

Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género.

**División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud**

Junio 2010

Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género.

Índice de Contenidos

Introducción	2
Consideraciones Generales	3
Problema de Salud y Población Objetivo	3
Conjunto de Intervenciones	3
1. Intervenciones de Salud Mental	4
2. Intervenciones de Adecuación Corporal Hormonal	6
3. Intervenciones de Adecuación Corporal Quirúrgica	10
Flujograma	17
Otras Consideraciones y Posibles Nodos Críticos	17
Referencias de los Estándares de Atención Consultados	19
Otras Referencias	19

Introducción

El presente documento corresponde al resultado del trabajo encabezado por la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública, para facilitar el acceso a la atención de las personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. En este documento se presentan las intervenciones pertinentes, sus objetivos, secuencia, criterios de elegibilidad y disposición para su prescripción y algunas especificaciones técnicas. La metodología de construcción de esta Vía Clínica se detalla en el informe de ejecución del proyecto (DIPRECE, 2010).

Consideraciones Generales

Los problemas relacionados a la incongruencia entre identidad de género y sexo físico pueden cubrir una gran gama de manifestaciones. La incongruencia y los sentimientos que esta provoca pueden variar entre distintos individuos, tanto en intensidad como en persistencia durante el transcurso de la vida. Generalmente, los casos asociados a mayor intensidad y persistencia, son los que buscarán intervenciones de adaptación corporal en los servicios asistenciales (Bockting et al., 2006; Meyer et al., 2001). El espectro de estas intervenciones también es amplio, desde la modificación de aspectos cosméticos transitorios (ej. uso esporádico de vestimenta neutra o del género con el cual se identifica (cross-dressing¹)) a intervenciones permanentes asociadas a riesgos para la salud (ej. reconstrucción genital) (Bockting et al., 2006).

Existen pocos estudios que den cuenta de la prevalencia de la incongruencia entre identidad de género y sexo físico. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ta edición (DSM-IV, en inglés) señala prevalencias de trastornos de identidad de género para Europa de una mujer trans² cada 30.000 hombres y 1 hombres trans³ cada 100.000 mujeres (DSM-IV, 1995), mientras que el último estándar de atención de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) ahora denominada World Professional Association for Transgender Health (WPATH) refiere prevalencias de 1/11.900 mujeres trans y 1/30.400 hombres trans (Holanda, Meyer et al., 2001). Estas prevalencias se encuentran determinadas

¹ Concepto definido en el Glosario.

² Personas cuyo sexo físico es masculino pero su identidad de género es femenina.

³ Personas que tienen sexo físico expresado con caracteres femeninos e identidad de género masculina.

por la población que requirió prestaciones quirúrgicas Reportes nacionales señalan una incidencia de intervenciones quirúrgicas de adecuación genital de 12 a 15 casos por año. (Ver informe de ejecución, DIPRECE 2010).

La presente Vía Clínica identifica y adapta estándares actualmente disponibles, a la disposición de recursos del sistema público de salud. Las intervenciones aquí presentadas (extraídas de estándares mencionados) se encuentran orientadas a la atención de personas con problemas de incongruencia que superan un mínimo de afectación, donde las acciones sanitarias sean justificadas.

El conjunto de intervenciones, requisitos y secuencias expuestas en esta Vía Clínica deben servir como referente para la estructuración de las prestaciones asistenciales, teniendo siempre presente la necesaria flexibilidad requerida para cada caso particular.

Problema de Salud y Población Objetivo

La definición aquí utilizada del problema de salud será: “la persistencia de un sentimiento de incongruencia entre sexo físico e identidad de género que cause incomodidad, estrés o impedimento significativo en cualquier área de su funcionamiento personal”. Esta definición obedece a una caracterización del problema de discordancia señalado, más un elemento de afectación mínimo que traduzca un detrimento del estado de salud. La población objetivo corresponde a todas aquellas personas que cumplan con la definición del problema de salud señalado, mayores de 18 años.

Conjunto de Intervenciones

La Vía Clínica comparte el mismo objetivo general para las intervenciones, que el planteado por el estándar de atención de la WPATH: lograr sentimiento de comodidad duradero con la identidad de género personal con objeto de maximizar el bienestar psicológico y el sentimiento de autosatisfacción, (Meyer et al., 2001).

Las intervenciones incluidas en el manejo de personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico son las siguientes:

Tabla 1. Intervenciones incluidas en el manejo de personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico.

Intervenciones de Salud Mental: <ol style="list-style-type: none">1. Evaluación inicial2. Psicoterapia (puede incluir Experiencia de Vida Real)3. Consejería y seguimiento (puede incluir Experiencia de Vida Real)4. Confirmación de criterios de elegibilidad y disposición
Adecuación Corporal Hormonal: <ul style="list-style-type: none">▪ Prescripción y control de terapia de feminización / masculinización
Adecuación Corporal Quirúrgica: <ul style="list-style-type: none">▪ Remodelación pectoral▪ Histerectomía y ooforectomía (adecuación de Femenino a Masculino)▪ Orquidectomía▪ Reasignación sexual▪ Feminización facial▪ Otras intervenciones

Si bien estas intervenciones no se realizan necesariamente de manera secuencial, el proceso comienza con la evaluación inicial optando en los casos necesarios por psicoterapia, continúa

con el seguimiento y consejería, pasando por la experiencia de Vida Real⁴ (en el caso de no existir contraindicación). La adecuación hormonal comienza al inicio de la EVR o unos meses después de esta. La remodelación pectoral en los casos de adecuación de femenino a masculino se puede realizar al comienzo de la EVR, mientras que en la adecuación de masculino a femenino se espera al máximo efecto conseguido por el manejo hormonal (no antes de 18 meses). La orquidectomía puede ser planteada en etapas avanzadas del manejo hormonal, o bien llevada a cabo durante la adecuación genital quirúrgica. La operación de reasignación sexual corresponde a la última etapa, y en términos generales nunca se realiza antes de dos años de seguimiento.

1. Intervenciones de Salud Mental

Las tareas de evaluación inicial, psicoterapia, consejería y seguimiento, y confirmación de criterios de elegibilidad para otras intervenciones pueden ser realizadas por diferentes profesionales de un mismo equipo. En ocasiones, puede resultar útil que el profesional que determine el cumplimiento de los criterios de elegibilidad sea uno o dos profesionales diferentes a quienes realizan la psicoterapia o la consejería y seguimiento.

El nivel de especialización requerido por esta Vía Clínica para cada una de las tareas es el siguiente:

- Evaluación Inicial: Médico psiquiatra entrenado en temas relacionados a identidad de género.
- Psicoterapia: Psicólogo o médico psiquiatra con formación en psicoterapia, entrenados en temas relacionados a identidad de género, y con posibilidad de supervisión por terceros.
- Consejería y seguimiento: Profesional del equipo de salud mental, entrenado en temas relacionados a identidad de género.
- Confirmación de criterios de elegibilidad y disposición para otras intervenciones: Médico psiquiatra entrenado en temas relacionados a identidad de género.

Evaluación inicial

La evaluación inicial tiene como objetivos:

- Establecer primer contacto en temas trans-específicos.
- Documentar historia y preocupaciones actuales.
- Establecer la presencia de incongruencia entre identidad de género y sexo físico y grado de afectación.
- Descartar diagnóstico de trastornos psiquiátricos relacionados que posiblemente no se beneficiarán con adecuación corporal.
- Establecer diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica (ej. trastorno depresivo, trastorno ansioso, consumo y abuso de alcohol o drogas, etc.)
- Discutir expectativas del tratamiento y decidir plan de acción.

Para establecer la presencia de incongruencia entre identidad de género y sexo físico y su grado de afectación, se recomienda el empleo de parámetros específicos. Pueden servir como referencia los criterios mencionados en el DSM-IV o la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10) para Trastorno de Identidad de Género, u otro instrumento (revisar Bockting et al, 2006). La utilización de criterios diagnósticos del DSM-IV o CIE-10 no autoriza la estigmatización o la privación de derechos de las personas afectadas. La clasificación en estos manuales (DSM-IV y CIE-10) de las personas que manifiestan un sentimiento de incongruencia entre el sexo físico y la identidad de género, ha sido fuertemente cuestionada ya que es asociada a la estigmatización de la condición.

⁴ EVR: adopción por completo del rol del género al cual se transita. Este concepto se encuentra detallado en el glosario.

Dentro de los diagnósticos descritos que podrían manifestar sintomatología similar a la de personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico, se describen: trastornos obsesivo compulsivos, trastornos psicóticos, trastornos de identidad disociativo, entre otros (Bockting et al., 2006). En la identificación diferencial de estos casos, se debe proceder de acuerdo al diagnóstico establecido.

En el caso de pesquisar morbilidad psiquiátrica (ej. trastorno depresivo, trastorno ansioso, consumo perjudicial y abuso de alcohol o drogas) de mayor emergencia que los problemas relacionados a la incongruencia entre identidad de género y sexo físico, ésta debe ser manejada y/o estabilizada prioritariamente. La presencia de morbilidad psiquiátrica puede aumentar los elementos estresantes de la incongruencia entre identidad de género y sexo físico, como también afectar el consentimiento competente e informado respecto a alternativas de manejo. Sin embargo, algunas veces la morbilidad psiquiátrica asociada también puede ser consecuencia de la incongruencia entre identidad de género y sexo físico.

Psicoterapia

Respecto a la psicoterapia es importante señalar que no todas las personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género requerirán psicoterapia previa al inicio del manejo hormonal o intervención quirúrgica. La decisión de iniciar psicoterapia es tomada durante la evaluación inicial.

El objetivo de la psicoterapia será:

- Aliviar el estrés, malestar y conflictos asociados a la discordancia entre identidad de género y sexo, que podrían amenazar un estilo de vida estable.
- Trabajar y desarrollar preocupaciones y conflictos relacionados a la identidad de género.
- Trabajar y apoyar el afrontamiento de la adecuación corporal.

En esta intervención se espera profundizar en la interiorización de la persona sobre su propia identidad de género, el impacto de ésta en su vida, y sus propios recursos para el manejo de sus conflictos.

Es relevante señalar que la psicoterapia no intenta “curar” la incongruencia. La psicoterapia es considerada dentro de los criterios de elegibilidad para la intervención hormonal y quirúrgica.

La psicoterapia puede -y muchas veces es preferible-, que se encuentre presente durante todo el proceso de adecuación hormonal y quirúrgico. Es importante discutir con la persona la posibilidad que todas las intervenciones ofrecidas no logren erradicar por completo los vestigios del sexo original, incluyendo las experiencias previas a la adecuación corporal.

El seguimiento y consejería

El seguimiento y consejería pueden ser realizado indistintamente del desarrollo de la psicoterapia. En esta se espera que el profesional comunique las opciones de manejo de la incongruencia entre identidad de género y sexo físico, enfatizando todas las alternativas de expresión de género existentes. El consejero puede recomendar la participación en actividades grupales entre pares, como también integrar a la familia o personas cercanas a dinámicas de trabajo relacionadas a la aceptación de la discordancia.

La WPATH (Meyer et al., 2001), recomienda la realización de una “Experiencia de Vida Real” (EVR), en donde la persona afectada debe adoptar completamente el rol del género al cual transita. Durante la EVR, la persona podrá apreciar las consecuencias reales del cambio de rol (familiares, vocacionales, interpersonales, educacionales, económicas, etc.). Las tareas solicitadas para considerar exitosa la EVR son:

- Mantener un empleo a tiempo parcial o completo con el nuevo rol.
- Mantener función de estudiante con el nuevo rol.
- Participar en una actividad voluntaria de la comunidad con el nuevo rol.
- Empezar alguna combinación de las tres primeras.
- Proveer documentación que acredite el funcionamiento con el nuevo rol.

La EVR debe ser entendida como un tiempo de adecuación, experimentación y aprendizaje relacionado al nuevo rol acorde a su identidad. La EVR puede comenzar previa o durante el inicio del manejo hormonal. En el caso de la adecuación de femenino a masculino, la remodelación pectoral con mastectomía puede ser realizada previamente al inicio de la EVR.

Cabe mencionar, que si bien todos los estándares revisados recomiendan la realización de la EVR (ver informe metodológico), es necesario tener presente la existencia de elementos propios del contexto nacional que pudieran dificultar la realización exitosa de ésta, sin generar mayores perjuicios en las personas afectadas. Estos elementos deben ser valorados al momento de acordar y evaluar el desarrollo de la EVR, flexibilizando en ciertos casos los criterios de elegibilidad para las intervenciones posteriores.

Confirmación de criterios de elegibilidad y disposición

Los criterios de elegibilidad y disponibilidad propuestos para intervenciones hormonales y quirúrgicas son presentados en los títulos siguientes (ver adecuación corporal hormonal y quirúrgica). El profesional de salud mental debe cerciorarse del cumplimiento de estos criterios previa su derivación al endocrinólogo, cirujano o urólogo, evaluando la capacidad de tomar consentimiento informado de los beneficios y posibles riesgos relacionados a las intervenciones. Para esto, el profesional de salud mental debe estar informado en términos generales de dichas intervenciones. Idealmente la confirmación de los criterios de elegibilidad y disponibilidad debe ser realizada por dos profesionales independientes.

Redes Asistenciales

Las intervenciones de salud mental descritas deben llevarse a cabo en el contexto de equipos de nivel secundario, según la disposición de cada Servicio de Salud (COSAM, CRS, CDT). De igual forma la derivación desde Atención Primaria debe ser realizada siguiendo modalidades preestablecidas: derivación por interconsulta, presentación del caso en consultorías, u otros.

La coordinación de capacitaciones para el adiestramiento en problemas de salud relacionados a identidad de género será coordinada por las dependencias responsables del Ministerio de Salud.

2. Adecuación Corporal Hormonal

Los objetivos de la intervención hormonal son:

- Reducir niveles hormonales endógenos y por ende, las características sexuales secundarias de los individuos.
- Reemplazar niveles hormonales endógenos por aquellos del sexo reasignado, utilizando los principios del reemplazo hormonal en pacientes con hipogonadismo.

El nivel de especialización requerido es de médico especialista en endocrinología, con entrenamiento relacionado a problemas de identidad de género.

El inicio del manejo hormonal en personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico se encuentra condicionada al cumplimiento de los criterios de elegibilidad y disposición. Los criterios de elegibilidad señalados en el estándar de atención de la WPATH, corresponden a los criterios mínimos que debe reunir cualquier persona que busque alguna intervención médica, mientras que los criterios de disposición corresponden a los criterios de disposición mental para llevar a cabo intervenciones hormonales o quirúrgicas, (Meyer et al., 2006; Bockting et al., 2006).

Si bien, la confirmación de estos criterios es realizada por el profesional de salud mental previo a la derivación, es recomendable que el endocrinólogo confirme al menos los criterios de elegibilidad. Los criterios de elegibilidad y disposición son presentados en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de elegibilidad y disposición para adecuación corporal hormonal. Adaptado del estándar de atención de la WPATH (Meyer et al., 2001).

Elegibilidad
<ul style="list-style-type: none">- Edad mayor o igual a 18 años.- Conocimiento demostrado de lo que pueden y no pueden hacer las hormonas en su beneficio social, y sus riesgos.- Además:<ul style="list-style-type: none">a. Experiencia de Vida Real documentada por al menos 3 meses previo al inicio del manejo hormonal; ób. Un período de psicoterapia especificado por el profesional de salud mental posterior a la evaluación inicial (usualmente no menor a 3 meses).

Disposición
<ul style="list-style-type: none">- La persona ha consolidado su identidad de género durante el proceso de Experiencia de Vida Real o psicoterapia.- La persona ha demostrado progresos en el dominio de otros problemas identificados (abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas), mejorando o manteniendo una salud mental estable.- El paciente probablemente seguirá el manejo hormonal de manera responsable.

Intervenciones hormonales

Las intervenciones hormonales pueden ser realizadas a través de diferentes familias de fármacos, con diferentes presentaciones. En el caso de la adecuación de Masculino a Femenino, la feminización de caracteres sexuales puede lograrse utilizando al menos cuatro familias de fármacos: estrógenos (conjugados o sintéticos), progestágenos (con propiedades antiandrogénicas, ej. Acetato de Cyproterona), Espirinolactona (inhibidor de secreción de testosterona e inhibidor del receptor de andrógeno), y uso de agonistas GnRH.

Los niveles séricos buscados corresponden a los de una mujer premenopáusica: promedio diario de estradiol: <200 pg%, y testosterona: <55 ng%.

Los efectos de feminización pueden ser logrados mediante la utilización de estrógenos, sin embargo, la utilización de antiandrógenos permite disminuir las dosis requeridas, aminorando el riesgo de efectos adversos. La posología de cada fármaco puede variar según su presentación (para detalle revisar Hembree et al., 2009 y Dahl et al., 2006). Los efectos antiandrogénicos

generalmente son reversibles, mientras que varios de los efectos estrogénicos son de carácter irreversible.

En el caso de la adecuación de femenino a masculino, la masculinización de caracteres sexuales puede lograrse utilizando testosterona hasta conseguir niveles masculinos normales (320-1000 ng%). La ablación de endometrio o el uso de progestágenos, se encuentra indicado en caso de persistir el sangrado menstrual pese a lograr los niveles de testosterona buscados. Agonistas GnRh o medroxiprogesterona utilizados previo al inicio de testosterona pueden lograr cesación de menstruación y disminuir dosis de testosterona requerida.

Efectos y tiempos para efectos

Los efectos y tiempos requeridos del manejo hormonal se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Efectos y tiempos para modificar caracteres sexuales en el manejo hormonal de personas con Tránsito de Masculino a Femenino y Femenino a Masculino (adaptado de Hembree et al., 2009)

Adecuación de Masculino a Femenino			Adecuación de Femenino a Masculino		
Efecto	Inicio	Máximo	Efecto	Inicio	Máximo
Redistribución de grasa corporal	3-6 meses	2-3 años	Piel grasa, acné	1-6 meses	1-2 años
Disminución de masa y fuerza muscular	3-6 meses	1-2 años	Crecimiento de pelo facial y corporal	6-12 meses	4-5 años
Piel suave y menos grasa	3-6 meses	Incierto	Perdida de cabello	6-12 meses	-
Disminución de la libido	1-3 meses	3-6 meses	Aumento de masa y fuerza muscular	6-12 meses	2-5 años
Disminución de erección espontánea	1-3 meses	3-6 meses	Redistribución grasa	1-6 meses	2-5 años
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable	Interrupción de menstruación	2-6 meses	-
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años	Aumento tamaño del clítoris	3-6 meses	1-2 años
Disminución volumen testicular	3-6 meses	2-3 años	Atrofia mucosa vaginal	3-6 meses	1-2 años
Disminución del crecimiento folicular terminal	6-12 meses	> 3 años	Cambio de voz	6-12 meses	1-2 años
Cabello	Sin re crecimiento	-	-	-	-
Cambios de voz	Sin efecto	-	-	-	-

En la adecuación de masculino a femenino, el desarrollo mamario puede ser muy variable entre los individuos, al igual que los tiempos requeridos para lograr el máximo de efecto. Raramente el desarrollo mamario alcanza una apariencia de Tanner 5. El aumento mamario quirúrgico puede ser considerado en los casos de insatisfacción significativa. Usualmente el manejo hormonal tampoco logra disminuir del todo el vello facial. En estos casos también se puede considerar la electrolisis de los folículos pilosos. Generalmente el tratamiento estrogénico disminuye la caída del cabello, sin embargo, no logrará hacer crecer cabello en las zonas ya alopecias.

En el caso del manejo con testosterona en la adecuación de femenino a masculino, la profundización de la voz, crecimiento de vello facial y aumento de vello, patrón de calvicie masculino, son cambios irreversibles.

Riesgos asociados a la intervención hormonal

En la adecuación de masculino a femenino, los principales riesgos descritos con el uso de estrógeno en dosis suprafisiológicas son: enfermedad tromboembólica, disfunción hepática e hipertensión. El aumento de trombosis venosa se ha descrito principalmente asociado al uso de estrógenos sintéticos (ej. etinil estradiol). Se recomienda el estudio de trombofilia solo en aquellas personas con antecedentes personales o familiares de trombosis venosa. El uso en niveles fisiológicos de estrógenos se ha asociado a un mejoramiento del patrón de lípidos

(menos aterogénico). Sin embargo, este beneficio se pierde con el aumento de peso, aumento de presión arterial y resistencia a insulina. El uso de estrógenos también se asocia en algunas personas a un aumento de niveles de prolactina y del tamaño hipofisiario.

Los efectos adversos son especialmente significativos en personas con riesgo cardiovascular. Especial consideración deben tener las personas que fuman, que son obesas, de edad avanzada, con alguna enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, coagulopatía, antecedente de cáncer o alguna anomalía endocrinológica.

El uso de estrógeno en corto y mediano plazo (<30 años) no incrementaría el riesgo de cáncer de mama. Existe escasa evidencia respecto al desarrollo de cáncer de próstata en personas con adecuación de Masculino a Femenino. El uso de estrógeno protegería la pérdida de masa ósea.

En el caso de la adecuación de Femenino a Masculino, los riesgos asociados al uso de testosterona son: eritrocitosis, disfunción hepática, retención de sal, hipertensión, cambios en el patrón de lípidos (mayor aterogénicidad), ganancia excesiva de peso, acné, labilidad emocional, aumento del deseo sexual, e infertilidad. Aunque no se ha evidenciado empíricamente los efectos del uso de testosterona durante períodos prolongados en personas con adecuación de Femenino a Masculino, podría asociarse a un aumento en el riesgo de cáncer de endometrio y ovario. La alternativa de histerectomía con salpingo-ooforectomía debe ser discutida evaluando los beneficios y riesgos.

Los riesgos de la intervención hormonal pueden ser modulados evitando dosis suprafisiológicas, disminuyendo dosis de los principales fármacos mediante el uso de combinaciones, o utilizando determinadas presentaciones (oral, inyectable, transdérmica).

Antes de iniciar el manejo hormonal, el médico endocrinólogo debe corroborar que la persona conoce bien los riesgos y beneficios de las intervenciones planteadas, incluyendo las consecuencias reproductivas de éstas.

Seguimiento

La secuencia de seguimiento propuesta, incluyendo sus mediciones, se presenta en la siguiente tabla adaptada de Hembree et al., 2009, compatible con los referido en Dahl et al., 2006 y el estándar de atención de WPATH , 2001.

Tabla 4. Seguimiento de manejo hormonal en personas con adecuación de Masculino a Femenino y Femenino a Masculino (adaptado de Hembree et al, 2009)

Seguimiento adecuación Masculino a Femenino	
1.	Evaluación basal: recuento sanguíneo, función renal, función hepática, perfil lipídico, metabolismo de glucosa
2.	Control cada 2-3 meses (1er año), luego cada 6-12 meses.
3.	Medición de testosterona y estradiol cada 3 meses (testosterona <50g%; estradiol <200 pg%)
4.	Medición de electrolitos cada 2-3 meses (1er año) en personas con espironolactona
5.	Tamizaje de cáncer de manera habitual para personas sin tratamiento hormonal (mama, próstata, colon)
6.	Densitometría Ósea basal en quienes presenten factores de riesgo de fractura osteoporótica
Seguimiento adecuación Femenino a Masculino	
1.	Evaluación basal: recuento sanguíneo, función renal, función hepática, perfil lipídico, metabolismo de glucosa
2.	Control cada 2-3 meses (1er año), luego cada 6-12 meses.
3.	Medición de testosterona cada 3 meses (testosterona 350-700 ng%). La medición debe ser adecuada a cada presentación (ver referencia <i>W.C. Hembree et al 2009</i>).
4.	Medición de estradiol primeros 6 meses de uso de testosterona o hasta completar 6 meses sin menstruación. (estradiol <50 pg/ml)
5.	Laboratorio de: recuento sanguíneo, función hepática cada 3 meses (1er año), luego cada 6-12 meses. Control rutinario de peso, presión arterial, perfil lipídico, glicemia de ayunas (antecedentes familiares de diabetes).
6.	Tamizaje de cáncer de cervix uterino y mama según protocolos habituales, en los casos que dichos tejidos persistan.
7.	Densitometría Ósea basal en quienes presenten factores de riesgo de fractura osteoporótica

La dosis del manejo hormonal deben ser disminuidas una vez se realice la gonadectomía. El tratamiento puede prolongarse por cantidad indefinida de años.

Redes Asistenciales

La intervención hormonal debe ser realizada por médico endocrinólogo del nivel secundario de atención de los respectivos Servicios de Salud. La disponibilidad de los fármacos requeridos (usualmente de bajo costo) y los exámenes, será responsabilidad de cada establecimiento asistencial. La referencia desde el equipo de salud mental del nivel secundario de atención al endocrinólogo debe ser realizada mediante interconsulta siguiendo procedimientos habituales.

Es importante una estrecha comunicación entre el especialista endocrinólogo y la Atención Primaria, en especial para facilitar la monitorización del riesgo cardiovascular y el tamizaje para los cánceres señalados.

La coordinación de capacitaciones para el entrenamiento en problemas de salud relacionados a identidad de género será coordinada por las dependencias responsables del Ministerio de Salud. La capacitación, cuando sea necesaria, contempla la consultoría a médicos endocrinólogos de mayor experiencia.

3. Adecuación Corporal Quirúrgica

La reasignación sexual quirúrgica, es efectiva en disminuir el estrés asociado a la incongruencia entre identidad de género y sexo físico, con beneficios tanto en aspectos psicológicos como sociales. Las cirugías de reasignación sexual no son consideradas operaciones con fines cosméticos, sino una intervención que favorece la adopción satisfactoria del rol del género con el cual la persona se identifica (Bowman et al., 2006; Meyer et al., 2001; Hembree et al, 2009).

Reconstrucción genital

La Vía Clínica adhiere a los criterios de elegibilidad y disposición planteados en el estándar de atención de la WPATH (Meyer et al. 2001). Sin embargo, dentro de los criterios de elegibilidad el estándar de la WPATH propone 12 meses de Experiencia de Vida Real previo a la operación de reasignación de sexo, mientras otros estándares utilizan un tiempo mínimo de 2 años (Bowman et al., 2006). La presente Vía Clínica adopta un criterio intermedio de 18 meses de Experiencia de Vida Real exitosa, siempre que las condiciones sociales y culturales no sean adversas generando mayor afectación de la salud.

Un año de tratamiento hormonal continuo es otro criterio de elegibilidad. En los casos excepcionales que se demuestre una Experiencia de Vida Real exitosa por más de 18 meses sin tratamiento hormonal, la reasignación de sexo puede ser considerada, previa documentación de psicoterapia y cumplimiento de criterios de disposición.

En la siguiente tabla se presentan los criterios de elegibilidad y disponibilidad requeridos para la derivación de personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico, desde los servicios de salud mental a los servicios quirúrgicos correspondientes:

Tabla 5. Criterios de elegibilidad y disposición para adecuación corporal quirúrgica (reconstrucción genital). Adaptado del estándar de atención de la WPATH (Meyer et al., 2001).

Elegibilidad
<ul style="list-style-type: none"> - Mayoría de edad (18 años). - Usualmente 12 meses de tratamiento hormonal continuo en quienes no presentan contraindicación médica para ésta. - 18 meses de Experiencia de Vida Real continua y exitosa⁵. - Cumplimiento de psicoterapia cuando ésta sea indicada por el profesional de salud mental, en frecuencia y periodicidad establecida. - Conocimiento demostrado de costos, requerimientos de estadía hospitalaria, complicaciones probables y requerimientos de rehabilitación post-quirúrgicos de las diferentes alternativas quirúrgicas.
Disposición
<ul style="list-style-type: none"> - Progreso demostrable de consolidación de identidad de género. - Progreso demostrable en relación a problemas de trabajo, familia y relaciones interpersonales, originando un estado de salud mental significativamente mejor. Esto también implica control satisfactorio de problemas como por ejemplo abuso de sustancias, ideación suicida. - El paciente probablemente seguirá el manejo hormonal de manera responsable.

El cirujano debe preocuparse de completar el consentimiento informado del paciente, comunicando adecuadamente los beneficios y riesgos de cada una de las intervenciones que se realizarán. El cirujano también debe informar el espectro completo de alternativas quirúrgicas, aun cuando estas no corresponden a su dominio técnico. En el caso de proceder la indicación de alguna intervención que él no domine, deberá evaluar la factibilidad de derivación a otro equipo quirúrgico competente.

Es relevante evitar crear falsas expectativas de los resultados estéticos y funcionales que pueden ser logrados con las técnicas quirúrgicas actualmente disponibles.

La reconstrucción genital debe ser realizada por equipo quirúrgico especializado y entrenado en temas relacionados a identidad de género. El equipo debe tener la posibilidad de ser supervisado periódicamente por pares al menos con experiencia comparable. Se recomienda la participación permanente en actividades de perfeccionamiento.

Los objetivos de la reconstrucción genital en la adecuación de masculino a femenino son:

- Creación de vulva con sensibilidad y estéticamente aceptable (incluye clítoris, labios menores, labios mayores, introito)
- Acortamiento y descenso de la uretra
- Neovagina estable y sensible, idealmente recubierta de epitelio húmedo, elástico y libre de folículos piloso.
- Eliminación de tejido eréctil (evitar estreches de introito, protrusión uretral-meato/clítoris durante excitación sexual).
- Preservación de la capacidad de orgasmo.

Los procedimientos asociados a la reconstrucción genital en la adecuación de masculino a femenino son: orquidectomía, creación de neovagina y neoclítoris, labioplastia, disección y penectomía parcial. Estos procedimientos usualmente se realizan en un solo momento quirúrgico, aunque la clitoroplastia y labioplastia pueden ser aplazadas a un segundo tiempo. La técnica más frecuentemente utilizada en la construcción de la neovagina es la inversión

peneana, requiriendo en algunos casos el uso de piel adicional de escroto o injerto de piel abdominal baja. El uso de pedículo transplantado de colon, es considerada como tercera opción, apropiada cuando no se dispone de piel peneana (penectomía previa). Los labios menores son construidos usando el prepucio o piel de la base del pene, mientras que para los labios mayores se utiliza piel escrotal. Para la construcción del clítoris, generalmente es utilizable una pequeña porción del glande. Las dimensiones esperadas de la neovagina son de 30 mm de diámetro y una profundidad de al menos 10 cm. La uretra debe ser acortada y descendida con tal de permitir la micción sentada.

Es necesario suspender el tratamiento con hormonas feminizantes entre dos y cuatro semanas previo a la cirugía. El uso de fármacos anticoagulantes debe ser suspendido entre los 7 y 10 días previos. Es importante la suspensión del tabaquismo cuando corresponda, y procurar la electrolisis genital de las zonas que posiblemente formarán parte del revestimiento de la neovagina (escroto), no menos de 3 meses antes del procedimiento.

El paciente debe ingresar al menos un día previo a la cirugía. Los días requeridos de reposo en cama post-cirugía son de 6 a 8. La sonda Floey puede ser retirada al 5^{to} día postquirúrgico. El uso de una prótesis fija permanente (dilatador) es necesaria por 5 días. Posterior a esto, la prótesis debe ser usada la mayor parte del día, siendo removida por tiempos gradualmente progresivos durante las 8 y 24 semanas siguientes. Luego de este período, en el caso de no contar con relaciones sexuales frecuentes, será necesario el uso de la prótesis de dilatación de manera diaria.

Las complicaciones del procedimiento habitualmente descritas son: sangrado y hematomas, infección, problemas con la cicatrización, fístula recto-vaginal, necrosis parcial o completa de colgajos, estreches vaginal, estenosis uretral, irregularidad de meato uretral (embalcamiento), prolapso de neovagina, crecimiento de pelo intravaginal. Estas complicaciones deben ser resueltas por los equipos quirúrgicos competentes. Las complicaciones son de baja frecuencia.

Las necesidades de reintervención normalmente obedecen a: ajuste de tamaño, forma, localización o cobertura del neoclítoris; ajuste de tamaño o forma de labios menores o mayores; corrección de comisura anterior; y necesidad profundización de neovagina.

En el caso de la adecuación de femenino a masculino los procedimientos relacionados a la reasignación sexual son: vaginectomía y alargamiento uretral, faloplastia o metaidoioplastia, y escrotoplastia. El alargamiento uretral puede ser realizado tomando mucosa vaginal, vesical o de la boca. El procedimiento puede ser utilizado tanto para metaidoioplastia como para la faloplastia, y puede ser realizado en un tiempo quirúrgico previo a la metaidoioplastia/faloplastia o cuando estas son llevados a cabo.

La faloplastia corresponde a un procedimiento complejo y de múltiples etapas, con resultados variables y frecuentes complicaciones. Consiste en el implante de un colgajo generalmente tomado del antebrazo envuelto sobre sí, conservando un lumen en su interior (neo-uretra). El colgajo requiere de la disección de nervios y vasos inguinales, necesitando frecuentemente injertos venosos (de las extremidades inferiores). La zona donante del antebrazo es injertada con piel del muslo. Luego de un año de estabilización anatómica es posible realizar un implante de prótesis que permitan la penetración, además de la demarcación mediante tatuaje del glande. Las complicaciones y riesgos más frecuentes son: necrosis parcial o completa del neo-falo (en post-operatorio temprano), compromiso de la sensibilidad o función de la muñeca y mano del antebrazo donante, insatisfacción con resultado estético del neo-falo y de la zona donante, fístula arterio-venosa al interior del neo-falo. El cuidado hospitalario asociado a la faloplastia incluye tiempos de estada entre 10 y 14 días, vigilancia estrecha del neo-falo (cada 1 a 2 horas durante los dos primeros días), el uso de sonda vesival supra-púbica (retirable durante la primera semana), el uso de sonda Foley por 2 o 3 semanas, y afrontar las complicaciones del post-operatorio temprano.

La metaidoioplastia corresponde a un procedimiento menos complejo y con menores riesgos que la faloplastia. Consiste en la liberación del clítoris del tejido circundante y su recubrimiento con colgajos de labios menores. La uretra ya alargada puede ser incluida en su interior. El resultado consiste en un micro-falo de 4-10 cm de largo, y grosor cercano al de un dedo

meñique. Aunque no permite la penetración sexual, mantiene preservada la sensibilidad erógena y posibilita la micción de pie. Las complicaciones más frecuentes son: sangrado, seromas, cicatrices hipertróficas, fístula y estrechamiento uretral. La metaidoioplastía cuando incluye alargamiento de uretra, requiere de sonda vesical supra-púbica, la cual puede ser retirada durante la primera semana. La hospitalización demora entre 5 a 10 días.

La escrotoplastía corresponde a la formación de sacos usualmente con tejido de labios mayores. Cuando el saco se encuentra estabilizado, es posible implantar prótesis testiculares.

Los requerimientos prequirúrgicos para la faloplastía y metaidoioplastía son similares a los descritos en la reasignación sexual de masculino a femenino.

El nivel de especialización requerido para el conjunto de las intervenciones mencionadas es el de médico especialista en cirugía plástica, urología o ginecología, todos con formación y experiencia en temas relacionados a la identidad de género.

Remodelación Pectoral

Los criterios de elegibilidad y disposición son los mismos señalados para la reasignación sexual, con la salvedad que en el caso de la adecuación de femenino a masculino, la mastectomía puede ser considerada al momento de iniciar el tratamiento hormonal, eventualmente antes de haber empezado la Experiencia de Vida Real. En el caso de la adecuación de masculino a femenino, la necesidad de aumento del volumen mamario debe ser considerada sólo después de 18 meses de tratamiento hormonal continuo.

En el aumento de tamaño normalmente se utilizan implantes, implantados sub muscular, vía subareolar o bajo el pliegue mamario. No existe consenso sobre la técnica que logre un mejor aspecto del complejo areola-pezones similar al de una mujer adulta. Esta intervención es realizable de manera ambulatoria. Las actividades de la vida diaria se pueden recobrar en 1 a 2 semanas. Actividades extenuantes deben ser evitadas por 3 a 4 semanas. El masaje mamario (ejercicio de desplazamiento del implante) debe comenzar entre el 3 y 5 día. Las complicaciones posibles son: sangrado y hematoma, infección, seroma, problema de cicatrización, cicatriz hipertrófica, asimetría mamaria, contractura capsular, extrusión del implante, y falla del implante.

Los motivos de revisiones quirúrgicas señaladas son: cambio de implantes por otro de diferente tamaño, cambio de implante por otro de diferente tipo, reubicación del implante, revisión de herida.

En el caso de la mastectomía en la adecuación de femenino a masculino, el objetivo de la intervención es conseguir un tórax con contorno masculino, con sensibilidad conservada y con mínimas cicatrices. El abordaje quirúrgico dependerá tanto del tamaño de la mama como de las características elásticas de la piel (mastectomía subcutánea con incisión periareolar, incisión concéntrica, incisiones con extracción de piel, o mastectomía completa). Un aspecto importante corresponde a la conservación del complejo areola-pezones, el cual en su mayoría de las veces requerirá disminución de tamaño y reinjerto.

Las complicaciones asociadas a la mastectomía son: sangrado y hematoma, infección, seroma, problemas en la cicatrización, necrosis del pezón, necrosis del colgajo de mastectomía, anomalías del contorno (asimetría), asimetría del pezón, cicatrices hipertróficas. En el caso de la mastectomía subcutánea la sensibilidad del complejo areola-pezones se puede encontrar disminuida en el tiempo post-operatorio, sin embargo, ésta mejora luego de algunos meses. En el caso del reinjerto de areola-pezones, la sensibilidad podría perderse en forma definitiva.

La intervención quirúrgica puede ser realizada el mismo día de internación del paciente, con alta al día siguiente. Durante un mes será necesario el uso de vendaje compresivo. Las actividades habituales se pueden retomar a partir de la primera o segunda semana.

En ocasiones se debe considerar la reintervención para liposucción de contornos, revisión de cicatriz, excisión de exceso de piel, ajuste a la posición y tamaño del complejo areola-pezones.

La mastectomía no exime la necesidad de tamizaje habitual para cáncer de mama (posible tejido residual).

El nivel de especialización requerido es de médico especialista en cirugía de mama o cirujano plástico.

Histerectomía, Oforectomía

La histerectomía y oforectomía puede disminuir el estrés asociado a la incongruencia entre identidad de género y sexo físico, evita la realización de PAP, evita la menstruación, evita la posibilidad de patología maligna en estos órganos y permite disminuir dosis de testosterona requerida. El procedimiento de histerectomía y oforectomía pueden ser realizados laparoscópicamente. Los riesgos de la histerectomía y oforectomía son los mismos presentes en personas que no presentan incongruencia entre identidad de género y sexo físico. El tiempo quirúrgico puede ser el mismo en el cual se realice la metaidoioplastía o faloplastía, o bien previamente.

El nivel de especialización requerido es de médico especialista en gineco-obstetricia.

Intervenciones faciales

El conjunto de estas intervenciones para la adecuación de masculino a femenino incluye: remoción de prominencia supra-orbitaria y modelamiento de contorno orbitario, elevación de frente, rinoplastía, operación de orejas, aumento de labios, aumento malar, ensanchamiento del complejo sigomático, reducción del mentón y/o maxilar inferior, rotación del complejo bimaxilar, laringocondroplastía reductora.

En el caso de la adecuación de femenino a masculino, se consideran: rinoplastía, implante de mentón, entre otras.

El nivel de especialización requerido es de médico especialista en cirugía plástica, cirugía máxilo facial y otorrinolaringólogo en el caso de la laringocondroplastía.

Otras intervenciones

En el caso de la adecuación de masculino a femenino se describe: la liposucción de cintura y el aumento de cadera y glúteos. En la adecuación de femenino a masculino se encuentra descrito: liposucción de caderas, muslos y glúteos, e implante de pectorales y pantorrilla.

La operación de cuerdas vocales en la adecuación de masculino a femenino tiene resultados variables. Se recomienda la derivación a servicio de otorrinolaringología para manejo fonoaudiológico.

Redes Asistenciales en intervenciones quirúrgicas

En el contexto nacional solo existe un equipo identificado con la experiencia necesaria para la realización de reasignación sexual (Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso). La resolución quirúrgica de este tipo de intervenciones debe ser coordinada por la macro red de alta complejidad. En la coordinación se deberá considerar las consultas ambulatorias pre-operatorias (1 o 2), y las post operatorias (a los 30, 60 y 90 días), y las posibles reintervenciones.

La indicación de reasignación genital es realizada por el equipo de salud mental del nivel secundario de los Servicios de Salud de origen del paciente, siguiendo los criterios de elegibilidad y disposición descritos.

La técnica de vaginoplastia utilizada por el equipo del Hospital Carlos Van Buren, corresponde a la de inversión de piel peneana y colgajo de escroto cuando es requerido. La técnica utilizada para la adecuación de femenino a masculino es la metaidoioplastia, con buenos resultados. En los casos excepcionales de faloplastia se deberá tener precaución en el agendamiento de controles post alta más seguidos que en el caso de la metaidoioplastia. Consideraciones similares corresponden para los casos de vaginoplastia con pedículo transplantado de colon.

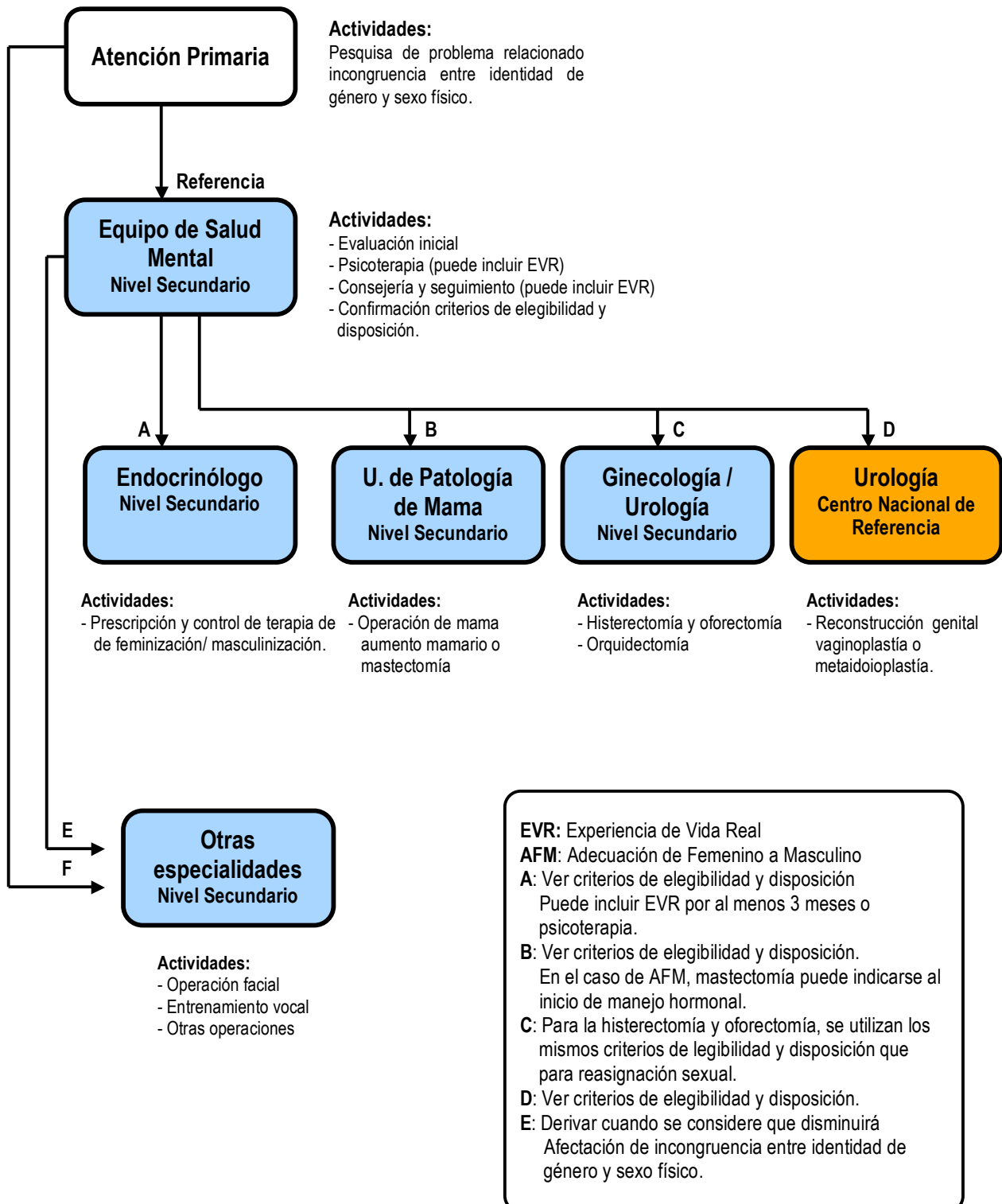
Las prótesis requeridas para la vaginoplastia son de bajo costo (dilatadores de diferentes diámetros) y deben estar disponibles previo a la cirugía.

La remodelación pectoral debe ser referida desde el servicio de salud mental del nivel secundario de atención al servicio de Unidad de Patología de Mama del propio Servicio de Salud, cuando se cumplan los criterios de elegibilidad y disposición ya descritos.

Las intervenciones faciales y otras intervenciones, pueden ser referidas a la especialidad correspondiente (cirugía plástica, máxilo facial, otorrinolaringología) desde atención primaria como cirugía electiva con fines cosméticos, o bien, desde los servicios de salud mental del nivel secundario cuando se busque disminuir la afectación de la incongruencia entre identidad de género y apariencia física.

Flujograma

El conjunto de intervenciones se resume en el siguiente flujograma:



Otras Consideraciones y Posibles Nodos Críticos

La Vía Clínica limita la población objetivo a personas mayores de 18 años. Esto no pretende desconocer la presencia de problemas de incongruencia entre identidad de género y sexo físico en edades anteriores. En la revisión de estándares de atención relacionados, casi siempre se pesquisó indicaciones específicas para este grupo de edad. Sin embargo, cumplir con este requerimiento habría significado extender el trabajo más allá de la actual disponibilidad de recursos y de los plazos considerados convenientes. Queda pendiente para futuras actualizaciones de esta Vía Clínica el análisis e incorporación de intervenciones específicas para adolescentes y niños.

Otro aspecto pendiente, corresponde a la elaboración de criterios de control específicos para atención primaria, en especial en lo que respecta a la evaluación y control de condiciones relacionadas a la salud cardiovascular y el tamizaje de ciertos cánceres.

En el desarrollo de la Vía Clínica se identificaron posibles nodos críticos que deberán ser especialmente considerados en el momento de la implementación:

1. No existen códigos FONASA para la genitoplastía. Esto genera problema no solo para la intervención en personas con incongruencia entre identidad de género y sexo físico, sino también para la atención de morbilidades (ej. Sd. de Rokitansky).
2. Se manifiesta preocupación de usuarios por disponibilidad restringida de testosterona en farmacias del nivel secundario de atención, pese a su reducido costo. La alternativa en farmacias privadas corresponde a presentación con un costo muy elevado.
3. En la construcción de esta Vía Clínica, se identificó solo un centro posible de referencia para cirugía de reasignación de sexo. Esto confiere fragilidad a la continuidad de las prestaciones requeridas.
4. Pese a que la demanda de reasignación genital será pequeña, deberá “competir” con la demanda de camas de Urología.
5. Si bien se espera que la demanda de aumento mamario o mastectomía por la población con incongruencia entre identidad de género y sexo físico, sea escasa, también deberán “competir” con demanda de patología mamaria.
6. La baja incidencia de este problema de salud podría dificultar la activación adecuada del conjunto de prestaciones señaladas en esta Vía Clínica, **en especial desde los servicios de salud mental de los niveles secundarios de atención.**
7. Es importante formalizar procedimientos de adiestramiento para equipos de salud mental y endocrinólogos, para cuando éste sea requerido. Para estos se encuentran identificados especialistas endocrinólogo, psiquiatra y urólogo con experiencia, quienes bajo una coordinación adecuada podrían facilitar el adiestramiento de otros equipos (ver informe de ejecución, DIPRECE 2010).

GLOSARIO

Género:

- Construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual (*Fuente: OMS*)
- Construcción cultural, social e histórica que, sobre la base biológica del sexo determina normativamente lo masculino y lo femenino en la sociedad, y las identidades subjetivas y colectivas. (*Fuente: Naciones Unidas*)
- Los sistemas de género/ sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas (*Fuente: Teresita De Barbieri*)

Experiencia de Vida Real (EVR): adopción por completo del rol de género al cual se adecúa la persona. De acuerdo a las referencias, este punto es sumamente importante para iniciar el proceso de tratamiento. Sin embargo, en el caso de nuestro país es necesario matizar estas recomendaciones con la realidad cultural chilena, donde hay un fuerte componente de discriminación. Por otra parte, el cambio de identidad sexual en el Registro Civil es un trámite complejo al que no pueden acceder las personas que aún no han iniciado su proceso de adecuación corporal.

|

Referencia de los Estándares de Atención Consultados

Bocking W., Knudson G., Goldberg J.M. Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones. *Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, and the Canadian Rainbow Health Coalition. 2006.*

Bowman C., Goldberg J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery (SRS). *Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, and the Canadian Rainbow Health Coalition. 2006.*

Dahal M., Feldman J.L., Goldberg J., et al. Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: suggested Guidelines. *Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, and the Canadian Rainbow Health Coalition. 2006.*

Hembree W.C., Cohen-Kettenis P., Delemarre-van de Waal A., et al. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab 2009;94:3132-3154.*

Meyer W., Bocking W.O., Cohen-Kettenis P., et al. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders, *6th version. 2001.*

Selvaggi G., Ceulemans P., De Cupiere G. Gender Identity Disorder: General Overview and Surgical Treatment for Vaginoplasty in Male-to-Female Transsexuals. *Plast Reconstr Surg 2005; 116:135e-145e.*

Otras referencias

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. 1995.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Versión. OPS, OMS, 1995.

De Barbieri, Teresita: "Sobre la categoría de Género. Una introducción teórico-metodológica" en Debates en Sociología, n° 18, México, 1993.

DIPRECE: Informe: Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con discordancia entre sexo físico e identidad de género. DIPRECE, 2010.

Lamas, Marta: "La antropología feminista y la categoría género" en Nueva Antropología, vol. VIII, n° 30, México, 1986.