

Endocrinología **Ginecológica**: Claves para la práctica en la actualidad

Compiladoras

María Patricia Hormaza Ángel

Laura Isabel Jaramillo Jaramillo



618.1
H812

Hormaza Ángel, María Patricia, Jaramillo Jaramillo, Laura Isabel, Compiladoras / Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad / María Patricia Hormaza Ángel, Laura Isabel Jaramillo Jaramillo, Compiladoras -- Medellín: UPB, 2024
317 p.; 16,5x23,5 cm.
ISBN: 978-628-500-147-5

1. Endocrinología – 2. Ginecología – 3. Ciclo Menstrual – 4. Síndrome del Ovario Poliquístico – 5. Endometriosis – 6. Disfunciones Sexuales Psicológicas

CO-MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad

ISBN: 978-628-500-147-5 (versión digital)
Primera edición, 2024
Escuela Ciencias de la Salud

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano de la Escuela de Ciencias de la Salud y Director de la Facultad de Medicina: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) Editorial: Maricela Gómez Vargas

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Corrección de Estilo: Alexis Arbey Ramírez López

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Imagen portada: Shutterstock 2231112609

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2024

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Medellín - Colombia

Radicado: 2314-18-06-24

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.



Enfoque de paciente con disforia de género

Claudia Yesenia Monsalve Arango

Médica, Especialista en Endocrinología, Diabetes y Metabolismo del Adulto de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Manuela Jiménez Obando

Médica, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Introducción

El término “disforia de género”, anteriormente conocido como “trastorno de identidad de género”, fue introducido en 1974 por el doctor Fisk, y hace alusión a aquella condición en la que las personas sienten incomodidad/angustia/malestar psicológico con la incongruencia que hay entre el género asignado al nacer (basado en el sexo biológico) y el género con el cual se identifican realmente^{1,2}.

Las estadísticas disponibles actualmente sustentan la gran relevancia que tiene conocer los derechos sexuales y reproductivos y el abordaje de estos pacientes, ya que como lo plantean estudios poblaciones como el de Arcelus y colaboradores en 2015, la prevalencia mundial estimada de personas transgénero es de 4,6 por cada 100000 personas (6,8 por cada 100000 personas para mujeres trans - 2,6 por cada 100000 personas para hombres trans), y aunque en nuestro medio aún no contamos con estudios locales, otros estudios realizados en Estados Unidos, por ejemplo, calculan que hasta un 21% de la población transgénero que allí residente es latinoamericana³.

Generalidades

Para empezar a hablar de este tema, es necesario reconocer que a lo largo de la historia, las personas con disforia de género han sido discriminadas en todas



las esferas de la sociedad, no siendo una excepción a esto el área de la salud donde desde el desconocimiento y la falta de sensibilidad con el tema, tanto del personal como del mismo sistema, se ha contribuido de forma muy importante con la accesibilidad limitada o nula a las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, aún cuando enfrentarse en el día a día a este escenario clínico sea un asunto cada vez más frecuente^{4,5}.

Es por esto que presentamos en este texto una propuesta de abordaje práctico para los médicos generales y especialistas según las guías disponibles, buscando fortalecer la formación de profesionales más conscientes de su papel como colaboradores esenciales en la tarea de lograr la reivindicación de los pacientes con disforia de género ante sí mismos y la sociedad, además del reconocimiento/validación como individuos con derechos.

Como punto de partida presentamos en la siguiente tabla algunos términos relacionados que deben conocerse al momento del abordaje de los pacientes²:

Tabla 1. Términos y definiciones relacionadas.

Término	Definición
Género	Según la OMS son los roles, características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y el lugar y aunque interactúa con el sexo biológico es un concepto distinto.
Identidad de género	Forma en la que las personas sienten que encajan en el mundo desde la perspectiva del género (hombre, mujer, ninguno o una combinación de ambos).
Sexo biológico	Sexo asignado según los genitales externos al nacer o el cariotipo.
Orientación sexual	Género (s) de las personas por las que un individuo se siente atraído física o sexualmente (homosexual, heterosexual, bisexual) y que no tiene nada que ver con la identidad de género de cada individuo, es decir, por ejemplo, un hombre transgénero puede identificarse como gay.
Transgénero masculino	Persona con identidad de género masculino a quien se le designó sexo femenino al nacer.
Transgénero femenino	Persona con identidad de género femenino a quien se le designó sexo masculino al nacer.

Término	Definición
Género no binario	Identidad de género que no es ni masculina ni femenina, sino que es una combinación de los dos o es fluida.
Cisgénero	Persona cuya identidad de género corresponde al sexo asignado al nacer.
Transexual	Persona transgénero que se somete a procedimientos médicos (quirúrgicos o farmacológicos) para adquirir las características sexuales del género con el que se identifica. Cabe aclarar que este término es diferente al término "travesti", término que ha entrado en desuso al considerarse peyorativo.
Transición	Proceso durante el cual las personas transgénero modifican sus características físicas, sociales o jurídicas, coherente con la identidad de género afirmada. Ejemplo: cambio de vestimenta, nombre e intervenciones médicas.

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en las referencias^{2,5-8}.

■ Diagnóstico

Para el diagnóstico y abordaje de los pacientes con disforia, diferentes guías han propuesto unos lineamientos objetivos con el fin de determinar qué tipo de personal está capacitado para emitir diagnósticos y bajo cuáles criterios. A continuación, se presentan los conceptos clave de la Endocrine Society, del DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y del Consenso colombiano 2022:

¿Quién hace el diagnóstico?

Criterios de la Endocrine Society (2017) que deben cumplir los profesionales de la salud mental para diagnosticar pacientes adultos con disforia de género⁶:

- Competencia en el uso del DSM V o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para propósitos de diagnóstico.
- La capacidad de diagnosticar disforia de género y hacer una distinción entre esta y otras condiciones que tienen características similares como el trastorno dismórfico corporal.
- Capacitación en el diagnóstico de condiciones psiquiátricas.
- La capacidad de iniciar un tratamiento adecuado o referir al paciente para el inicio de este.



- La capacidad de evaluar desde una perspectiva psicosocial el entendimiento del paciente, la salud mental y las condiciones sociales pueden impactar la terapia hormonal de afirmación de género.
- Asistencia regularmente a reuniones relevantes a su profesión.

En el código QR podrá encontrar la guía para el abordaje de la disforia de género.



¿Cuáles son los criterios clínicos?

Criterios del DSM V (2013) y consenso colombiano (2022) para el diagnóstico de disforia de género en mayores de 18 años^{5,7}:

- Una marcada incoherencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, de al menos seis meses de duración, manifestada por al menos dos de los siguientes aspectos:
 - Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y las características sexuales primarias o secundarias.
 - Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias o secundarias, debido a una marcada incongruencia con su género experimentado/expresado.
 - Un fuerte deseo por las características sexuales primarias o secundarias del otro género.
 - Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún género alternativo diferente al asignado).
 - Un fuerte deseo de ser tratado como un individuo del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
 - Una fuerte convicción por los sentimientos y las reacciones típicas del otro género (o de algún género alternativo diferente del género que se le ha asignado).
- La condición está asociada a una angustia clínicamente significativa o a un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes.
- Debe especificarse si:
 - La condición existe con un **desorden del desarrollo sexual**.

- La condición es **post-transicional**. El individuo ha hecho su transición a vivir todo el tiempo en el género deseado (con o sin legalización del cambio de género) y ha estado o se está preparando para al menos uno de los procedimientos o tratamientos médicos (hormonales, procedimientos quirúrgicos).

■ Tratamiento

Debe ser realizado por un equipo multidisciplinario que realice un abordaje integral desde la primera consulta, teniendo como punto de partida el reconocimiento de las expectativas que tiene el/la paciente, para así establecer el proceso a seguir que incluye⁸⁻¹⁰:

- Acompañamiento psicológico para explorar la identidad, el rol y la expresión del género con el que se identifica.
- Uso de terapia hormonal de afirmación.
- Procedimientos quirúrgicos para la afirmación.
- Seguimiento clínico.

Para iniciarse la **terapia hormonal afirmativa** los pacientes deben:

1. Cumplir con los criterios para inicio de la terapia hormonal afirmativa⁵:
 - Tener un diagnóstico de incongruencia/ disforia de género persistente y bien documentado.
 - Contar con el consentimiento informado.
 - Una persona con comorbilidades en salud mental debe estar razonablemente bien controlada.
 - La persona debe estar dispuesta a recibir apoyo psicoterapéutico y asesoría durante todo el proceso de afirmación.
 - La persona debe tener una experiencia en la vida real, adoptando su rol de género afirmado durante al menos 12 meses.
2. Se les deben descartar comorbilidades médicas que puedan verse afectadas con los medicamentos como lo son enfermedades tromboembólicas, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertrigliceridemia, colestasis y macroprolactinoma, además del control de trastornos depresivos o ansiosos si se sospechan. Por otro lado, se debe indagar por antecedentes



- personales y familiares, incluyendo el consumo de tabaco o sustancias psicoactivas, y trastornos de la salud mental⁵.
3. Al examen físico deben tomarse las medidas antropométricas con cálculo del IMC (índice de masa corporal), y toma de la presión arterial, además de la evaluación integral por sistemas.
 4. Se deben solicitar y revisar los siguientes exámenes: hemograma, glicemia en ayunas, ionograma, azoados, perfil lipídico, función hepática, prolactina, FSH (hormona folículo estimulante), LH (hormona luteinizante), testosterona total, estradiol y tamizaje de infecciones de transmisión sexual, además de otros estudios e interconsultas pertinentes según antecedentes de riesgo cardiovascular (electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo y valoración por cardiología), factores de riesgo para fracturas osteoporóticas (solicitar densitometría basal previa al inicio de la terapia si antecedente personal o familiar de fractura osteoporótica, si hay uso crónico de esteroides, deficiencia de vitamina D, alteración en el metabolismo del calcio, hipogonadismo crónico), factores de riesgo para trombofilias (valoración por hematología con resultado de proteína C, proteína S, antitrombina III, factor V, protrombina G, mutaciones de la metilentetrahidrofolato reductasa).
 5. Y según corresponda bajo los lineamientos de las guías colombianas, se debe tamizar para cáncer de cuello uterino, mama y próstata.

A continuación, en la tabla 2, se presentan las recomendaciones del Consenso colombiano para la terapia hormonal de afirmación:

Tabla 2. Terapia hormonal de afirmación (medicamentos disponibles en Colombia), metas terapéuticas y riesgos relacionados a su uso.

Mujer transgénero	Hombre transgénero
<ul style="list-style-type: none">• Estrógenos orales: valerato de estradiol de 2,0 a 6,0 mg/día.• Estrógenos transdérmicos: parche transdérmico de estradiol de 0,025 a 0,2 mg/día, se coloca un nuevo parche cada 3 a 5 días.• Estrógenos vía parenteral: valerato o cipionato de estradiol de 5 a 30 mg intramuscular cada dos semanas o de 2 a 10 mg intramuscular cada semana.	<ul style="list-style-type: none">• Testosterona por vía parenteral: enantato o cipionato de testosterona de 100 a 200 mg secuencialmente intramuscular cada dos semanas o secuencialmente subcutáneo, 50 % por semana.• Testosterona por vía parenteral: undecanoato de testosterona con una dosis inicial de 1000 mg, seguida de una aplicación a las 6 semanas y luego a intervalos de 12 semanas.• Testosterona por vía transdérmica: gel al 1,6% de 50 a 100 mg/día.

Metas terapéuticas	Metas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> • Antiandrógenos: espironolactona de 100 a 300 mg/día o acetato de ciproterona de 25 a 50 mg/día. • Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina: 3,75 mg secuencialmente subcutáneo mensual u 11,25 mg secuencialmente subcutáneo trimestral. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los niveles de testosterona total sérica deben ser menores de 50 ng/dL. • Los niveles de estradiol sérico deben ser mayores de 50 pg/mL y no deben exceder el rango fisiológico máximo (de 100 a 200 pg/mL). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí enantato o cipionato de testosterona: la testosterona total sérica medida a mitad del tratamiento (entre inyecciones) debe estar entre 400 y 700 ng/dL. • Sí undecanoato de testosterona: los niveles de testosterona total sérica medida antes de la siguiente inyección deben estar entre 400 y 700 ng/dL. Si menores de 400 ng/dL se debe ajustar el intervalo de dosificación.
Riesgos relacionados	Riesgos relacionados
<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto riesgo de enfermedad tromboembólica. • Riesgo moderado de cáncer de mama, macroprolactinoma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, colelitiasis, hipertrigliceridemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto riesgo de eritrocitosis (hematocrito > 50 %). • Riesgo moderado de disfunción hepática severa (AST, ALT tres veces límite superior normal), enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión, cáncer de mama o de endometrio.

Fuente: Elaboración propia del autor con base en las referencias^{5,6,9}.

■ Tiempos para la transición

El inicio de los cambios esperados masculinizantes o feminizantes, dependen del tiempo desde el inicio de la terapia hormonal. Esta información es importante brindársela a los y las pacientes para ayudar a manejar las expectativas⁶:

- **Testosterona:**
 - 1-6 meses: piel grasa, acné, amenorrea, crecimiento del clítoris, atrofia vaginal, redistribución de la grasa corporal.
 - 6-12 meses: crecimiento del vello facial y corporal, caída del cabello, aumento en masa muscular, cambios en la voz (más grave).
- **Estrógenos:**
 - 1-3 meses: disminución de la libido, disminución en la erecciones espontáneas.



- 3-6 meses: redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa muscular y fuerza, piel menos grasa y más suave, crecimiento mamario, disminución en el volumen testicular.
- La voz no cambia con la terapia hormonal, para esto están disponibles alternativas quirúrgicas.

■ Procedimientos quirúrgicos

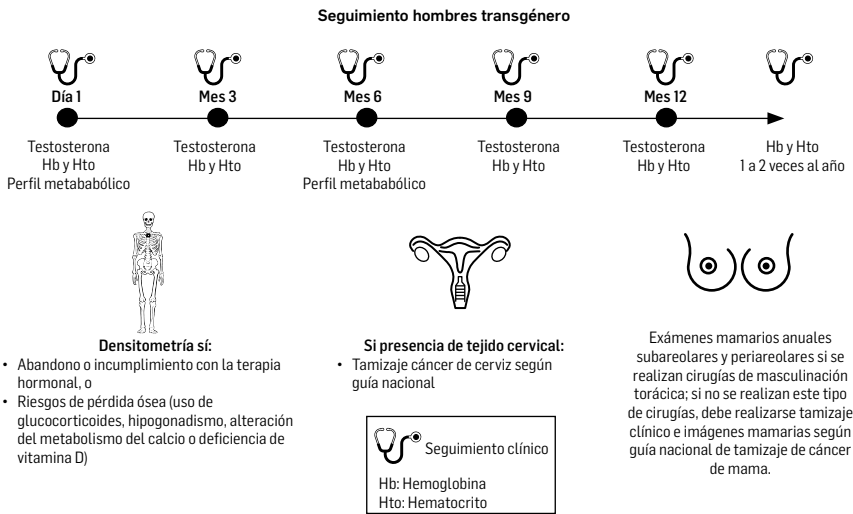
Teniendo en cuenta que la realización de cirugías debe ser secuencial (primero las que no afectan directamente la fertilidad y posteriormente las que sí lo hacen), los criterios para **cirugía de afirmación de género** en nuestro país son^{5,9,10}:

1. El grupo multidisciplinario constituido por psiquiatría, cirugía plástica, otorrinolaringología, endocrinología, urología y ginecología debe estar de acuerdo en que la cirugía es médicamente necesaria y beneficiará la salud o el bienestar general del paciente.
2. Tener el diagnóstico de disforia de género persistente y bien documentado.
3. Haber completado al menos un año de tratamiento hormonal consistente y compatible, a menos que no se desee o esté médicamente contraindicado.
4. La persona debe ser mayor de 18 años.
5. La persona debe estar conforme con los efectos hormonales (feminización o masculinización).
6. La persona desea cambios quirúrgicos definitivos.
7. La persona debe tener un conocimiento demostrable de todos los aspectos prácticos de la cirugía (por ejemplo, el costo, la duración de las hospitalizaciones, las posibles complicaciones, la rehabilitación posquirúrgica y el seguimiento a largo plazo).

■ Seguimiento clínico de los pacientes

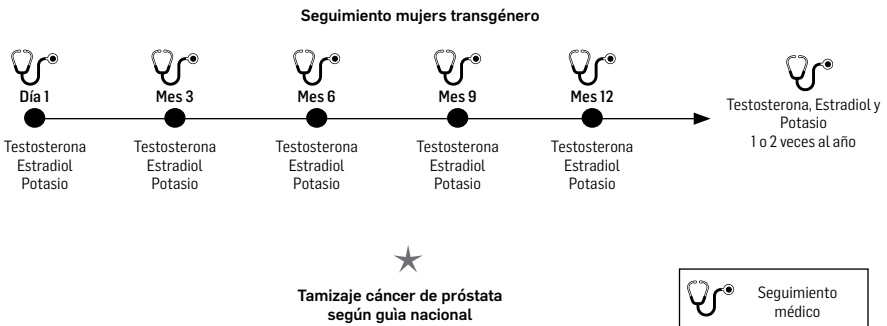
El seguimiento posterior al inicio de la terapia hormonal debe realizarse cada tres meses durante el primer año y luego 1 o 2 veces al año. Se presentan las propuestas disponibles de protocolos de seguimiento en esquemas:

● **Figura 1.** Seguimiento médico de mujeres transgénero.



Fuente: Elaboración propia de los autores basado en referencias ^{5,6}.

● **Figura 2.** Seguimiento médico de hombres transgénero.



Fuente: Elaboración propia de los autores con base en las referencias ^{5,6}.

Por último, es fundamental tener presente que a los pacientes desde la primera valoración y en los seguimientos posteriores, se les debe asesorar respecto a las alternativas que tienen disponibles para la realización de su plan reproductivo a futuro, ofreciéndoles siempre la opción de criopreservación de óvulos y esperma, ojalá antes del inicio de la terapia hormonal sustitutiva.



Para el enfoque de los pacientes menores de edad, que se sale del alcance de este capítulo, se recomienda consultar las referencias^{5, 6}.

■ Conclusiones

Los pacientes con disforia de género son un grupo poblacional que necesita cada día un mayor reconocimiento y validación de sus derechos por parte de la sociedad y del personal de salud, que debe ofrecer un acompañamiento por un equipo multidisciplinario que brinde desde la primera consulta la orientación y las mejores opciones terapéuticas que se ajusten a las expectativas y necesidades de cada paciente, tomando como referencia las recomendaciones oficiales y protocolos disponibles actualmente a nivel nacional e internacional.

■ Referencias bibliográficas

1. 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.
2. ACOG Committee opinion number 823. Health care of transgender and gender diverse individuals. 2021;137(3):e75-e88.
3. Arcelus J, Bouman WP, Noortgate WV, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism. *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):807-815.
4. Herman JL, Flores AR, Brown T, Wilson B, Conron KJ. Age of individuals who identify as transgender in the United States. *The Williams institute.* 2017.
5. Sierra AM, Tovar H, Imitola AM, Chahin S, Angulo M, Cantini J, Riatiga DA, Palacios KL, Bautista KA, Atuesta JY. Consenso sobre disforia de género o incongruencia de género. *Rev.ACE.* 2022. 31;9(1):598-629.
6. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869-3903.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, 2013.
8. Asociación Mundial de Salud Transgénero. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª Versión. 2012.

9. Metastasio A, Negri A, Martinotti G, Corazza O. Transitioning Bodies. The Case of Self-Prescribing Sexual Hormones in Gender Affirmation in Individuals Attending Psychiatric Services. *Brain Sci.* 2018;8(88):1-10.
10. Fisher AD, Castellini G, Bandini E, Casale H, Fanni E, Benni L, et al. Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *J Sex Med.* 2014;11: 709–19.