue baja. El segundo análisis sintetizó la evidencia disponible respecto al efecto de los esteroides sexuales en la salud ósea en las personas transgénero e identificó 13 estudios. En hombres transgénero, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en la columna lumbar, el cuello femoral, o DMO total de la cadera en 12 y 24 meses en comparación con los valores iniciales antes de iniciar la terapia hormonal masculinizante. En mujeres transgénero, hubo un incremento estadísticamente significativo en la DMO de la columna lumbar en 12 y 24 meses en comparación con los valores iniciales antes de iniciar la terapia hormonal Feminizante. Hubo muy poca información sobre índices de fractura. La calidad de la evidencia también fue baja.

Descarga de responsabilidad

Las guías de práctica clínica de la Endocrine Society son desarrolladas como una asistencia a endocrinólogos ya que proporcionan

Cuadro 1. Definiciones de los términos usados en esta guía

Término	Definición
Sexo biológico, hombre o mujer biológico/a	Estos términos se refieren a los aspectos físicos de la masculinidad o femineidad. Como no pueden ser acordes entre sí (p.ej., una persona con cromosomas XY puede tener genitales aparentemente femeninos), los términos sexo biológico y hombre o mujer biológico/a son imprecisos y deben evitarse.
Cisgénero	Este significa no transgénero. Una forma alternativa de describir a personas que no son transgénero es “personas no transgénero”.
Tratamiento (hormonal) de afirmación de género	Ver “Reasignación de género”.
Disforia de género (DG)	Es la angustia y el malestar expresado si la identidad de género y el género asignado no son totalmente congruentes (ver Cuadro 2). En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó la quinta edición del DSM-5, que reemplazó el “trastorno de identidad de género” por “disforia de género” y cambió los criterios para el diagnóstico.

Término	Definición
Expresión de género	Se refiere a las manifestaciones de género externas, expresadas a través de su propio nombre, pronombres, corte de cabello, conducta, voz o características corporales. Habitualmente, la persona transgénero busca que su expresión de género concuerde con su identidad de género, más que con su género asignado.
Identidad de género o género expresado	Se refiere al sentido de género interno, profundamente arraigado. Para las personas transgénero, su identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer. La mayoría de personas tiene una identidad de género de hombre o mujer (o de niño o niña). Para algunas personas, su identidad de género no encaja perfectamente en ninguna de estas dos opciones. A diferencia de la expresión de género (ver arriba), la identidad de género no es visible para los demás.
Trastorno de identidad de género	Este es el término utilizado para DG o IG en versiones anteriores de la DSM (ver “Disforia de género”). La CIE-10 aún utiliza el término para diagnosticar a niños, pero la próxima CIE-11 ha propuesto utilizar “incongruencia de género en la infancia”.
Incongruencia de género (IG)	Es un término genérico utilizado cuando la identidad de género y/o la expresión de género se diferencia de lo que está habitualmente asociado con el género asignado. La incongruencia de género también es el nombre propuesto del diagnóstico relacionado con la identidad de género en la CIE-11. No todas las personas con incongruencia de género tienen disforia de género o buscan tratamiento.
Diferencia de género	Ver “Incongruencia de género”.
Reasignación de género	Se refiere al tratamiento para aquellas personas que quieren adaptar sus cuerpos al género expresado mediante hormonas y/o cirugía. También se denomina tratamiento de confirmación de género o afirmación de género.
Cirugía de reasignación de género (cirugía de confirmación de género o afirmación de género)	Estos términos se refieren solo a la parte quirúrgica del tratamiento de confirmación de género o afirmación de género.
Función de género	Se refiere a conductas, actitudes y rasgos de personalidad que una sociedad (en una cultura dada y período histórico) asigna como masculino o femenino y/o que la sociedad asocia con o considera habitual de la función social de hombre o mujer.
Sexo asignado al nacer	Se refiere al sexo asignado al nacer, generalmente en base a la anatomía genital.

Término	Definición
Sexo	Se refiere a los atributos que caracterizan la masculinidad o femineidad biológica. Los mejores atributos conocidos incluyen los genes que determinan el sexo, los cromosomas sexuales, el antígeno H-Y, las gónadas, las hormonas sexuales, los genitales internos y externos, y los rasgos sexuales secundarios.
Orientación sexual	Este término describe una atracción física y emocional permanente de una persona con otra. Identidad de género y orientación sexual no son lo mismo. Independientemente de su identidad de género, las personas transgénero pueden sentirse atraídas por las mujeres (ginefilia), atraídas por los hombres (androfilia), ser bisexuales, asexuales u homosexuales.
Transgénero	Es un término genérico utilizado para personas cuya identidad de género y/o expresión de género se diferencia de lo que está habitualmente asociado con el sexo asignado al nacer. No todas las personas transgénero buscan tratamiento.
Hombre transgénero (también: hombre trans, mujer a hombre, macho transgénero)	Se refiere a las personas asignadas con el sexo femenino al nacer, pero se identifican y viven como hombres.
Mujer transgénero (también: mujer trans, hombre a mujer, hembra transgénero)	Se refiere a las personas asignadas con el sexo masculino al nacer, pero se identifican y viven como mujer.
Transición	Se refiere al proceso durante el cual las personas transgénero cambian sus características físicas, sociales o legales de conformidad con la identidad de género afirmada. Los niños prepuberales pueden elegir transicionar socialmente.
Transexual	Es un término antiguo que se originó en las comunidades médicas y psicológicas para referirse a las personas que han transicionado de género permanentemente mediante intervenciones médicas o han deseado someterse a un proceso de transición de género.

orientación y recomendaciones en áreas específicas de práctica clínica. No se debe considerar que las guías incluyen todos los enfoques o métodos apropiados, ni tampoco que excluyen otros. Las guías no pueden garantizar ningún resultado específico ni tampoco establecen un estándar de atención médica. Así mismo, las guías no tienen la intención de dirigir

el tratamiento de un paciente en particular. Las decisiones pertinentes a tratamiento médico se deben tomar en base a la racionalización autónoma de los prestadores de servicios de salud y a las circunstancias individuales de cada paciente. La Endocrine Society no ofrece ninguna garantía, explícita o implícita, con respecto a las guías y excluye específicamente

cualquier garantía de comerciabilidad y adecuación para un fin o uso particular. La Endocrine Society no será responsable por daños directos, indirectos, especiales, incidentales o consecuentes relacionados con el uso de la información aquí contenida.

Agradecimientos

La Endocrine Society quisiera agradecer a Silvia Gonzalez Calvar, PhD por su revisión experta de esta traducción.

Referencias

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer T, Varonen H, Vist GE, Williams JW, Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490.
2. Swiglo BA, Murad MH, Schünemann HJ, Kunz R, Vigersky RA, Guyatt GH, Montori VM. A case for clarity, consistency, and helpfulness: state-of-the-art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation system. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(3):666–673.
3. Bullough VL. Transsexualism in history. *Arch Sex Behav*. 1975;4(5):561–571.
4. Benjamin H. The transsexual phenomenon. *Trans N Y Acad Sci*. 1967;29(4):428–430.
5. Meyerowitz J. *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002.
6. Hirschfeld M. *Was muss das Volk vom Dritten Geschlecht wissen*. Verlag Max Spohr, Leipzig; 1901.
7. Fisk NM. Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J Med*. 1974;120(5):386–391.
8. Diamond L. Transgender experience and identity. In: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL, eds. *Handbook of Identity Theory and Research*. New York, NY: Springer; 2011:629–647.
9. Queen C, Schimmel L, eds. *PoMoSexuals: Challenging Assumptions About Gender and Sexuality*. San Francisco, CA: Cleis Press; 1997.
10. Case LK, Ramachandran VS. Alternating gender incongruity: a new neuropsychiatric syndrome providing insight into the dynamic plasticity of brain-sex. *Med Hypotheses*. 2012;78(5):626–631.
11. Johnson TW, Wassersug RJ. Gender identity disorder outside the binary: when gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Arch Sex Behav*. 2010;39(3):597–598.
12. Wibowo E, Wassersug R, Warkentin K, Walker L, Robinson J, Brotto L, Johnson T. Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: a response. *Asian J Androl*. 2012;14(5):793–794.
13. Pasquosoone V. 7 countries giving transgender people fundamental rights the U.S. still won't. 2014. Available at: <https://mic.com/articles/87149/7-countries-giving-transgender-people-fundamental-rights-the-u-s-still-won-t>. Accessed 26 August 2016.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
15. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(6):568–577.
16. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. Available at: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu51351&pk_association_webpage53926. Accessed 1 September 2017.
17. Kreukels BP, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijls L, Cohen-Kettenis PT. A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *Eur Psychiatry*. 2012;27(6):445–450.
18. Dekker MJ, Wierckx K, Van Caenegem E, Klaver M, Kreukels BP, Elaut E, Fisher AD, van Trotsenburg MA, Schreiner T, den Heijer M, T'Sjoen G. A European network for the investigation of gender incongruence: endocrine part. *J Sex Med*. 2016;13(6):994–999.