

Código: IN-EC-45 · Vigencia: 2025-03-25 · V001



Estándar Clínico Basado en la Evidencia:

atención de las personas adultas con
incongruencia de género en el Hospital
Universitario Nacional de Colombia



Miembro corporado:

Facultad de Medicina
Sede Bogotá



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
NACIONAL
DE COLOMBIA



Corporación
SALUDUN



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Estándar clínico basado en la evidencia: atención de las personas adultas con incongruencia de género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hospital Universitario Nacional de Colombia
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia
2025

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Estándar clínico basado en la evidencia: atención de las personas adultas con incongruencia de género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Dirección de Investigación e Innovación
 Dirección Jurídica
 Proceso de Atención Ambulatoria
 Proceso de Atención en Cirugía
 Proceso de Atención en Hospitalización
 Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico
 Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas
 Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano
 Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico
 Proceso de Experiencia al Usuario
 Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo
 Proceso de Gestión de la Calidad y Seguridad de Gestión del Riesgo en Salud
 Proceso de Gestión de la Información

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina
 Instituto de Investigaciones Clínicas
 Departamento de Medicina Interna
 Departamento de Obstetricia y Ginecología

Facultad de Enfermería
 Departamento de Salud de Colectivos

Facultad de Ciencias
 Departamento de Farmacia

Facultad de Enfermería
 Departamento Salud de Colectivos

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

AUTORES

- Líderes de la propuesta

Ariel Iván Ruíz Parra

Médico cirujano, especialista en ginecología y obstetricia y en Biología de la Reproducción Humana, magíster en educación con énfasis en docencia universitaria y magister en epidemiología clínica. Se desempeña como Profesor Titular con tenencia del cargo del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, como Médico ginecólogo del HUN y como Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

Cristhiam David Sánchez Corredor

Médico cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en educación médica. Se desempeña como médico ginecólogo en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia y Profesor Auxiliar del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia.

Diana Carolina Vargas Fiesco

Médica cirujana, especialista en ginecología y obstetricia y en Biología de la Reproducción Humana. Se desempeña como profesora del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia y como endocrinóloga-ginecóloga en la Clínica de Género de la Subred Norte.

José Guillermo Ruíz Rodríguez

Médico cirujano, especialista en Medicina Interna, especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Se desempeña como Profesor Asistente del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Director Científico y Médico intensivista en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Roberto Franco Vega

Médico cirujano, especialista en endocrinología. Se desempeña como Profesor Titular del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Jesús Gabriel García Mármol

Médico cirujano, estudiante de cuarto año de la especialidad en endocrinología de la Universidad Nacional de Colombia.

María Victoria Hernández González

Médica cirujana, estudiante de tercer año de la especialidad en ginecología y obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia

- Especialistas participantes en el consenso interdisciplinar

Daniela Álvarez Rendón

Médica general, residente de tercer año de la especialidad en medicina interna de la Universidad Nacional de Colombia

Juan Manuel Arteaga Díaz

Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna, especialista en Endocrinología. Profesor Titular en el Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y jefe de la Unidad de Endocrinología Clínica del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

David Santiago Becerra Tovar

Médico, especialista en patología anatómica y clínica. Se desempeña como patólogo del Proceso de Laboratorio Clínico y Patología en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Diana Marcela Bejarano Villamarín

Enfermera, magíster en salud pública. Se desempeña como jefe del servicio de salud pública en el Proceso de Gestión de la Calidad y Gestión del Riesgo en Salud del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Maricela Gómez Bonilla

Enfermera. Se desempeña como tal en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Julieth Daniela Cajeli Guzmán

Médica, se desempeña como médica hospitalaria en la sala de quimioterapia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Olga Lucía Chaparro Pinilla

Nutricionista dietista, especialista en nutrición clínica. Se desempeña como nutricionista clínica en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Juan José Duque Ramírez

Médico cirujano, especialista en medicina interna y especialista en endocrinología. Se desempeña como médico endocrinólogo en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Franklin Escobar-Córdoba

Médico psiquiatra doctor en medicina. Se desempeña como docente de la especialidad en psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia.

Natalia Corredor Parra

Trabajadora social, especialista en alta gerencia. Se desempeña como jefe del área de experiencia al usuario en el Proceso de Experiencia al Usuario del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Daniel Otalvaro Cortés Díaz

Médico, especialista en ginecología y obstetricia y cirugía pélvica perineal. Se desempeña como profesor asociado de ginecología y obstetricia en la Universidad Nacional de Colombia, como ginecólogo y coordinador del servicio de ginecología en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Mariana Díaz Amaya

Psicóloga, especialista y magíster en psicología médica y de la salud. Se desempeña como psicóloga en el proceso de Atención en Hospitalización y el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Claudia Patricia Garzón Gómez

Fisioterapeuta, se desempeña como tal en el proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Oswaldo Javier Gómez Díaz

Médico cirujano, especialista en cirugía plástica. Se desempeña como cirujano plástico de Proceso de Atención en Cirugía en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Wilson Orlando González Jaimes

Ingeniero de Sistemas. Director del Proceso de Gestión de la Información en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Nathaly González Pabón

Enfermera, magíster en enfermería. Se desempeña como jefe del servicio de seguridad del paciente en el Proceso de Gestión de la Calidad y Seguridad de Gestión del Riesgo en Salud del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Diana Yardleny Gualteros Lesmes

Enfermera, estudiante de segundo año de la maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Erika María Jiménez Niño

Enfermera, especialista en auditoria. Se desempeña como enfermera auditora en el Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Edgar Germán Junca Burgos

Médico cirujano, especialista en cirugía general y subespecialista en cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva. Se desempeña como profesor asociado al Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y como cirujano gastrointestinal en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Beatriz Eugenia Mejía Florez

Odontóloga, especialista en cirugía oral y maxilofacial. Se desempeña como jefe del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario Nacional de Colombia y como docente titular de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Julián David Meléndez Albarracín

Médico, residente de tercer año de la especialidad en medicina física y rehabilitación de la Universidad Nacional de Colombia.

Sugeich Meléndez Rhenals

Médica general, especialista en Medicina Interna, especialista en Bioética y magíster en Bioética. Se desempeña como profesora asistente del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Colombia, Coordinadora Académica Programa de Pregrado de Medicina y Médica Internista en el Proceso de Atención en Hospitalización Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Luisa Fernanda Morales Pinilla

Médica general, especialista en psiquiatría, estudiante de la maestría en docencia de la Universidad del Rosario y la Universidad Pontificia Javeriana. Se desempeña como médica especialista en psiquiatría del proceso de Atención Ambulatoria en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Edgar David Pamplona Rodríguez

Terapeuta ocupacional, se desempeña como tal en el Proceso de Rehabilitación y Desarrollo Humano en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Jhon Jairo Peralta Franco

Médico cirujano, especialista en endocrinología. Se desempeña como Médico endocrinólogo en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Carol Daniela Pérez Beltrán

Enfermera, se desempeña como tal en el proceso de Atención en Cuidado Crítico en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hector Camilo Pérez Cely

Médico cirujano, especialista en Dermatología y en Dermatología oncológica. Se desempeña como dermatólogo y dermatólogo oncólogo en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central.

Análida Pinilla Roa

Médica general, especialista en medicina interna con formación en nutrición y diabetes, especialista en evaluación y construcción de indicadores para la Educación Superior, magíster en educación con énfasis en docencia universitaria, doctora en educación. Se desempeña como profesora asociada del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y como médica internista en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Andrés Felipe Puentes Bernál

Médico cirujano, especialista en urología. Se desempeña como urologo en el Hospital Universitario Nacional de Colombia y como jefe del servicio de urología del Hospital Universitario Mayor Méderi

Alejandra del Pilar Rodríguez Orjuela

Médica. especialista en otorrinolaringología. Se desempeña como otorrinolaringóloga y laringóloga del Proceso de Atención en Cirugía en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Sandra Liliana Sosa Sabogal

Fonoaudióloga, estudiante de la maestría en Fisiología de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como fonoaudióloga en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

María Angélica Triana Borrero

Médica, especialista en ginecología, magíster en reproducción humana y fertilidad humana. Se desempeña como infertóloga en Profamilia.

María Carolina Vargas Cortés

Médica y cirujana general, especialista en epidemiología. Se desempeña como médica hospitalaria del Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Andrés Vargas Peña

Abogado. Se desempeña como Director Jurídico en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

- Coordinadores metodológicos

Paula González-Caicedo

Fisioterapeuta, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como metodóloga de investigación en la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Giancarlo Buitrago

Médico cirujano, magíster en economía y en epidemiología clínica, y doctor en Economía. Es profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Contribuciones de los autores

- **Coordinación clínica:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González
- **Coordinación metodológica:** Ariel Iván Ruíz Parra
- **Definición de alcance y objetivos:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Paula González-Caicedo.
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Paula González-Caicedo.
- **Algoritmo clínico preliminar:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Paula González-Caicedo.
- **Acuerdo interdisciplinario:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Daniela Álvarez Rendón, Juan Manuel Arteaga Díaz, David Santiago Becerra Tovar, Maricela Bonilla Gómez, Julieth Daniela Cajeli Guzmán, Olga Lucía Chaparro Pinilla, Franklin Escobar-Córdoba, Natalia Corredor Parra, Daniel Otalvaro Cortés Díaz, Mariana Díaz Amaya, Claudia Patricia Garzón Gómez, Oswaldo Javier Gómez Díaz, Juan José Duque, Diana Marcela Bejarano, Wilson Orlando González Jaimes, Nathaly González Pabón, Diana Yardleny Gualteros Lesmes, Erika María Jiménez Niño, Edgar Germán Junca Burgos, Beatriz Eugenia Mejía Florez, Julián David Meléndez Albarracín, Sugeich Meléndez Rhenals, Luisa Fernanda Morales Pinilla, Edgar David Pamplona Rodríguez, Hector Camilo Pérez Cely, Jhon Jairo Peralta Franco, Carol Daniela Pérez Beltrán, Analida Pinilla Roa, Andrés Felipe Puentes Bernál, Alejandra del Pilar Rodríguez Orjuela, Sandra Liliana Sosa Sabogal, María Angélica Triana Borrero, María Carolina Vargas Cortés, Andrés Vargas Peña.
- **Algoritmo clínico final:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Paula González-Caicedo.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

- **Revisión y edición:** Ariel Iván Ruiz Parra, Cristhiam David Sánchez Corredor, Diana Carolina Vargas Fiesco, José Guillermo Ruíz Rodríguez, Roberto Franco Vega, Jesús Gabriel García Mármol, María Victoria Hernández González, Paula González-Caicedo.
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Contenido

Introducción.....	19
Alcance	22
Objetivos	23
Metodología.....	24
Diagramas de flujo, información adicional y puntos de control.....	28
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia.....	101
Impacto esperado del ECBE	103
Actualización del ECBE.....	104
Glosario	105
Referencia.....	109
Anexos	115

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Índice de tablas

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.....	26
Tabla 2. terapia estrogénica (transfemenina)	50
Tabla 3. Terapia antiandrogénica (transfemenina).....	51
Tabla 4. Terapia de testosterona (transmasculina)	52
Tabla 5. Curso temporal esperado de los cambios físicos asociados a la terapia estrogénica y antiandrogénica	53
Tabla 6. curso temporal esperado de los cambios físicos asociados a la terapia con testosterona.....	54
Tabla 7. Indicadores de los puntos de control	99

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Índice de figuras

Figura 1. Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia: atención de las personas adultas con incongruencia de género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia	24
Figura 2. Diagrama de flujo para la atención de las personas adultas con incongruencia de género	28
Figura 3. Sección 1: Diagnóstico	29
Figura 4. Sección 2: Abordaje previo al tratamiento de afirmación de género y atención en salud mental	33
Figura 5. Sección 3: Asesoría en fertilidad y anticoncepción	39
Figura 6. Sección 4: terapia hormonal de afirmación de género.	45
Figura 7. Sección 5: Abordaje previo a procedimientos quirúrgicos	57
Figura 8. Sección 6: procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AMAB	64
Figura 9. Sección 7: procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AFAB.....	77
Figura 10. Sección 8: Identificación de necesidades/ promoción y mantenimiento de la salud	82
Figura 11. Sección 9: Atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias.....	91

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Abreviaturas

ACC	American College of Cardiology
ACV	accidente cerebrovascular
AFAB	assigned female at birth (género femenino asignado al nacimiento)
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II
AHA	American Heart Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMAB	assigned male at birth (género masculino asignado al nacimiento)
ASA	American Society of Anesthesiologist
ASMR:	American Society for Reproductive Medicine
BRCA	Breast Cancer gene
CD4	linfocitos T CD4+
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, edición 10
CIE-11	Clasificación internacional de enfermedades, edición 11
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
dL	Decilitro
DMO	densidad mineral ósea
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

ECA	ensayo clínico aleatorizado
ECBE	Estándar Clínico Basado en la Evidencia
ECV	enfermedad cardiovascular
G-I-N	Guidelines International Network
GnRH	hormona liberadora de gonadotropinas
GnRHa	agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas
GPC	Guía de Práctica Clínica
GR	grado de recomendación
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HBV	Virus de la Hepatitis B
HCV	Virus de la Hepatitis B
HSH	hombres que tienen sexo con hombres
HUN	Hospital Universitario Nacional de Colombia
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IM	intramuscular
IMC	índice de masa corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISCD	International Society for Clinical Densitometry
ITS	infección de transmisión sexual
LGBTIQ+	lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual, queer y otros
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MACE	eventos cardíacos adversos mayores

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

mg	miligramo
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NE	nivel de evidencia
ng	Nanogramo
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDF	Portable Document Format
POP	posoperatorio
PrEP	profilaxis preexposición
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PSA	antígeno prostático específico
RIS	Research Information Systems
SC	subcutáneo
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SOC-8	Standards of Care Version 8
TEV	tromboembolismo venoso
TRA	tecnologías de reproducción asistida
USPSTF	United States Preventive Services Taskforce
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
VPHar	Virus del Papiloma Humano de alto riesgo
WHOLIS	Sistema de Información de la Biblioteca de la Organización

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

	Mundial de la Salud
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Introducción

Entre las diferentes identidades de un individuo, una de las más fundamentales, y probablemente de las más estables, es la identidad de género. La identidad de género hace referencia a la medida en que cada persona se experimenta a si misma pertenecer a uno u otro género (1,2). Sentirse como un hombre o mujer es una base importante para la interacción con otras personas y, usualmente, estas interacciones se expresan por el rol de género. A su vez, el rol de género comprende los comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que, en una sociedad y periodo histórico dados, se esperan o son preferidos por individuos de un género (1,2).

En la mayoría de los casos, la identidad de género y las características físicas de una persona son congruentes. Sin embargo, en algunos casos la identidad de género no se encuentra acorde con las características sexuales físicas del individuo, por ejemplo, un recién nacido que fue asignado al nacimiento como hombre dado que presentaba genitales masculinos posteriormente en su vida puede presentar una identidad de género femenino, a esto se le conoce como incongruencia de género (2).

En algunos individuos esta discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento puede ser tan marcada que causa angustia, incomodidad y disforia (3–5). En psicología y psiquiatría, estos individuos se solían conocer como “transexuales” o de padecer un “desorden de la identidad de género”. Recientemente, el nombre de esta condición ha cambiado a “disforia de género”. Más aún, dado que no todos los individuos presentan disforia franca, la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su edición 11 (CIE-11) utilizó el término ‘incongruencia de género’ para nombrar esta población (2,6)

Hasta hace aproximadamente tres décadas la incongruencia de género se consideró como una patología psiquiátrica, sin embargo, como se ejemplifica en la nomenclatura más reciente del CIE-11, la incongruencia de género ha sido movida fuera del capítulo de los “Desórdenes mentales y del comportamiento” y ha sido reclasificada dentro de un nuevo capítulo sobre “Condiciones relacionadas con la salud sexual”. Esto refleja el conocimiento reciente sobre la visión y la despatologización de los temas relacionados a la salud transgénero y a la diversidad de género, que no son vistos actualmente como desórdenes mentales, clasificación que arrojaba un enorme estigma sobre esta población (6)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Algunas personas de género no conforme buscan ayuda médica, ya sea por temas relacionados a la afirmación de su género, así como otros temas relacionados con la salud en general; sin embargo, no es infrecuente que las necesidades de las personas transgénero y de género diverso sean poco entendidas, tanto por los trabajadores de la salud como por la sociedad (7,8). La ausencia de información apropiada asociada a desinformación sobre los temas relacionados con el género, siembran estigma, prejuicio, discriminación, violencia y abuso hacia las personas con incongruencia de género, lo que desencadena desenlaces alarmantes para estos individuos (25).

Cuando se revisan datos epidemiológicos pertenecientes a la población con incongruencia de género, es preferible evadir términos como “incidencia” y “prevalencia”, dado que pueden patologizar inapropiadamente esta condición, por lo que se prefieren términos como “numero” o “proporción” para describir tamaños absolutos y relativos (3,9).

Existen múltiples consideraciones importantes al momento de revisar la literatura acerca de la frecuencia de la incongruencia de género. Posiblemente, la más importante es la consideración de la definición variable en la literatura que existe para esta población y que suele limitarse a los individuos que reciben un diagnóstico asociado a la incongruencia o buscan terapias de afirmación de género (3,10). Recientemente, se han intentado superar las barreras causadas por las dificultades metodológicas, para homogeneizar y definir adecuadamente marco de muestreo en esta condición, ejemplificando esto, la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) en su Estándar de Cuidado 8 (SOC-8, por sus siglas en inglés), provee una estimación contemporánea más precisa (3).

Los datos actuales indican que las personas que se autoidentifican dentro de la población transgénero y de género diverso representan un porcentaje considerable y una proporción cada vez mayor de la población general. Esta proporción puede variar, dependiendo de los criterios de inclusión, edad y ubicación geográfica, sin embargo, estudios bien realizados con terminología, criterios de inclusión y poblaciones bien definidas, permitirán un mejor acercamiento a la epidemiología y la frecuencia de las personas con incongruencia de género y permitirán la comparación entre resultados (11).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Entre los estudios que estiman el tamaño de la población transgénero inscrita en los grandes sistemas de salud, datos estadounidenses muestran que la proporción de personas con incongruencia de género, reportada en estudios basados en códigos diagnósticos, oscila entre 0.02% a 0.1%. Contrastando con lo anterior, los resultados de estudios basados en encuestas que se realizan por medio del autoreporte muestran proporciones más altas de participantes reportándose identificados de género no conforme, de hasta el 4.6% en individuos asignados como hombres al nacimiento y hasta del 3.2% en individuos asignados como mujeres al nacimiento. Por su parte, cuando los estudios se basan en el deseo o uso de terapia de afirmación de género la proporción de personas puede llegar hasta un 0.5%, esta cifra incrementa aún más en niños y adolescentes, en los que la frecuencia del transgenerismo llega hasta el 2.7% y de género diverso de hasta del 8.4% (3,9).

La incongruencia de género es una condición cuyo entendimiento ha evolucionado con el tiempo, así como la comprensión cultural y médica de esta variante normal de las personas es diferente según la época y el sitio geográfico en un momento dado. Dicha complejidad hace que se presenten desafíos para abordar, apoyar y prestar servicios de salud a las personas con incongruencia de género. Los tiempos están cambiando en cuanto a la terminología de las diversas situaciones clínicas vistas, la actitud de los individuos con diversidad de género, las exigencias al sistema de salud de dichos individuos y la edad de los solicitantes, por lo que una estrategia útil para ofrecer la mejor ayuda posible es la creación de grupos multidisciplinarios que garanticen la competencia científica y la coherencia ética, que mantengan una estructura transversal entre sus miembros y utilicen un lenguaje común para identificar las necesidades terapéuticas de las personas transgénero y de género diverso y aborden otras situaciones de la incongruencia de género o variantes de género no susceptibles de tratamiento en el ámbito sanitario, pero que involucren enfoques antropológicos o sociológicos (12).

Las sociedades internacionales que se han encargado de realizar recomendaciones acerca del abordaje de las personas con incongruencia de género sugieren que el manejo de las personas transgénero y de género diverso involucre grupos multidisciplinarios en el que se incluyan endocrinólogos, profesionales de salud mental, cirujanos, urólogos, ginecólogos, entre otras especialidades médicas y diferentes profesionales del área de la salud y del ámbito social, con el fin de lograr un abordaje integral y completo de las necesidades de estos individuos (3–5,13).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Alcance

Este ECBE tiene por alcance elaborar un algoritmo clínico para presentar recomendaciones que permitan orientar la toma de decisiones para el abordaje integral y personalizado de las personas adultas con incongruencia de género atendidas en el HUN.

Las recomendaciones están dirigidas a profesionales de la salud (médicos generales, enfermeros, psicólogos, médicos residentes, médicos especialistas de los diferentes campos como psiquiatría, endocrinología, ginecología, otorrinolaringología, cirugía plástica, urología), que se desempeñan en las áreas de consulta externa, hospitalización y cirugía de la institución. Además, están dirigidas a profesionales de las áreas de trabajo social, bioética y derecho del HUN, así como al personal administrativo encargado de la toma de decisiones en la institución. De igual forma, las recomendaciones pueden ser usadas por profesionales de las facultades de ciencias de la salud y por el personal en formación (pregrado y postgrado) en el HUN y de otras instituciones con participación de la Universidad Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Objetivos

Objetivo general: elaborar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible que permitan orientar la toma de decisiones clínicas de manera integral, interdisciplinaria y personalizada durante la atención de las personas adultas con incongruencia de género, mediante el desarrollo de un ECBE.

Objetivos específicos:

- Identificar las áreas/servicios asistenciales del HUN involucradas en el abordaje integral de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir criterios específicos para el diagnóstico de la incongruencia de género en adultos a partir de la revisión sistemática de guías de práctica clínica
- Generar recomendaciones para la evaluación y abordaje inicial de las personas adultas con incongruencia de género.
- Establecer recomendaciones para el acompañamiento psicológico y psiquiátrico de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir las indicaciones, criterios del manejo médico y hormonal y el seguimiento médico de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir las indicaciones, criterios del manejo quirúrgico y seguimiento posquirúrgico a las personas adultas con incongruencia de género.
- Establecer recomendaciones relacionadas con métodos de preservación de la fertilidad disponibles para las personas adultas con incongruencia de género.
- Presentar recomendaciones acerca de la anticoncepción en las personas adultas con incongruencia de género.
- Elaborar un algoritmo clínico para determinar el abordaje integral de las personas adultas con incongruencia de género atendidas en el HUN, basado en la mejor evidencia disponible.
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete componentes: i) conformación del equipo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de guías de Guías de Práctica Clínica (GPC); iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE (Figura 1).

Figura 1. Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia: atención de las personas adultas con incongruencia de género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



Fuente: elaboración propia.

El grupo desarrollador del ECBE estuvo conformado por expertos en endocrinología, ginecología, medicina interna y epidemiología. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y el alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura, se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (MEDLINE, Embase y LILACS) y organismos desarrolladores y compiladores de GPC, usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados (ver anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

El proceso de tamización y selección de la evidencia se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad establecidos por el equipo desarrollador:

1. Criterios de inclusión

- GPC sobre el abordaje, diagnóstico, acompañamiento psicológico, acompañamiento psiquiátrico, manejo médico, manejo quirúrgico, seguimiento médico y quirúrgico, tamización de comorbilidades, preservación de la fertilidad, anticoncepción en personas con incongruencia de género en población adulta.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

2. Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se hizo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias las resolvió un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas la evaluaron de manera independiente dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II (14)

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (anexo 2). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1. Para más información sobre las búsquedas sistemáticas de la literatura, ver el anexo 3.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

Id	Nombre de la GPC	Grupo de desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE-II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
G PC 1	Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline.	Una "fuerza de tarea" designada por el Subcomité de Guías Clínicas de la Endocrine Society	Estados Unidos de América	Inglés	2017	64,6%	75%	5
G PC 2	Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	El Comité de Guías del SOC (Standards of Care) de la WPATH	Internacional	Inglés	2022	75%	75%	7
G PC 3	Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people	Una "fuerza de tarea" sobre Identidad de Género y Variación de Género creada por la Asociación Americana de Psicólogos	Estados Unidos de América	Inglés	2015	44,8%	62,5%	6

GPC: guía de práctica clínica, SOC: Standards of Care, WPATH: World Professional Association for Transgender Health

Fuente: elaboración propia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE: en primer lugar, se elaboró una tabla de extracción de información utilizando un sistema de dominios (explicado en el anexo 1); en segundo lugar, se extrajo la evidencia contenida en las 3 GPC seleccionadas (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC se encuentran en el anexo 4), y, finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en la atención de las personas adultas con incongruencia de género para elaborar los algoritmos clínico de esta población atendida en la institución.

En la fase del acuerdo interdisciplinario, se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estos individuos, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo con el fin de que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En esta reunión, participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: bioética, cirugía gastrointestinal, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, dermatología, dirección comercial, dirección jurídica, endocrinología, enfermería, fertilidad, fisioterapia, fonoaudiología, gestión de la información, ginecología, hematología, laboratorio clínico y patología, medicina física y rehabilitación, medicina hospitalización, medicina interna, nutrición clínica, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, salud pública, seguridad del paciente, terapia ocupacional, trabajo social y urología. Los líderes clínicos del ECBE estuvieron a cargo de la presentación de los algoritmos y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigación e Innovación.

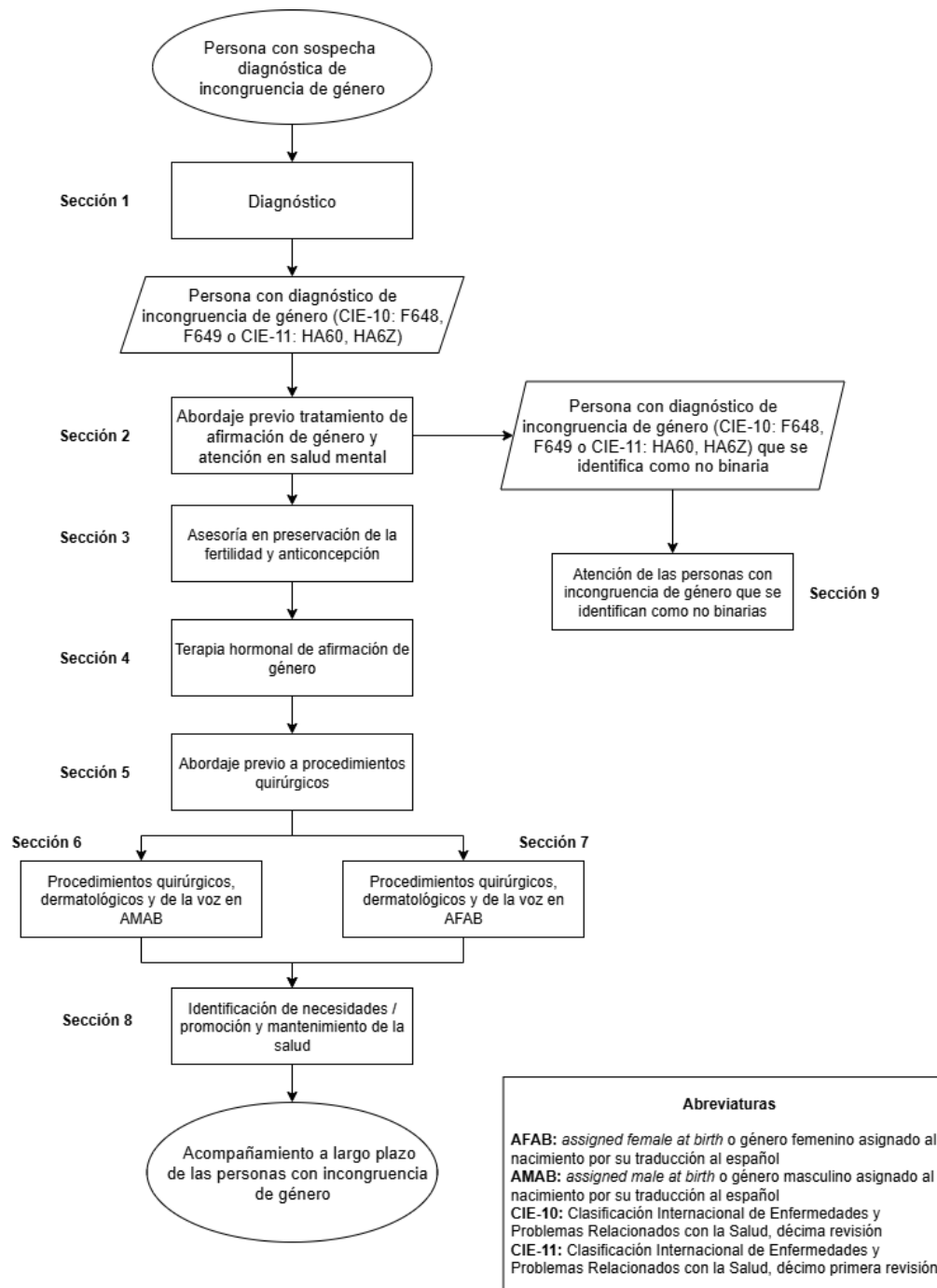
Se presentaron 9 secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control, y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. Es de anotar que durante la discusión de la sección 1, al finalizar la primera ronda, no se alcanzó consenso entre los votantes, por lo que se discutió nuevamente la sección en una segunda ronda, se realizaron cambios sugeridos y se llevó a una segunda votación ésta última logrando consenso total. El resultado de las once votaciones permitió confirmar la existencia de consenso total a favor en nueve de las secciones y un consenso parcial a favor en una sección de usar las recomendaciones para la atención de las personas adultas con incongruencia de género atendidas en el HUN contenidas en los diagramas de flujo presentados (los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1).

Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias planteadas y argumentadas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE. Por último, se realizó la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Diagramas de flujo, información adicional y puntos de control

Figura 2. Diagrama de flujo para la atención de las personas adultas con incongruencia de género

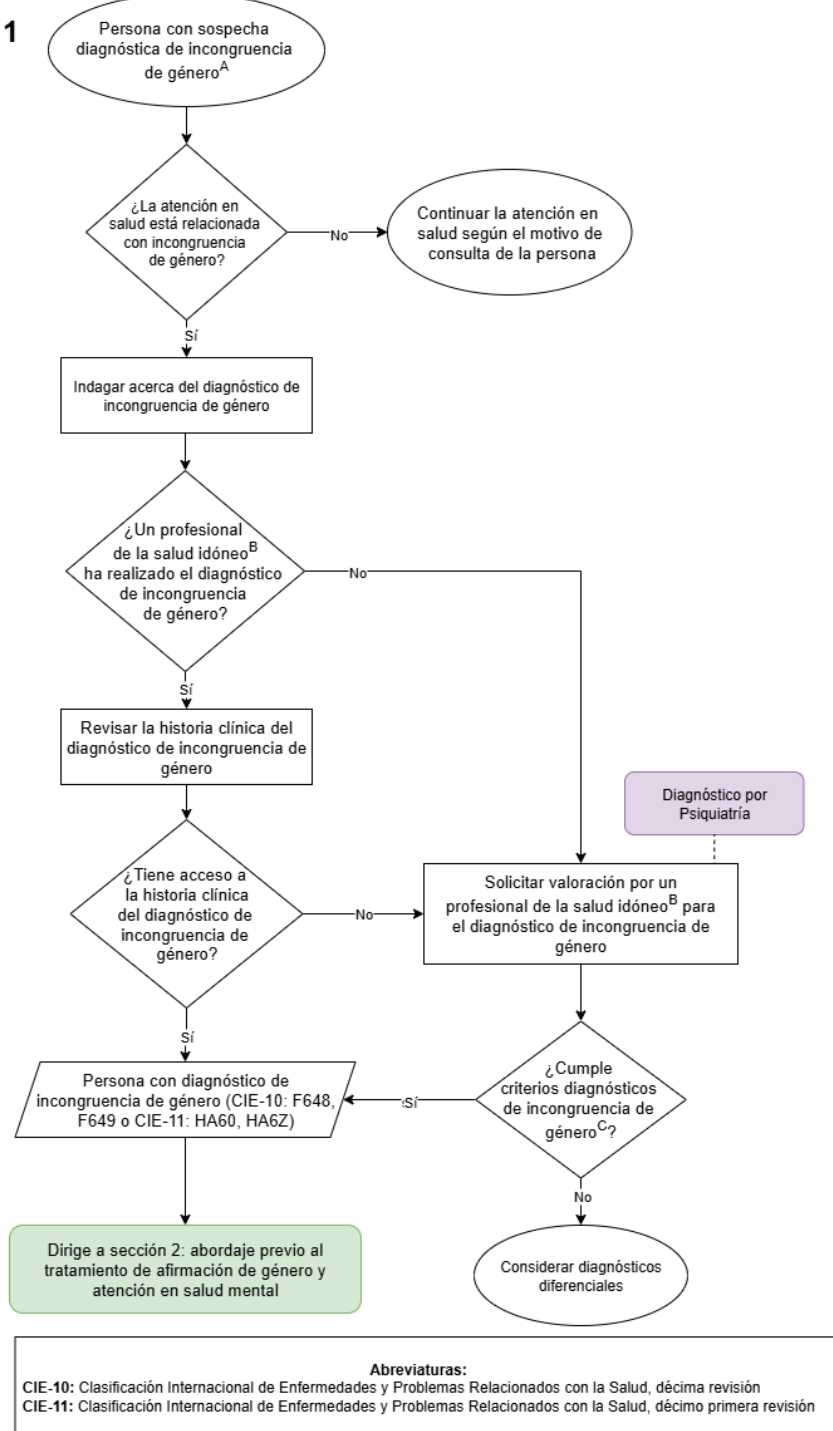


Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 3. Sección 1: Diagnóstico

Sección 1



Fuente: elaboración propia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

A. Persona con sospecha de incongruencia de género: la identidad de género hace referencia a la medida en que cada persona experimenta pertenecer a un género. Globalmente, las personas con incongruencia de género constituyen un grupo diverso de individuos cuya identidad o expresión de género difiere del género socialmente atribuido al género que les fue asignado al nacimiento; por ejemplo, un recién nacido que fue asignado al nacimiento como hombre dado que presentaba genitales masculinos, posteriormente en su vida puede presentar una identidad de género femenina (2,3). La mayoría de los problemas de salud que afectan a las personas con incongruencia de género no son diferentes de los del resto de la población, por lo que algunos de estos individuos pueden buscar ayuda de los profesionales de la salud, ya sea por temas relacionados a la afirmación de su género, o por otros aspectos relacionados con la salud en general (15).

B. Profesional de salud idóneo para el diagnóstico de incongruencia de género: los profesionales de la salud que evalúen a personas con incongruencia de género para el tratamiento de afirmación de género deben estar autorizados por una institución estatutaria acreditada a nivel nacional y poseer como mínimo un título profesional, además deben estar en la capacidad de **(GR: fuerte; GRADE)** (3):

- Usar la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el diagnóstico (se deben realizar esfuerzos para utilizar la CIE más reciente tan pronto como sea posible).
- Identificar problemas de salud mental u otros problemas psicosociales coexistentes y diferenciarlos de la disforia, la incongruencia y la diversidad de género.
- Evaluar la capacidad de dar consentimiento para el tratamiento de la persona.
- Evaluar aspectos clínicos de la disforia, incongruencia y diversidad de género.
- Realizar educación continua en atención a la salud relacionada con la disforia, la incongruencia y la diversidad de género.

Consideramos que en el Hospital Universitario Nacional de Colombia y en la población colombiana en general, el profesional de la salud idóneo para realizar el diagnóstico de incongruencia de género es el médico especialista en psiquiatría, por lo que recomendamos que todas las personas con sospecha incongruencia de género sean valoradas y diagnosticadas por dicho profesional (CUPS: 890284) (recomendación de expertos).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

C. Criterios diagnósticos de incongruencia de género: en 2013, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría publicó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) donde se describieron los criterios diagnósticos de la incongruencia de género (llamada en ese momento “disforia de género”) (4,16). Posteriormente, en el 2022, se publicó la versión actualizada y revisada del DSM-5 (DSM-5-TR). En esta última publicación se indica que las personas con incongruencia de género presentan una marcada incongruencia entre el género que se les ha asignado al nacimiento y el género que experimentan o expresan. Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico de la incongruencia de género. También debe haber evidencia de angustia por esta incongruencia. El género experimentado puede incluir identidades de género alternativas más allá de los estereotipos binarios. En consecuencia, la angustia puede implicar no solo la experiencia de que el individuo es de un género masculino o femenino distinto del asignado al nacer, sino también una experiencia de que el individuo es de un género intermedio o alternativo que difiere del género asignado al nacer (17).

Los criterios del DSM-5-TR para el diagnóstico de incongruencia de género en personas adultas son:

1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestada por al menos dos de los siguientes:

- 1.1 Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y las características sexuales primarias o secundarias.
- 1.2. Un fuerte deseo de deshacerse de las características sexuales primarias o secundarias debido a una marcada incongruencia con el género experimentado/expresado.
- 1.3. Un fuerte deseo por las características sexuales primarias o secundarias del otro género.
- 1.4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o algún género alternativo diferente al género designado).
- 1.5. Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o algún género alternativo diferente al género designado).
- 1.6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o algún género alternativo diferente al género designado).

2. La afección se asocia con malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Por su parte, el CIE-11 considera que la incongruencia de género en la adultez se caracteriza por una discordancia marcada y persistente entre el género experimentado por la persona y el género asignado, lo que a menudo conduce a un deseo de "transición" para vivir y ser aceptada como una persona del género experimentado, ya sea por medio de un tratamiento hormonal, intervención quirúrgica u otros servicios de salud, para que el cuerpo pueda alinearse, tanto como lo desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado (18).

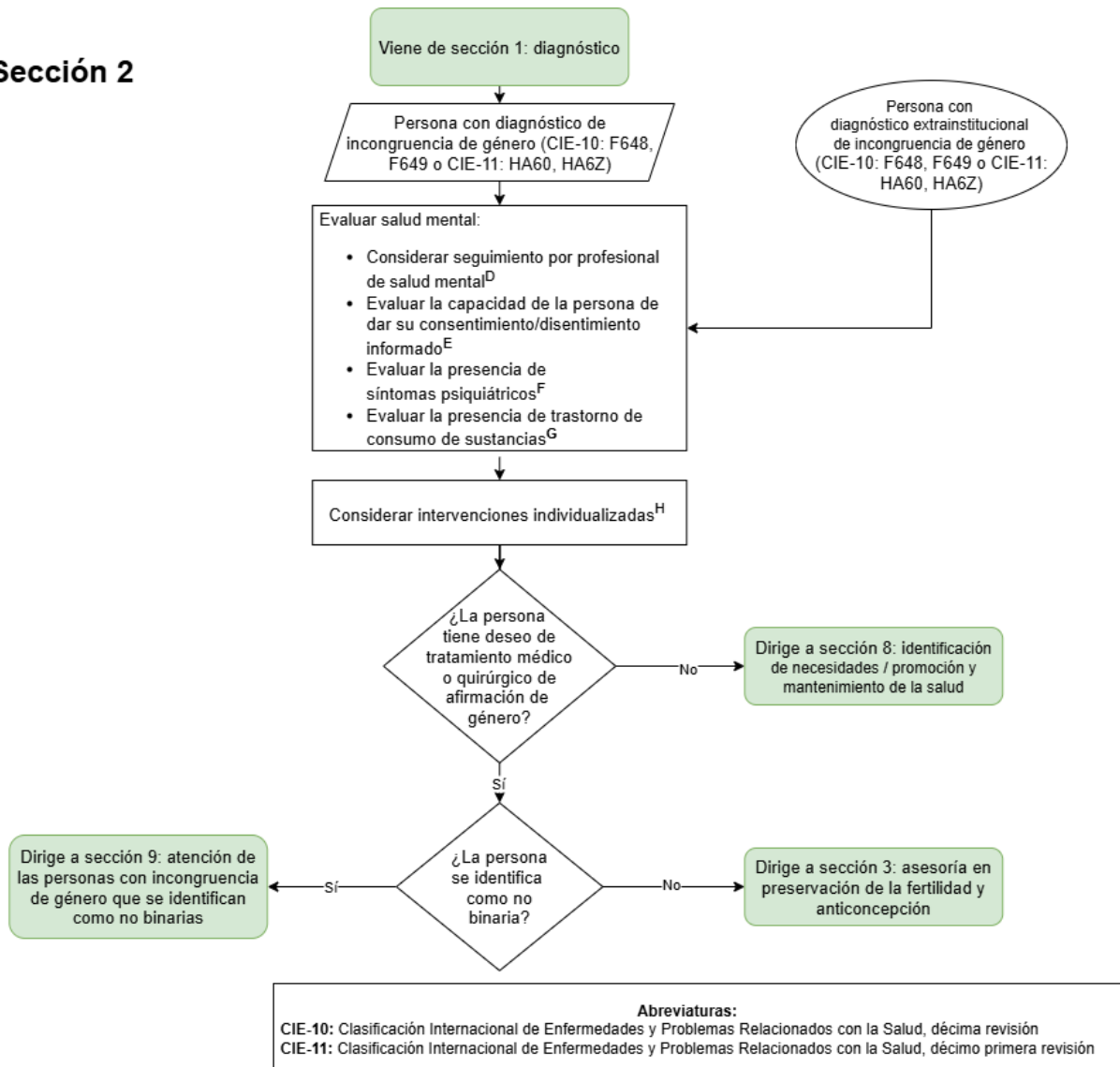
Recomendamos que el especialista en psiquiatría que aborde las personas con incongruencia de género para su diagnóstico se base en las definiciones del DSM-5-TR o del CIE-11 para realizar dicho diagnóstico (recomendación de expertos).

En los casos en los que el médico o cirujano tratantes tengan dudas sobre el diagnóstico de incongruencia de género (por ejemplo, cuando el diagnóstico fue realizado fuera de la institución o la historia clínica no sea clara, entre otros) se sugiere una reevaluación del diagnóstico por el médico especialista en psiquiatría del Hospital Universitario Nacional de Colombia, con el fin de tener la certeza y claridad del diagnóstico correcto y no para retrasar el tratamiento de afirmación de género de la persona (recomendación de expertos).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 4. Sección 2: Abordaje previo al tratamiento de afirmación de género y atención en salud mental

Sección 2



Fuente: elaboración propia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

D. Seguimiento por profesional de la salud mental: muchas personas con incongruencia de género no requerirán terapia ni otras formas de cuidado de salud mental como parte de su transición, mientras que otras se pueden beneficiar del apoyo de los sistemas y profesionales de salud mental (3). La identidad de género es una variación normal del ser humano y no debe considerarse como una enfermedad mental, sin embargo, puede beneficiarse de tratamientos médicos y quirúrgicos, entre otros. Aunque múltiples estudios han mostrado una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y suicidio en las personas con incongruencia de género comparadas con la población general, estas tasas elevadas de comorbilidad psiquiátrica se han relacionado con traumas complejos, estigma social, violencia y discriminación. En adición, los síntomas psiquiátricos asociados disminuyen con el cuidado de afirmación de género oportuno y adecuado (3).

Debido a la vulnerabilidad psicológica de muchas personas con incongruencia de género, es importante que la atención de salud mental (ya sea por especialistas en psiquiatría o por psicólogos) esté disponible antes, durante y, a veces, también después de la transición (**recomendación de expertos**) (4).

El tratamiento de salud mental debe ser proporcionado e implementado por el personal mediante el uso de un sistema que respete la autonomía de la persona y reconozca la diversidad de género (**recomendación de expertos**) (3).

Los profesionales en salud mental que trabajan con personas con incongruencia de género deben utilizar la escucha activa como método para fomentar la exploración en personas que no están seguras de su identidad de género y deben ayudarlos a determinar sus propios caminos en lugar de imponer sus propias narrativas o ideas preconcebidas (**recomendación de expertos**) (3). Cada atención debe incluir un historial de salud mental y una evaluación de problemas activos de salud mental (**recomendación de expertos**) (5).

Es posible que algunas personas que acudan a los servicios de atención primaria ya estén recibiendo tratamiento hormonal. Cuando un médico ya ha prescrito estas hormonas, no se requiere una nueva evaluación de salud mental para continuar con el tratamiento hormonal a menos que la persona lo solicite. Las hormonas y el mantenimiento estándar de las evaluaciones físicas y de laboratorio deben continuar después de una conversación con la persona sobre sus objetivos de atención continua (**recomendación de expertos**) (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los profesionales de salud mental deben crear relaciones interdisciplinarias con médicos de atención primaria, endocrinólogos y médicos que practican las intervenciones quirúrgicas de reafirmación de género (ginecólogos, urólogos, cirujanos plásticos, entre otros) durante la atención de personas con incongruencia de género (recomendación de expertos) (5).

E. Evaluar la capacidad de la persona de dar su consentimiento/disentimiento informado: la evaluación previa al inicio de la terapia médica o quirúrgica de afirmación de género debe incluir la valoración de la capacidad de la persona con incongruencia de género de dar su consentimiento o disentimiento (recomendación de expertos). Este proceso requiere la capacidad cognitiva para entender el riesgo y los beneficios de un tratamiento y sus desenlaces potenciales, tanto positivos como negativos así como los efectos de rechazar el mismo (3).

Los profesionales de la salud mental deberán abordar los síntomas mentales que interfieran con la competencia de una persona para dar su consentimiento o disentimiento al tratamiento de afirmación de género antes de ser iniciado (GR: fuerte; GRADE) (1).

La presencia de deterioro cognitivo, psicosis u otra enfermedad mental que afecte la capacidad de dar consentimiento o disentimiento informado debe estar sujeta a un examen individual; sin embargo, los síntomas como la ansiedad o los síntomas depresivos, que no afectan la capacidad de dar consentimiento/disentimiento, no deberían ser una barrera para el tratamiento de afirmación de género (recomendación de expertos) (3).

Los profesionales de la salud deben educar a las personas con incongruencia de género sobre los riesgos, beneficios y alternativas a cualquier atención que se ofrezca para que esta pueda tomar una decisión informada y voluntaria (recomendación de expertos) (3).

F. Evaluar la presencia de síntomas psiquiátricos: las visitas de rutina de atención primaria deben incluir pruebas de detección de afecciones de salud mental concurrentes, tratamientos anteriores e historial de suicidio, de conductas autolesivas y de síntomas de estrés postraumático (recomendación de expertos) (5). Todos los consultorios de atención primaria deben tener un plan claro de respuesta al suicidio para cualquier persona con incongruencia de género que manifieste pensamientos de suicidio (recomendación de expertos) (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

G. Evaluar la presencia trastorno de consumo de sustancias: las visitas de rutina de atención primaria deben incluir en historial pasado y presente de uso de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco (recomendación de expertos) (5).

Cuando sea apropiado, se deben hacer derivaciones a programas de tratamiento por abuso de sustancias, incluidos programas de diagnóstico dual para aquellas personas con enfermedades mentales coexistentes (recomendación de expertos) (5).

H. Considerar intervenciones individualizadas:

Psicología: los profesionales de la salud no deben exigir que las personas con incongruencia de género se sometan a psicoterapia antes de iniciar un tratamiento de afirmación de género, pero sí deben reconocer que la psicoterapia puede ser útil para algunas personas con incongruencia de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

La consejería puede ser un aspecto importante de la atención para las personas con incongruencia de género. Para aquellas personas que buscan una consulta de salud mental o psicoterapia antes de iniciar la terapia hormonal de afirmación de género, no existe un requisito mínimo en cuanto a la cantidad de sesiones o el período de tiempo de la terapia para el inicio de dicho manejo médico (recomendación de expertos) (5).

Los profesionales de la salud mental del área de psicología que trabajen con personas con incongruencia de género en los procesos de evaluación, terapia o intervención deben (NE: recomendación de los expertos de una "fuerza de tarea" sobre Identidad de Género y Variación de Género creada por la Asociación Americana de Psicólogos) (13):

- Comprender cómo los problemas de salud mental pueden o no estar relacionados con la identidad de género y los efectos psicológicos del estrés de minoría.
- Reconocer que las personas con incongruencia de género tienen más probabilidades de experimentar resultados positivos en la vida cuando reciben apoyo social o atención trans-afirmativa.
- Comprender los efectos que los cambios en la identidad de género y la expresión de género tienen en las relaciones románticas y sexuales de las personas con incongruencia de género.
- Comprender cómo la crianza y la formación de la familia entre las personas con incongruencia de género toman diversas formas.
- Reconocer los beneficios potenciales de un enfoque interdisciplinario al brindar atención a personas con incongruencia de género y esforzarse por trabajar en colaboración con otros profesionales.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los médicos especialistas en psiquiatría están capacitados y autorizados para administrar medicamentos psicotrópicos (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicótico, entre otros) a personas con incongruencia de género y esto puede ser una parte importante de la atención cuando una persona con incongruencia de género tiene un problema de salud mental coexistente para el cual se indica medicación (recomendación de expertos) (5).

Terapia ocupacional: se puede considerar apoyo por especialistas en terapia ocupacional (CUPS: 890213) antes y durante del proceso de transición de las personas con incongruencia de género, dada la conexión inherente entre las ocupaciones y la autenticidad, por lo que la terapia ocupacional podría ser el conducto que ayude a facilitar la transición ocupacional para las personas transgénero, lo que puede impactar en la calidad de vida de dichos individuos (19) (recomendación de expertos).

Trabajo social: el trabajador social puede cumplir un rol en la atención de personas con incongruencia de género como gestor social, por un lado, identificando factores protectores en el grupo familiar y promoviendo la comprensión de la transición y cuidados en casa; por otro lado, si se identifica una carencia en la red de apoyo familiar se debe activar la movilización de redes institucionales o sociales, para contribuir en la adherencia al tratamiento en su vivienda o lugar de cuidado. Para llegar a esto se deben implementar:

- Entrevista socio familiar: con el objetivo de obtener información sobre la persona y su núcleo familiar cercano. En este caso, en miras de identificar conformación y tipos de relacionamiento que aporten en la adherencia al tratamiento y su cuidado.
- Evaluación socio-económica: para prevenir un posible abandono o baja continuidad del tratamiento; por dificultades en la alimentación, traslado, gestión de autorizaciones, continuidad de tratamiento farmacológico y accesibilidad en citas médicas. El trabajador social debe propender a la eliminación de estas barreras de acceso de tipo administrativo.

En caso de evidenciar dificultades de tipo familiar, social, cultural o económico, se sugiere solicitar valoración por trabajo social (CUPS: 890209) con el fin de iniciar búsqueda activa de redes institucionales o sociales públicas o privadas, que le ayuden a la persona en la adherencia de su tratamiento, facilitando su continuidad y bienestar (recomendación de expertos).

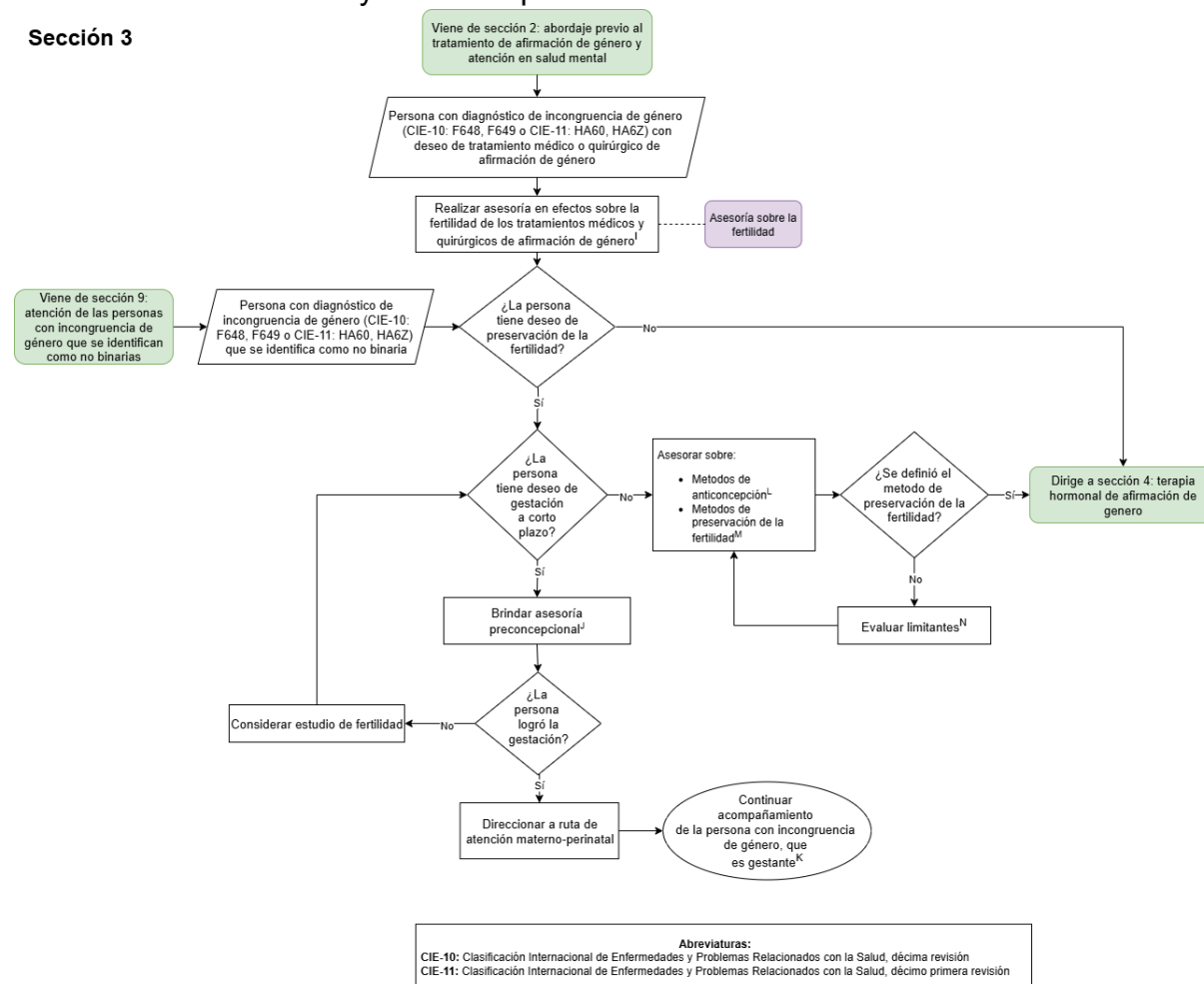
 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Finalmente, en ningún caso se deben ofrecer terapias “reparativas” ni de “conversión” (véase “*terapia de conversión*” en el glosario) destinadas a tratar de cambiar la identidad de género de una persona y la expresión de género vivida para volverse más congruente con el género asignado al nacer (**GR: fuerte; GRADE**) (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 5. Sección 3: Asesoría en fertilidad y anticoncepción

Sección 3



Fuente: elaboración propia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

I. Asesoría en efectos sobre la fertilidad de los tratamientos médicos y quirúrgicos de afirmación de género: los profesionales de la salud deben informar y asesorar a todas las personas que buscan tratamiento médico de afirmación de género sobre las opciones disponibles para la preservación de la fertilidad, antes de iniciar el tratamiento con terapia hormonal (GR: fuerte; GRADE) (3), (NE: moderada, GRADE) (4).

Los cirujanos deben confirmar que se han discutido las opciones reproductivas y de preservación de la fertilidad antes de la gonadectomía, en personas con incongruencia de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales de la salud que tratan a personas con incongruencia de género que recetan o derivan personas para terapias hormonales/cirugías deben informarlas sobre: a) los efectos conocidos de las terapias hormonales/cirugías sobre la fertilidad futura, b) los efectos potenciales de terapias que no están bien estudiadas y cuya reversibilidad se desconoce, c) las opciones de preservación de la fertilidad y d) las implicaciones psicosociales de la infertilidad (GR: fuerte; GRADE) (3).

Se recomienda que la asesoría en efectos sobre la fertilidad de las terapias médicas y quirúrgicas, así como de los métodos de preservación de la fertilidad, sea dada por profesionales con experticia en el tema (médicos especialistas en fertilidad, médicos con especialidad en ginecología con entrenamiento en fertilidad o enfermeros con entrenamiento en fertilidad) (GR: fuerte; GRADE) (3).

J. Asesoría preconcepcional: las personas con incongruencia de género que deseen embarazo deben recibir atención previa a la concepción y asesoramiento prenatal sobre el uso y el cese de las hormonas de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

En las personas con incongruencia de género que tienen útero, la testosterona y otras terapias hormonales masculinizantes deben ser descontinuadas antes de la gestación y antes de suspender los anticonceptivos, así como durante cualquier gestación considerando el riesgo teratogénico de éstas terapias (recomendación de expertos) (3,20).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

K. Atención de las personas con incongruencia de género gestantes: una vez lograda la gestación, las personas con incongruencia de género que tienen útero deben recibir atención del embarazo, trabajo de parto y alumbramiento, servicios de apoyo para la lactancia, y apoyo posparto, según a los estándares locales de atención de una manera que afirme el género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los hombres transgénero y las personas con incongruencia de género que usan testosterona, deben ser informados de que: i) aunque las cantidades son pequeñas, la testosterona pasa a través de la leche materna; y ii) se desconoce el impacto en el neonato/niño en desarrollo; por lo tanto, no se recomienda el uso de testosterona para la afirmación de género durante la lactancia, pero se puede reanudar después de finalizado el período de la lactancia (recomendación de expertos) (3), sin embargo, se deben evaluar los riesgos y los beneficios de continuar la lactancia durante la terapia con testosterona, particularmente para el recién nacido.

Los hombres transgénero y otras personas transgénero de género femenino asignado al nacer (AFAB, *assigned female at birth*) deben tener en cuenta que durante una gestación pueden experimentar un crecimiento no deseado de los senos o la presencia de lactancia incluso después de las cirugías torácicas de afirmación de género y, por lo tanto, deben recibir apoyo si desean suprimir la lactancia (recomendación de expertos) (3).

Dado que muchas personas con incongruencia de género conservan una capacidad anatómica para la gestación, y es posible que las gestaciones no siempre sean planificadas o deseadas, los prestadores de servicios en salud que ofrecen servicios de interrupción de la gestación deben garantizar los enfoques que afirmen el género y atender a personas con incongruencia de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

L. Asesorar sobre los métodos de anticoncepción: se debe discutir con todas las personas con incongruencia de género, la posibilidad de quedar en embarazo (si tiene útero, ovarios y trompas) y de contribuir a un embarazo (si tiene pene, testículos y espermatozoides) independientemente del uso pasado o actual de terapia hormonal de afirmación de género (recomendación de expertos) (5,20).

Los profesionales de la salud deben asesorar sobre los métodos anticonceptivos a las personas con incongruencia de género que participan en actividades sexuales que pueden resultar en un embarazo (GR: fuerte; GRADE) (3), así como deben educar a las personas con incongruencia de género en terapia con testosterona que esta terapia no es anticonceptiva (recomendación de expertos) (20).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por hombres transgénero y personas AFAB son variados. Como ocurre con todas las personas, las indicaciones de uso de anticonceptivos pueden ser: prevención del embarazo, supresión menstrual, sangrado anormal u otras indicaciones médicas y ginecológicas. Para cualquier persona individual, si no hay otras contraindicaciones médicas para un método anticonceptivo específico, todas las opciones anticonceptivas deben estar disponibles y la elección de anticonceptivos debe ser el resultado de las preferencias, objetivos y condiciones médicas comórbidas de la persona, después de ofrecerse una asesoría apropiada (recomendación de expertos) (20). Por su parte, hay que tener presente, tanto por parte de los médicos como de los individuos con incongruencia de género, que los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género, (como la histerectomía y la ooforectomía bilateral), resultan en esterilización.

Los métodos anticonceptivos para las personas de género masculino asignado al nacimiento (AMAB, *assigned male at birth*) productoras de espermatozoides se limitan actualmente a métodos de barrera (es decir, condones masculinos o femeninos) y esterilización o cirugía de afirmación de género (por ejemplo, orquidectomía, que también resulta en esterilización) (recomendación de expertos) (20).

En cualquier caso, se debe realizar asesoramiento anticonceptivo que considere el comportamiento sexual y la plausibilidad de la fecundación, incluida información sobre la capacidad reproductiva de producción de espermatozoides, el desarrollo de los folículos y la maduración de los ovocitos (recomendación de expertos) (20).

Se recomienda que la asesoría sobre las diferentes opciones de anticoncepción para las personas con incongruencia de género sea llevada a cabo por profesionales con experticia en el tema (médicos especialistas en ginecología o enfermeros con entrenamiento en anticoncepción) (recomendación de expertos).

M. Asesoría sobre los métodos de preservación de la fertilidad: se deben brindar recomendaciones individualizadas en métodos de preservación de la fertilidad en el contexto de los objetivos de paternidad de cada persona (recomendación de expertos) (3).

La criopreservación de espermatozoides y ovocitos son técnicas de preservación de la fertilidad establecidas y se pueden ofrecer a los adultos AMAB y AFAB, respectivamente, preferiblemente antes del inicio del tratamiento hormonal de afirmación de género o después de su interrupción (recomendación de expertos) (3,20).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

En personas con incongruencia de género AFAB, la criopreservación de embriones se puede ofrecer y requiere de semen proveniente de un donante anónimo o de una pareja hombre cisgénero (recomendación de expertos) (3,20). En estos casos, se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Si la pareja de la persona con incongruencia de género AFAB es un hombre cisgénero se sugiere el uso del espermatozoides de la pareja y posteriormente subrogación uterina (en caso de que la persona se haya practicado histerectomía) o gestación propia (en el caso de que la persona conserve el útero y desee interrumpir la terapia hormonal de afirmación de género).
- Si la pareja de la persona con incongruencia de género AFAB es una mujer cisgénero se sugiere el uso espermatozoides donados, fertilización in vitro y posteriormente transferencia al útero de la pareja o subrogación uterina

En personas con incongruencia de género AFAB, si se realiza una histerectomía con ooforectomía, se ha descrito la conservación de los tejidos ováricos para la posibilidad futura de un hijo genéticamente relacionado por medio de subrogación uterina, sin embargo, a la fecha de realización de este ECBE, dicho procedimiento no se realiza en el territorio colombiano, por lo que su aplicación queda relegada a la regulación nacional vigente y a la disponibilidad del mismo a nivel institucional (recomendación de expertos) (3,20).

El asesoramiento proporcionado a las personas que solicitan terapia hormonal de afirmación de género y que potencialmente obstaculiza la fertilidad también puede incluir información y apoyo sobre opciones alternativas como la crianza temporal, la adopción y la paternidad compartida, entre otras (recomendación de expertos) (20).

N. Limitantes en la preservación de la fertilidad: se recomienda que, en caso de no lograr acceder a un método de preservación de la fertilidad, se evalúen las barreras al acceso a la preservación de la fertilidad en la persona con incongruencia de género (recomendación de expertos).

La incongruencia de género puede ser marcada y severamente debilitante en algunas personas, al punto de poner en riesgo la vida. La preservación de la fertilidad en la mayoría de los casos requiere el retraso o la suspensión de los tratamientos de afirmación de género con el fin de maximizar los desenlace de la preservación de la fertilidad, por lo que la persona puede demostrar una falta de voluntad para suspender o retrasar la terapia hormonal (21). Adicionalmente, en los individuos susceptibles a retrasar o pausar la terapia hormonal por un periodo para facilitar la preservación de la fertilidad, los procedimientos como ultrasonidos transvaginales y exámenes pélvicos (en AFAB) o la masturbación para lograr la obtención del espermatozoides (en AMAB) pueden ser psicológicamente angustiosos (21).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

El costo es un inconveniente común a la hora de definir un método de preservación de la fertilidad. Las personas con incongruencia de género pertenecen a una población vulnerable y tienen más probabilidades de no tener cobertura por parte de aseguradoras de salud y de informar barreras relacionadas con los costos para la atención general en comparación con los adultos cisgénero, lo que genera una mayor dificultad para acceder a los servicios de planificación familiar (21). En Colombia, las tecnologías de reproducción asistida (TRA) no se encuentran incluidas dentro del Plan de Beneficios en Salud y, por ende, en la gran mayoría de las veces deben ser cubiertas por el individuo. Por lo tanto, la carga financiera asociada con la preservación de la fertilidad sigue siendo una barrera significativa para las personas con incongruencia de género.

Concomitantemente, sigue existiendo una escasez de investigaciones sobre la preservación de la fertilidad personas transgénero y la investigación existente está limitada por el pequeño tamaño de las muestras y las diferentes exposiciones a las hormonas en referencia a la terapia de afirmación (21).

En el marco legal, si bien existen sentencias generales sobre la atención en salud de las personas transgénero (22), no existen leyes ni políticas gubernamentales específicas acerca del uso de TRA en este grupo poblacional. De hecho, la falta de normatividad específica en esta población es tan marcada que las directrices de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM, por sus siglas en inglés) recomiendan alentar a las personas transgénero a consultar a expertos legales sobre la paternidad y la crianza a través del uso de las TRA (21).

Además de las barreras antes mencionadas, los médicos o clínicas individuales pueden no aceptar derivaciones o brindar tratamiento a personas con incongruencia de género, a pesar de la postura clara de la ASRM de que, independientemente de la orientación sexual o la identidad de género, las clínicas de infertilidad y los especialistas en fertilidad deben tratar a todas las personas por igual (21), por lo que la estigmatización y la discriminación contra esta población continua siendo una barrera en el acceso a los métodos de reproducción asistida.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

O. Criterios de elegibilidad para el tratamiento médico de afirmación de género: los profesionales de la salud que evalúen a personas adultas con incongruencia de género para un tratamiento médico de afirmación de género deben (GR: fuerte; GRADE) (3):

- Recomendar únicamente el tratamiento médico de afirmación de género solicitado por una persona con incongruencia de género cuando la experiencia de incongruencia sea marcada y sostenida.
- Garantizar el cumplimiento de los criterios de diagnóstico antes de iniciar tratamientos de afirmación de género en regiones donde el diagnóstico es necesario para acceder a la atención médica.
- Identificar y excluir otras posibles causas de aparente incongruencia de género antes del inicio de tratamientos de afirmación de género.
- Evaluar cualquier condición de salud mental que pueda afectar negativamente el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, y analizar los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- Evaluar cualquier condición de salud física que pueda afectar negativamente el resultado de los tratamientos médicos de afirmación de género, y analizar los riesgos y beneficios, antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- Evaluar la capacidad de la persona con incongruencia de género de dar su consentimiento/disentimiento para el tratamiento específico antes del inicio de dicho tratamiento.
- Evaluar la capacidad de la persona con incongruencia de género para comprender el efecto del tratamiento de afirmación de género en la reproducción y explorar opciones reproductivas con el individuo antes de iniciar el tratamiento de afirmación de género.

Las personas con incongruencia de género que cumplan con los criterios para el tratamiento médico de afirmación de género requieren un único concepto de un profesional que tenga competencias en la evaluación de personas con incongruencia de género para el inicio de este tratamiento en las personas que lo deseen (GR: fuerte; GRADE) (3).

P. Consentimiento/disentimiento informado: la práctica del consentimiento informado para el tratamiento es fundamental para la prestación de servicios de salud. El consentimiento informado se basa en el principio ético de que los receptores de los servicios médicos deben comprender la atención médica que reciben y las posibles consecuencias que podrían derivarse de ella. El acceso a la atención médica relacionada con la transición debe basarse en brindar información adecuada y obtener el consentimiento informado del individuo (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

La idea central del modelo de consentimiento informado es que el individuo es la mejor persona para tomar las decisiones medicas debido a sus propias experiencias y perspectivas. Una discusión exhaustiva con los profesionales de la salud involucrados debe incluir el impacto de la disforia de género en la persona y los factores psicosociales que predisponen, precipitan y perpetúan el tratamiento necesario, así como los factores de protección actuales o los mecanismos de afrontamiento que el individuo podría tener. La práctica actual de atención médica de las personas con incongruencia de género incluye al profesional de la salud mental, de quien se espera que tenga esta conversación (recomendación de expertos) (23).

Tanto los médicos que prescriben hormonas o el endocrinólogo como el cirujano que realiza la cirugía deben obtener el consentimiento/disentimiento informado previo a dichos tratamientos (recomendación de expertos) (3).

Previo al inicio del tratamiento médico o quirúrgico de afirmación de género se debe obtener un formato de consentimiento/disentimiento informado de la persona en que se debe incluir la educación acerca de los siguientes aspectos (recomendación de expertos):

- Tipo de intervención médica o quirúrgica
- Objetivos del tratamiento médico o quirúrgico
- Eventos secundarios y adversos del tratamiento médico o quirúrgico
- Efectos conocidos del tratamiento médico o quirúrgico sobre la fertilidad futura y los efectos potenciales de terapias que no están bien estudiadas y cuya reversibilidad se desconoce
- Potencial de irreversibilidad de los procedimientos quirúrgicos (en los que sea el caso)
- Alternativas disponibles de los tratamientos médicos o quirúrgicos
- Riesgos de la no realización del tratamiento

Este proceso de consentimiento/disentimiento informado debe abordar la irreversibilidad de algunos procedimientos, la naturaleza más reciente de algunos procedimientos y la información limitada disponible sobre los resultados a largo plazo de algunos procedimientos (3).

Debe asegurarse de que las personas con incongruencia de género conozcan las implicaciones de los tratamientos sobre la reproducción y estén familiarizadas con las opciones de la preservación de la fertilidad (3). Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud informen a una persona con incongruencia de género sobre el posible impacto del tratamiento en su potencial reproductivo durante la

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

evaluación (recomendación de expertos) (3) (véase “Sección 3: Asesoría en fertilidad y anticoncepción”).

Como parte del consentimiento/disentimiento informado, se debe asesorar a las personas portadoras de una variante patogénica de los genes *BRCA1/2* sobre la falta de evidencia acerca del grado de incremento del riesgo de cáncer de seno asociado a la exposición a estrógenos exógenos, para así poder realizar una toma de decisiones compartida entre la persona y el profesional de salud, reconociendo los numerosos beneficios de la terapia con estrógenos para afirmar el género y los beneficios de la cirugía reductora del riesgo, así como los riesgos de desarrollar una neoplasia derivada de una variante patogénica de *BRCA* (recomendación de expertos) (3,5).

Q. Contraindicaciones y condiciones médicas asociadas a la terapia hormonal de afirmación de género: los profesionales de la salud deben evaluar y abordar las condiciones médicas que pueden verse exacerbadas por la depleción hormonal y el tratamiento con hormonas sexuales del género afirmado, antes de comenzar el tratamiento (GR: fuerte; GRADE) (3), (NE: moderada; GRADE) (4).

Dentro de las terapias, se encuentran:

Terapia transmasculina: los estudios clínicos han demostrado la efectividad de varias preparaciones de andrógenos diferentes para inducir la masculinización en hombres transgénero. Los médicos pueden utilizar preparaciones parenterales o transdérmicas para lograr valores de testosterona dentro del rango normal masculino. Los niveles suprafisiológicos sostenidos de testosterona aumentan el riesgo de reacciones adversas y deben evitarse (4). Las preparaciones actuales de testosterona son "bioidénticas", lo que significa que son químicamente equivalentes a la testosterona secretada por el testículo humano (5). La terapia con testosterona tiene contraindicación en personas en gestación o que estén buscando lograr una gestación, debido al posible riesgo teratogénico sobre el producto de la gestación o en lactancia (véase “Sección 3, *superíndice K*”), además de estar contraindicada en los cánceres sensibles a andrógenos activos (3). Otras contraindicaciones relativas de la terapia con testosterona son la hipertensión arterial severa, la apnea del sueño, la policitemia, la enfermedad coronaria inestable, el accidente cerebrovascular (ACV) severo, la trombofilia o historia de eventos tromboembólicos, el cáncer endometrial activo, la psicosis no controlada, la diabetes mellitus pobremente controlada, la enfermedad hepática o renal severas y la hipertrigliceridemia severa. La monitorización de la presión arterial y del perfil lipídico debería realizarse antes y después del inicio de la terapia con testosterona (recomendación de expertos) (24).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Terapia transfemenina: los individuos con incongruencia de género que tengan deseo de feminización pueden recibir terapia hormonal con estrógenos en forma de estrógenos conjugados orales, 17 β -estradiol oral, 17 β -estradiol transdérmico o inyecciones de ésteres conjugados (valerato de estradiol o cipionato de estradiol) (4,5). La clase principal de estrógeno utilizada para la terapia de feminización es el 17- β estradiol, que es una hormona "bioidéntica" dado que es químicamente idéntica a la del ovario humano (5). Entre las opciones de estrógenos, el mayor riesgo de eventos tromboembólicos en general parece estar asociado con el etinilestradiol específicamente. Los datos que distinguen entre otras opciones de estrógenos están menos establecidos, aunque parece ser que las vías de administración oral son más trombogénicas debido al "efecto de primer paso" que las vías transdérmica y parenteral, y, además, el riesgo de eventos tromboembólicos depende de la dosis (4).

Las personas con incongruencia de género en búsqueda de terapia feminizante con antecedente de eventos tromboembólicos deberían ser evaluadas y tratadas previo al inicio de la terapia hormonal. Los factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo deberían modificarse. En personas con factores de riesgo no modificables, como antecedentes conocidos de trombofilia, antecedentes de trombosis o antecedentes familiares importantes de tromboembolismo, el tratamiento con estrógenos transdérmicos concomitantes con anticoagulantes puede tener menor riesgo de tromboembolismo. La presencia de una enfermedad al inicio de la evaluación, como cáncer sensible a hormonas y enfermedad coronaria inestable, contraindican de manera absoluta el uso de estrógenos. Otras condiciones como la enfermedad cerebrovascular, la hiperprolactinemia, la hipertrigliceridemia y la colelitiasis deben evaluarse antes de iniciar la terapia hormonal de afirmación del género, ya que los riesgos relativos pueden variar en asociación el tratamiento con estrógenos exógenos (recomendación de expertos) (3,24).

R. Terapia estrogénica. El tratamiento médico de las personas adultas con incongruencia de género con deseo de feminización se basa en un régimen de estrógenos asociado a terapia complementaria antiandrogénica para alcanzar niveles de testosterona en el rango femenino (recomendación de expertos) (4). La *tabla 2* agrupa algunas de las diferentes opciones farmacológicas de terapia estrogénica (3). Las presentaciones de estrógenos más frecuentemente disponibles en Colombia son los parches transdérmicos de estradiol, los estrógenos conjugados orales, el hemihidrato de estradiol en aerosol transcutáneo y, ocasionalmente, el valerato de estradiol en tabletas.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Tabla 2. terapia estrogénica (transfemenina)

Vía de administración	Dosis
Oral o sublingual	
Estradiol	2.0 a 6.0 mg/día
Estrógenos conjugados	Inicial: 1.25–2.5 mg/día; ajustar a 5.0–7.5 mg/día
Transdérmico	
Parches de estradiol	0.025 a 0.2 mg/día
Varios geles o aerosol de estradiol	‡diario en la piel
Parenteral	
Estradiol valerato o cipionato	5 a 30 mg IM cada 2 semanas 2 a 10 mg IM cada semana

‡la cantidad aplicada varía según la formulación y la potencia

Abreviaturas: IM, intramuscular; mg, miligramo

Fuente: adaptado de (3,25)

Los profesionales de la salud deberían preferir las presentaciones de estrógenos transdérmicos en personas con incongruencia de género con mayor riesgo de desarrollar tromboembolismo venoso (edad mayor de 45 años o antecedentes de tromboembolismo venoso) cuando se recomienda el tratamiento de afirmación de género con estrógenos (GR: débil; GRADE) (3).

En nuestro país disponemos de estradiol en aerosol transdérmico el cual se puede usar como terapia estrogénica de afirmación de género con vigilancia concomitante de los niveles de estradiol sérico, teniendo en cuenta que no existen estudios del uso de este tratamiento en dicha población (recomendación de expertos).

Los profesionales de la salud no deben recetar etinilestradiol a personas con incongruencia de género como parte de un tratamiento hormonal de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales de la salud no deberían recetar estrógenos conjugados a personas con incongruencia de género cuando las presentaciones de estradiol estén disponibles como componente del tratamiento hormonal de afirmación de género (GR: débil; GRADE) (3). Sin embargo, en el contexto de la dificultad al

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

acceso o la consecución de otras formas de estradiol, los estrógenos conjugados son una opción farmacológica para la terapia de afirmación de género en personas con incongruencia de género con deseo de feminización (recomendación de expertos).

S. Terapia antiandrogénica: los profesionales de la salud deben prescribir medicamentos para reducir concentración o el efecto de la testosterona endógena (ya sea acetato de ciproterona, espironolactona o análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas [GnRHa]) a personas con incongruencia de género que tengan testículos y que estén tomando estrógenos como parte de un plan de tratamiento hormonal, si la meta del individuo es aproximarse a concentraciones circulantes de hormonas sexuales correspondientes a las mujeres cisgénero (GR: fuerte, GRADE) (3). La tabla 3 agrupa las diferentes opciones de tratamiento

Tabla 3. Terapia antiandrogénica (transfemenina)

Medicamento	Dosis
Espironolactona	100 a 300 mg/día
Acetato de ciproterona	10 - 50 mg/día
Análogos agonistas de GnRH	3.75 a 7.50 mg SC/IM mensuales
Análogos agonistas de GnRH formulación de depósito	11.25 a 22.50 mg SC/IM cada 3 a 6 meses

Abreviaturas: IM, intramuscular; mg, miligramo; SC, subcutáneo

Fuente: adaptado de (3,25)

No se debe usar rutinariamente el tratamiento con bicalutamida, flutamida, ni los inhibidores de la 5 α -reductasa (como finasterida) como medicación antiandrogénica (**recomendación de expertos**) (3).

T. Terapia con testosterona: los profesionales de la salud pueden usar presentaciones parenterales o transdérmicas de testosterona como terapia de afirmación de género en personas con incongruencia de género que deseen masculinización (**recomendación de expertos**) (4). La *tabla 4* agrupa las diferentes presentaciones de testosterona (3). Las presentaciones de testosterona más frecuentemente disponibles en Colombia son las formas parenterales (enantato y undecanoato de testosterona) y en menor medida el gel de testosterona. Si bien la testosterona inyectable está indicada para su administración por vía intramuscular, muchos profesionales han administrado testosterona por vía subcutánea con buena

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

efectividad y satisfacción de los individuos, y sin complicaciones. Los beneficios de la administración subcutánea incluyen una aguja más pequeña y menos dolorosa, y puede evitar la formación de cicatrices o fibrosis a largo plazo (posiblemente >50 años) de la terapia intramuscular, así como puede usarse en personas con contraindicación de aplicación intramuscular de medicamentos (p. ej., trastornos de la coagulación, uso de anticoagulantes) (5). Siempre que la terapia esté supervisada por un médico y los individuos respeten la dosis prescrita, las diferentes formulaciones de testosterona son comparables en cuanto a seguridad a corto plazo, adherencia, parámetros metabólicos, composición corporal y satisfacción general con la vida.

Tabla 4. Terapia de testosterona (transmasculina)

Vía de administración	Dosis
Parenteral	
Testosterona enantato o cipionato	50 a 100 mg SC/IM semanales 100 a 200 mg IM cada 2 semanas
Testosterona undecanoato	1000 mg IM cada 12 semanas 750 mg IM cada 10 semanas
Transdérmico	
Gel de testosterona	50 a 100 mg/día
Parche de testosterona	2.5 a 7.5 mg/día

Abreviaturas: IM, intramuscular; mg, miligramo; SC, subcutáneo

Fuente: adaptado de (3)

Los médicos también pueden administrar análogos agonistas de GnRH o medroxiprogesterona de depósito para detener la menstruación en personas con incongruencia de género menstruales si este es el deseo de la persona (recomendación de expertos) (4).

U. Evaluar metas clínicas y bioquímicas de la terapia hormonal de afirmación de género: los profesionales de la salud deben educar a las personas con incongruencia de género que se someten a un tratamiento hormonal de afirmación de género sobre el inicio y la evolución de los cambios físicos inducidos por el tratamiento con hormonas sexuales (GR: fuerte; GRADE) (3), (NE: muy baja; GRADE) (4). Los profesionales de la salud deben informar a las personas con incongruencia de género que comienzan la terapia con testosterona sobre los

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

efectos potenciales y variables de este tratamiento en la voz y la comunicación (GR: fuerte, GRADE) (3).

Las *tablas 5 y 6* resumen el curso temporal esperado de los cambios físicos en respuesta a la terapia hormonal de afirmación de género feminizante y masculinizante, respectivamente (3).

Los profesionales de la salud deben organizar citas periódicas para evaluar clínicamente los cambios físicos y posibles reacciones adversas a las hormonas esteroideas sexuales, incluido el control de laboratorio de las hormonas esteroideas sexuales cada 3 meses durante el primer año de terapia hormonal, seguido de pruebas clínicas y bioquímicas (niveles de hormonas sexuales plasmáticas) una o dos veces al año (GR: fuerte; GRADE) (3).

Tabla 5. Curso temporal esperado de los cambios físicos asociados a la terapia estrogénica y antiandrogénica

Efecto	Inicio	Máximo
Redistribución de la grasa corporal	3 a 6 meses	2 a 5 años
Disminución de la fuerza y masa muscular	3 a 6 meses	1 a 2 años
Suavizado de la piel/disminución de la untuosidad	3 a 6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1 a 3 meses	Desconocido
Disminución de las erecciones espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disminución de la producción de esperma	Desconocido	2 años
Crecimiento mamario	3 a 6 meses	2 a 5 años
Disminución del volumen testicular	3 a 6 meses	Variable
Disminución del vello terminal	6 a 12 meses	> 3 años
Incremento del cabello	Variable	Variable
Cambios en la voz	Ninguno	

Fuente: adaptado de (3)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Tabla 6. curso temporal esperado de los cambios físicos asociados a la terapia con testosterona

Efecto	Inicio	Máximo
Untuosidad de la piel/acné	1 a 6 meses	1 a 2 años
Crecimiento de vello facial y corporal	6 a 12 meses	> 5 años
Pérdida de cabello	6 a 12 meses	> 5 años
Incremento de la masa y fuerza muscular	6 a 12 meses	2 a 5 años
Redistribución grasa	1 a 6 meses	2 a 5 años
Cese de las menstruaciones	1 a 6 meses	1 a 2 años
Agrandamiento del clítoris	1 a 6 meses	1 a 2 años
Atrofia vaginal	1 a 6 meses	1 a 2 años
Engrosamiento de la voz	1 a 6 meses	1 a 2 años

Fuente: adaptado de (3).

Los objetivos terapéuticos bioquímicos de la terapia hormonal de afirmación de género son que los esteroides sexuales endógenos se supriman y que los esteroides sexuales administrados mantengan el nivel sérico en el rango fisiológico normal para el género afirmado (NE: baja; GRADE) (4).

Para las personas con incongruencia de género en tratamiento con testosterona, el objetivo terapéutico es alcanzar niveles de testosterona total plasmática (CUPS: 904602) entre 400 y 700 ng/dL. Para las inyecciones de testosterona enantato/cipionato, el nivel de testosterona debe medirse a mitad del intervalo de tiempo entre las inyecciones. Para las inyecciones de testosterona undecanoato, la testosterona debe medirse justo antes de la siguiente inyección. Para la testosterona transdérmica, los niveles de testosterona pueden medirse no antes de una semana de iniciada la aplicación diaria y al menos dos horas después de la última aplicación (recomendación de expertos) (4).

Para las personas con incongruencia de género en terapia feminizante (estrógenos y antiandrógenos) se deben medir los niveles de testosterona total y estradiol. El objetivo terapéutico es lograr niveles de testosterona total plasmática (CUPS: 904602) menores de 50 ng/dL y niveles de estradiol plasmático (CUPS: 904503) que no excedan el rango fisiológico máximo para mujeres cisgénero premenopáusicas de 100 a 200 pg/ml (recomendación de expertos) (4). Los análisis

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

de sangre no pueden monitorizar el uso de estrógenos conjugados o estrógenos sintéticos, por lo que en caso de uso de alguna de estas opciones como terapia estrogénica no se recomienda medir los niveles de estradiol plasmáticos (recomendación de expertos) (4). En personas que han estado usando estrógenos conjugados autoadministrados o etinilestradiol, es razonable verificar el nivel de estrógenos totales (CUPS: 904506), que puede brindar una estimación más precisa en estos casos. Este análisis también mide estrógenos menores como el estriol y la estrona (recomendación de expertos) (5)

V. Monitorización de prolactina: la terapia de estrógenos puede causar el crecimiento de las células lactotropas hipofisarias y hasta 20% de las mujeres transgénero tratadas con estrógenos pueden tener elevaciones de la prolactina asociadas a agrandamiento de la hipófisis (4), por lo que se deben monitorizar periódicamente los niveles de prolactina sérica (CUPS: 904108) en personas con incongruencia de género tratadas con estrógenos (NE: baja; GRADE) (4). El inicio y el tiempo de curso de la hiperprolactinemia durante la terapia estrogénica se desconoce. Los clínicos deberían medir la prolactina sérica (CUPS: 904108) basal y luego anualmente durante el periodo de transición y cada dos años de ahí en adelante una vez se alcancen niveles de estradiol sérico estables (recomendación de expertos) (4).

W. Monitorización de hematocrito: la testosterona eleva el hematocrito en las personas transgénero; este incremento debe ser consistente con los rangos de referencia para hombres cisgénero (3). Los profesionales de la salud deben monitorizar el hematocrito (CUPS: 902210 o 902211) o la hemoglobina (CUPS: 902213) en personas con incongruencia de género tratadas con testosterona (GR: fuerte; GRADE) (3). Se debe medir el hematocrito (CUPS: 902210 o 902211) o la hemoglobina (CUPS: 902213) basales y, después del inicio de la terapia con testosterona, cada 3 meses durante el primer año y luego una o dos veces al año de ahí en adelante cuando se alcancen niveles de testosterona total sérica estables (recomendación de expertos) (4).

X. Ajuste de terapia farmacológica transfemenina: el cambio de la dosis de la terapia transfemenina debe realizarse en función de los objetivos de la persona, en el contexto de la respuesta clínica, el control de los niveles hormonales y del monitoreo de la seguridad del tratamiento (por ejemplo, presencia de factores de riesgo como el tabaquismo, la función renal y el potasio en personas que usan espironolactona) (3–5).

Uno de los enfoques para potenciar los efectos feminizantes y alcanzar niveles de estradiol séricos adecuados es aumentar la dosis de estrógenos y antiandrógenos hasta que los niveles plasmáticos de estradiol (CUPS: 904503) o estrógenos

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

(CUPS: 904506) se encuentren en el rango fisiológico femenino. Inicialmente la monitorización de los niveles de hormonas sexuales plasmáticas puede ser cada 3 a 6 meses posterior al ajuste de la dosis (recomendación de expertos). Una vez que se ha logrado el objetivo bioquímico deseado (véase *Sección 4: superíndice U*), los esfuerzos de ajuste de dosis pueden centrarse en aumentar el bloqueo de andrógenos. Otro enfoque es mantener la dosis fisiológica actual de estrógenos y ajustar hacia arriba los antiandrógenos o agregar un progestágeno (como el acetato de medroxiprogesterona o progesterona micronizada) (recomendación de expertos) (5). Una vez se haya alcanzado el rango objetivo de estradiol y testosterona séricos para un individuo específico, es razonable monitorear los niveles de hormonas sexuales anualmente, o solo cuando el médico lo considere necesario (recomendación de expertos) (5).

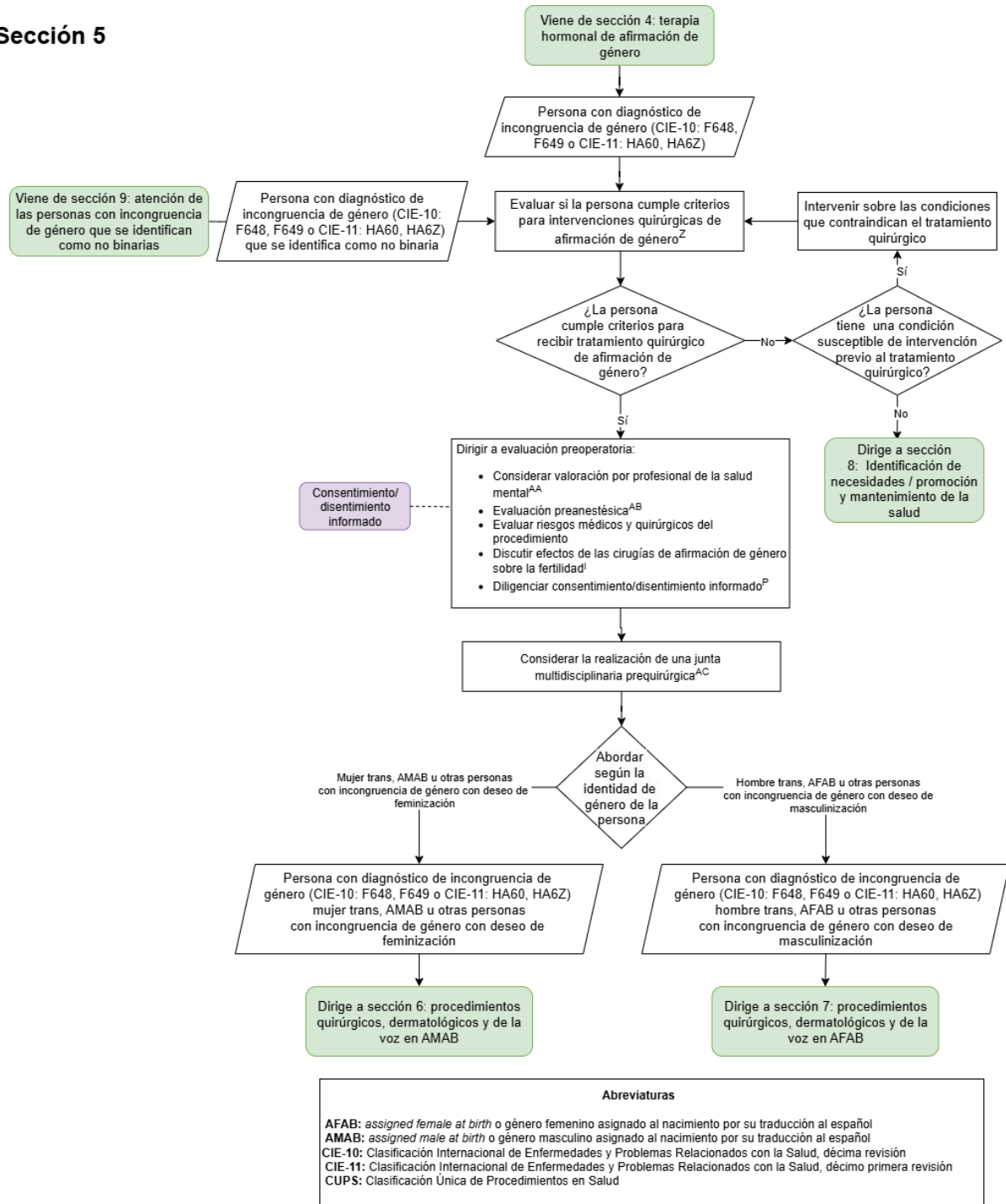
Y: Ajuste de terapia farmacológica transmasculina: el ajuste de la dosis de la terapia hormonal transmasculina debe realizarse en función de los objetivos de la persona, en el contexto de la respuesta clínica, el control del nivel hormonal y el control de la seguridad, es decir, la hemoglobina (CUPS: 902213) y el hematocrito (CUPS: 902210 o 902211). La respuesta clínica se puede medir objetivamente por la presencia de amenorrea a los 6 meses (5).

Independientemente del esquema de dosificación inicial elegido, se puede aumentar la dosis de testosterona según los niveles de testosterona total (CUPS: 904602) medidos a los 3 a 6 meses del inicio o ajuste (recomendación de expertos) (5). Una vez que los niveles plasmáticos de testosterona total (CUPS: 904602) sean mayores que el valor medio en el rango de referencia informado por el laboratorio, no está claro si un aumento en la dosis de testosterona tendrá algún efecto positivo en el progreso clínico percibido, en los síntomas del estado de ánimo u otros efectos secundarios. Cuando se haya alcanzado el rango objetivo para un individuo específico (véase *Sección 4: superíndice U*), es razonable monitorizar los niveles de testosterona total (CUPS: 904602) anualmente, o solo cuando el médico lo considere necesario (recomendación de expertos) (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 7. Sección 5: Abordaje previo a procedimientos quirúrgicos

Sección 5



Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

Z. Criterios de elegibilidad del tratamiento quirúrgico de las personas con incongruencia de género: las cirugías de afirmación de género se refieren a una constelación de procedimientos diseñados para alinear el cuerpo de una persona con su identidad de género. Las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género pueden clasificarse a lo largo de un espectro de procedimientos para individuos AMAB e individuos AFAB (3).

Las cirugías de afirmación de género representativas incluyen (3):

- AMAB: cirugía de feminización facial (incluida la condrolaringoplastia/cirugía de las cuerdas vocales), cirugía de mamas para reafirmación de género, procedimientos de contorno corporal, orquidectomía, vagino/vulvoplastia (con/sin profundidad), procedimientos de armonización y procedimientos diseñados para preparar a las personas para la cirugía (por ejemplo, depilación).
- AFAB: cirugía de masculinización facial, cirugía de tórax para reafirmación de género, histerectomía/ooforectomía, metoidioplastia (incluida la colocación de prótesis testiculares), faloplastia (incluida la colocación de prótesis testiculares/peneanas), procedimientos de contorno corporal, procedimientos de armonización y procedimientos diseñados para preparar a las personas para la cirugía (por ejemplo, depilación).

Los profesionales de la salud que evalúen a personas con incongruencia de género deberán ofrecer el tratamiento quirúrgico de afirmación de género cuando (recomendación de expertos) (3):

- La incongruencia de género sea marcada y sostenida.
- La persona cumpla con los criterios de diagnóstico de incongruencia de género antes de una intervención quirúrgica de afirmación de género en regiones donde es necesario un diagnóstico para acceder a la atención médica.
- La persona demuestre capacidad para dar consentimiento para las intervenciones quirúrgicas específicas de afirmación de género.
- La persona entienda el efecto de las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género en la reproducción y haya explorado opciones reproductivas (en caso de deseo de reproducción).
- Se hayan identificado y excluido otras posibles causas de aparente incongruencia de género.
- Se haya evaluado la salud mental y las condiciones físicas que podrían afectar negativamente el resultado de las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género, y se hayan discutido los riesgos y beneficios.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

- La persona se encuentre estable en su régimen de tratamiento hormonal de afirmación de género (que puede incluir al menos 6 meses de tratamiento hormonal o un período más largo si es necesario para lograr el resultado quirúrgico deseado, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o esté médicamente contraindicada).

Las personas con incongruencia de género que cumplan con los criterios para el tratamiento quirúrgico de afirmación de género requieren un único concepto para el inicio de este tratamiento de un profesional que tenga competencias en la evaluación de personas con incongruencia de género que deseen un tratamiento quirúrgico relacionado con el género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los cirujanos y los médicos que prescriben hormonas deben colaborar para tomar una decisión sobre el uso de hormonas antes y después de la cirugía (recomendación de expertos) (4).

Dependiendo del resultado quirúrgico requerido, puede ser necesario un período de tratamiento hormonal previo (por ejemplo, virilización del clítoris suficiente antes de la metoidioplastia/faloplastia) o preferible por razones psicológicas, razones anatómicas o ambas (crecimiento de los senos y expansión de la piel antes del aumento de senos, ablandamiento de la piel y cambios en la distribución de la grasa facial antes de la cirugía de afirmación de género facial) (3).

Es importante que el cirujano y el individuo participen en el enfoque de toma de decisiones compartida que incluye 1) un enfoque multidisciplinario; 2) la comprensión de los objetivos y expectativas de la persona; 3) una discusión sobre las opciones quirúrgicas y los riesgos, complicaciones, resultados esperados y beneficios asociados; y 4) un plan informado para el cuidado posterior (recomendación de expertos) (3).

AA. Considerar valoración prequirúrgica por profesional de la salud mental: la salud mental es un aspecto crítico en la preparación de la cirugía de afirmación de género. Previo a la realización de una cirugía de afirmación de género puede requerir una evaluación por parte de un médico especialista en psiquiatría (CUPS: 890284) con el fin de evaluar la presencia de diagnósticos psiquiátricos concomitantes, evaluar la elegibilidad de la persona para la cirugía y confirmar su capacidad para dar el consentimiento informado (recomendación de expertos) (26). Esta evaluación cumple la función de valorar y optimizar la morbilidad de salud mental relevante entre las personas con incongruencia de género. Además, el abordaje desde la perspectiva de los profesionales en salud mental también debe permitir evaluar si un individuo tendrá el apoyo necesario para una recuperación posoperatoria exitosa (recomendación de expertos) (26).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los profesionales de la salud mental deben ofrecer atención y apoyo a las personas con incongruencia de género para abordar los síntomas de salud mental que interfieran con la capacidad de una persona para participar en la atención perioperatoria esencial antes de la cirugía de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3). Las evaluaciones psicológicas deben garantizar que las personas con incongruencia de género no presenten signos de autolesión, síntomas psiquiátricos recientes o cualquier condición que pueda afectar la recuperación (recomendación de expertos) (26).

Cuando existan síntomas significativos de salud mental o trastorno de consumo de sustancias, los profesionales de la salud mental deben evaluar su posible impacto negativo en los resultados según la naturaleza del procedimiento quirúrgico de afirmación de género futuro (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales de la salud deben asesorar y ayudar a las personas con incongruencia de género a abstenerse del tabaco/nicotina antes de la cirugía de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (1).

Si ya se ha llevado a cabo previamente una valoración de la persona con incongruencia de género por un médico especialista en psiquiatría que aborde los temas anteriormente mencionados la misma no será necesaria nuevamente con el fin de evitar barreras y demoras en la atención de esta población (recomendación de expertos).

AB. Evaluación preanestésica: una evaluación prequirúrgica integral debe abordar el manejo perioperatorio de las afecciones médicas activas, anticipar las posibles complicaciones, ofrecer intervenciones para reducir los riesgos e involucrar a la persona y al médico en la toma compartida de decisiones. Las consultas y el diálogo con el médico son importantes para comprender las necesidades de las personas con incongruencia de género y personalizar individualmente un plan quirúrgico que ayude a alcanzar sus objetivos específicos de la manera más segura (26).

Para la evaluación de enfermedades infecciosas, las recomendaciones de tamización serológicas no difieren entre personas con incongruencia de género y personas cisgénero e incluyen pruebas para detección de infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (HBV), virus de hepatitis C (HCV) y sífilis basados en el riesgo individual de cada persona (recomendación de expertos) (26). Las personas que viven con VIH deben estar en un régimen de terapia antirretroviral consistente con carga viral indetectable y su contero de linfocitos CD4 debe ser mayor de 300 antes de iniciar el procedimiento quirúrgico (recomendación de expertos) (26). Las personas con infecciones por HBV o HCV

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

deben estar recibiendo tratamiento antiviral en caso de requerirlo y tener cargas virales indetectables (recomendación de expertos) (26).

El tratamiento de afirmación de género feminizante con estrógenos no ha mostrado consistentemente un aumento de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en el contexto perioperatorio (26). No hay evidencia que sugiera que las personas con incongruencia de género en terapia feminizante que carecen de factores de riesgo específicos (tabaquismo, antecedentes personales o familiares, dosis excesivas o uso de estrógenos sintéticos) deban suspender la terapia con estrógenos antes y después de los procedimientos quirúrgicos, en particular con el uso adecuado de profilaxis y un consentimiento informado para analizar los pros y los contras de interrumpir la terapia hormonal durante este tiempo. Las posibles alternativas incluyen el uso de una dosis menor de estrógenos o cambiar a una vía transdérmica si aún no se está utilizando (recomendación de expertos) (5)

Las personas con incongruencia que se someten a procedimientos de reafirmación de género pueden enfrentar riesgos hematológicos únicos según su perfil. Debido a que la mayoría de las personas con incongruencia de género utilizan terapia hormonal de afirmación de género, la evaluación de riesgos relacionada con el tratamiento hormonal exógeno es de interés (26). Se debe usar el Modelo de Evaluación de Riesgo de Caprini Modificado (anexo 5) que se usa ampliamente para calcular un riesgo basal estimado de TEV en personas que se someten a procedimientos quirúrgicos (recomendación de expertos) (26). Para personas con bajo riesgo, los métodos mecánicos de profilaxis de TEV son adecuados. Para personas con riesgo moderado, se recomienda la profilaxis farmacológica, junto con algunas medidas mecánicas. Para personas con alto riesgo de TEV, se puede considerar una terapia prolongada además de la profilaxis farmacológica (recomendación de expertos) (26).

Según la técnica quirúrgica y la preferencia del cirujano, el índice de masa corporal (IMC) se ha planteado como una limitación de la cirugía de afirmación de género. Un IMC elevado se asocia con un aumento de la morbilidad cardíaca, pulmonar y endocrina y, por lo tanto, puede ser un riesgo perioperatorio. Por ende, un IMC elevado puede ser una barrera para las personas con incongruencia de género que buscan una cirugía de afirmación de género (26). En caso de que el exceso de peso sea una preocupación preoperatoria se recomienda dirigir el tratamiento de la persona de acuerdo con el “Estándar Clínico Basado en la Evidencia: diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con obesidad y pérdida masiva de peso en el HUN” (recomendación de expertos) (27).

El enfoque de la evaluación cardíaca en personas sometidas a cirugías de afirmación de género es similar al de las personas sometidas a otros tipos de cirugía

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

no cardíaca. El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón publicaron las Pautas ACC/AHA 2014 sobre evaluación cardiovascular perioperatoria, que señalan los siguientes objetivos de la evaluación cardíaca preoperatoria: i) evaluación de eventos cardíacos adversos mayores (MACE) perioperatorios, ii) determinación de la necesidad de cambios en el manejo e iii) identificación de condiciones cardiovasculares o factores de riesgo que requieran un manejo a largo plazo (26).

Las contraindicaciones cardíacas importantes para proceder con la cirugía de afirmación de género son las mismas que para otras cirugías, que incluyen infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca descompensada, enfermedad valvular grave, bloqueo cardíaco de alto grado y arritmias mal controladas. En ausencia de las contraindicaciones cardíacas anteriores, el médico puede estimar el riesgo de MACE. En general, se considera que las cirugías de afirmación de género tienen un riesgo específico del procedimiento entre bajo y moderado. El riesgo bajo de eventos cardíacos adversos mayores se define como un riesgo inferior al 1 % de MACE o infarto de miocardio. Las personas cuyo riesgo calculado de MACE es >1 % se consideran de riesgo elevado (recomendación de expertos) (26).

El objetivo de una evaluación pulmonar preoperatoria es minimizar las complicaciones pulmonares posoperatorias durante la fase de recuperación. Los médicos deben utilizar una historia clínica y un examen físico exhaustivos para identificar los riesgos modificables y optimizar las condiciones subyacentes (recomendación de expertos) (26). Existen diferentes escalas de valoración de riesgo de complicaciones pulmonares como la escala "Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia" (anexo 6) y la calculadora "Gupta Postoperative Respiratory Failure Risk" (anexo 7), así como para la evaluación del riesgo de apnea obstructiva del sueño como el "STOP-BANG" (anexo 8) (26).

Se recomienda dejar de fumar para mejorar el estado pulmonar posoperatorio, así como para acelerar la cicatrización de las heridas (recomendación de expertos) (26). En caso de considerarlo necesario, el médico puede remitir al individuo una valoración por un profesional de la salud mental (psicología [CUPS: 890208] o psiquiatría [CUPS: 890284]) para apoyar el cese del tabaquismo de manera prequirúrgica (recomendación de expertos). Se debe consultar a los médicos especialistas en neumología (CUPS: 890271) en caso de disfunción pulmonar no controlada o de lo siguiente: hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis quística, antecedentes de trasplante de pulmón y apnea obstructiva del sueño grave (recomendación de expertos) (26).

Durante la preparación para los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género se debe evaluar el nivel de apoyo psicosocial de las personas con incongruencia de

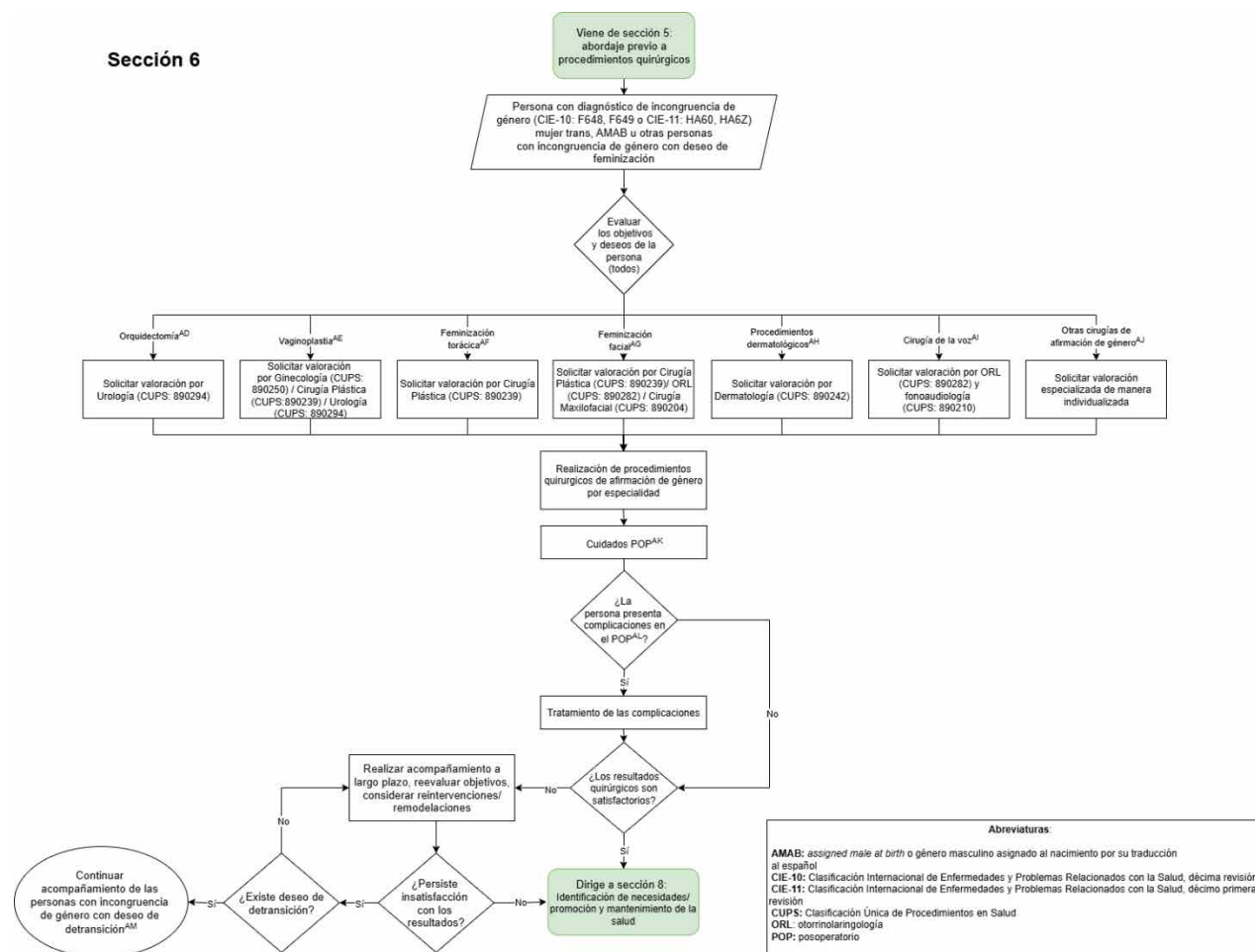
 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

género. La evaluación es el primer paso para reconocer dónde puede necesitarse apoyo adicional y mejorar la capacidad de trabajar en colaboración con el individuo para transitar con éxito las etapas pre, peri y posquirúrgicas. Se puede considerar solicitar valoración por trabajo social (CUPS: 890209) en el periodo preoperatorio para ayudar a la persona a optimizar su funcionamiento, evaluar la disponibilidad de una vivienda estable, o conseguirla cuando sea posible, crear apoyo social y familiar evaluando su situación particular, planificar formas de responder a las complicaciones médicas, abordar el posible impacto en el trabajo o los ingresos y superar obstáculos adicionales que puedan encontrar algunos individuos (véase *Sección 2: superíndice H*) (recomendación de expertos) (3).

AC. Considerar la realización de una junta multidisciplinaria prequirúrgica: en algunos casos específicos el cirujano podrá considerar necesaria la realización de una junta multidisciplinaria previo a la realización de procedimientos quirúrgicos de afirmación de género en personas con incongruencia de género, tal es el caso de reintervenciones, cirugías individualmente personalizadas (“no estándar” [véase *Sección 6: superíndice AJJ*]), procedimientos de alta complejidad quirúrgica, presencia de comorbilidades importantes o en caso de procedimientos de detransición. Dichas juntas no se deben realizar de manera rutinaria a todas las personas con incongruencia de género que deseen tratamientos quirúrgicos y jamás tendrán que limitar u obstaculizar de manera innecesaria la realización de los procedimientos trans-afirmativos (recomendación de expertos).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 8. Sección 6: procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AMAB



Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

AD. Orquidectomía: los profesionales de la salud deberán considerar ofrecer la orquidectomía a las personas con incongruencia de género AMAB elegibles (véase *Sección 5: superíndice Z*) cuando haya evidencia de que han tolerado un mínimo de 6 meses de terapia hormonal (a menos que la terapia de reemplazo hormonal no esté clínicamente indicada o no sea consistente con los deseos, objetivos o expresiones de identidad de género del individuo) (GR: débil; GRADE) (3). Adicionalmente la cirugía genital de afirmación de género que implique orquidectomía deberá realizarse solamente en personas de al menos 18 años de edad (NE: baja; GRADE) (4).

Un endocrinólogo o un profesional médico experto debe monitorizar a las personas con incongruencia de género después de la cirugía. Quienes se sometan a una orquidectomía necesitarán terapia de reemplazo hormonal, vigilancia o ambas para prevenir los efectos adversos de la deficiencia hormonal crónica (recomendación de expertos) (4).

Para las personas que deseen someterse a una orquidectomía y que no toman hormonas, se debe desarrollar un plan de reemplazo hormonal con el profesional de salud antes de la cirugía (recomendación de expertos) (4).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo realización de orquidectomía sean remitidas para valoración por médicos especialistas en urología (CUPS: 890294) (recomendación de expertos).

AE. Vaginoplastia: los profesionales de la salud deberán considerar ofrecer procedimientos genitales de afirmación de género (como la vaginoplastia) para personas con incongruencia de género AMAB elegibles (véase *Sección 5: superíndice Z*) que buscan estas intervenciones cuando haya evidencia de que el individuo se ha mantenido estable en su régimen de tratamiento actual (que puede incluir al menos 6 meses de tratamiento hormonal o un período más prolongado si es necesario para lograr el resultado quirúrgico deseado, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o esté médicamente contraindicada) (GR: débil; GRADE) (3). Adicionalmente las cirugías genitales de afirmación de género deberán realizarse solamente en personas de al menos 18 años de edad (NE: baja; GRADE) (4).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo de vaginoplastia sean remitidas para valoración por médicos especialistas en ginecología (CUPS: 890250), cirugía plástica (CUPS:890239) y urología (CUPS: 890294) (recomendación de expertos).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Se debe alentar a las mujeres transgénero y personas de género diverso que se han sometido a vaginoplastia a llevar un seguimiento con su cirujano, médico de atención primaria o ginecólogo (CUPS: 890250) (GR: fuerte; GRADE) (3), así como por especialistas en fisioterapia (CUPS: 890211) para guiar el proceso de rehabilitación (recomendación de expertos) (28).

AF. Cirugías de feminización del tórax: el aumento de senos en mujeres transgénero implica una mamoplastia de aumento basada en implantes para lo cual se puede colocar un implante protésico compuesto por una cubierta de silicona, con relleno de solución salina o silicona cohesiva, debajo del tejido mamario (implante subglandular) o debajo del músculo pectoral (implante subpectoral) (5). En algunos casos se requieren procedimientos previos para distender la piel torácica antes de la colocación de implantes.

Para que las mujeres transgénero, personas con incongruencia de género AMAB y otras personas con identidades de género diversa con deseo de mamoplastia de aumento, tomen la decisión mejor informada, los médicos deben posponer la cirugía de aumento de senos hasta que la persona haya completado al menos 1 año de terapia con estrógenos, dado que los senos continúan creciendo durante ese tiempo (a menos que la terapia de reemplazo hormonal no esté clínicamente indicada o no sea consistente con los deseos, objetivos o expresiones de identidad de género del individuo) (recomendación de expertos) (4).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo de procedimientos quirúrgicos de feminización torácica sean remitidas para valoración por médicos especialistas en cirugía plástica (recomendación de expertos).

AG. Cirugías de feminización facial: alinear los rasgos faciales con la identidad y la expresión de género es una de las intervenciones afirmativas más importantes. Es vital para mejorar la calidad de vida en todos los dominios emocional, físico y social. Los procedimientos faciales de feminización son múltiples (29).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo de procedimientos quirúrgicos de feminización facial sean remitidas para valoración por médicos especialistas en cirugía plástica (CUPS: 890239), otorrinolaringología (CUPS: 890282) y odontólogos especialistas en cirugía maxilofacial (CUPS: 890204) (recomendación de expertos).

AH. Procedimientos dermatológicos: la depilación es necesaria tanto para eliminar el vello facial como para prepararse para ciertas cirugías de afirmación de género, como la vaginoplastia, la faloplastia y la metoidioplastia. Las técnicas de depilación que se utilizan en la atención de afirmación de género son la depilación por electrólisis y la depilación láser (3,4).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los profesionales de la salud deben referir a las personas con incongruencia de género a un médico especialista en dermatología (CUPS: 890242) para la realización de procedimientos de depilación de la cara, el cuerpo y las áreas genitales para la afirmación de género o como parte de un proceso de preparación preoperatoria (GR: fuerte; GRADE) (3); la realización dependerá de la disponibilidad institucional.

Las afecciones de la piel suelen ser subdiagnosticadas y subtratadas en personas con incongruencia de género, por lo que en estos casos se sugiere la valoración por el médico especialista en dermatología (CUPS: 890242) (recomendación de expertos) (30). Adicionalmente, puede ser necesaria una valoración por el médico especialista en dermatología (CUPS: 890242) para el tratamiento de las cicatrices posquirúrgicas (recomendación de expertos).

Al. Voz y comunicación: no todas las personas con incongruencia de género tienen dificultades para expresarse y comunicarse o desean recibir apoyo profesional relacionado, pero quienes sí lo hacen suelen encontrar barreras para acceder a la atención. Existen varios enfoques diferentes que las personas con incongruencia de género pueden utilizar para modificar su voz y comunicación, entre ellos, el cambio autoiniciado, el cambio de conducta respaldado por especialistas en voz y comunicación y el cambio como resultado de un tratamiento hormonal con andrógenos o con una cirugía laríngea. El tratamiento con estrógenos en personas con incongruencia de género no se ha asociado con cambios de voz significativos, mientras que se ha encontrado que el tratamiento con testosterona produce cambios deseados y no deseados en los aspectos de producción de la voz relacionados con el género y la función (3). Hay dos tipos de cirugías laríngeas que son relevantes para las poblaciones con incongruencia de género: las destinadas a elevar el tono de la voz. (por ejemplo, glotoplastia con retrodesplazamiento de la comisura anterior, aproximación cricotiroides, laringoplastia de feminización, ajuste de voz asistido por láser) y para bajar el tono de voz (por ejemplo, tiroplastia tipo III, aumento de las cuerdas vocales con inyección) (3).

Los profesionales de la salud que atienden personas con incongruencia de género que no están satisfechas con su voz o comunicación deben considerar ofrecer una derivación a especialistas en voz y comunicación (fonoaudiología (CUPS: 890210) u otorrinolaringología (CUPS: 890282)) para recibir apoyo, evaluación y capacitación relacionados con la voz (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales de la salud que atienden personas con incongruencia de género que estén considerando someterse a una cirugía de voz deben considerar ofrecer una derivación a un especialista en voz y comunicación (fonoaudiología (CUPS:

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

890210) u otorrinolaringología (CUPS: 890282)) que pueda brindar apoyo pre- y posoperatorio (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los especialistas en voz y comunicación (fonoaudiólogos y otorrinolaringólogos) deben evaluar la función vocal y de comunicación actual y deseada de las personas con incongruencia de género y desarrollar planes de intervención adecuados para aquellos insatisfechos con su voz y comunicación (GR: fuerte; GRADE) (3). En caso de que el especialista en voz y comunicación lo considere necesario se puede solicitar terapia de la voz (CUPS: 937200) como parte del tratamiento de afirmación de género (recomendación de expertos).

Para la mayoría de los tipos de cirugía laríngea, se recomienda el entrenamiento de la voz antes de la cirugía para garantizar la preparación del mecanismo vocal para la intervención quirúrgica y después de la cirugía para garantizar el retorno a la producción funcional de la voz (recomendación de expertos) (3).

Se sugiere que las cirugías de la voz y la laringe se realicen después de los otros procedimientos quirúrgicos deseados por la persona con incongruencia de género (si esto se encuentra acorde con sus objetivos de afirmación de género) debido al riesgo potencial de alteraciones secundarias a la manipulación e instrumentación de la vía aérea y las cuerdas vocales durante las cirugías (recomendación de expertos).

AJ. Otras cirugías especializadas de afirmación de género: los profesionales de la salud deben consultar a un equipo integral y multidisciplinario de profesionales en el campo de la salud transgénero cuando las personas con incongruencia de género elegibles (véase *Sección 5: superíndice Z*) soliciten cirugías individualmente personalizadas (anteriormente denominadas “no estándar”) como parte de una intervención quirúrgica de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Las intervenciones quirúrgicas individualmente personalizadas se pueden definir como 1) un procedimiento que altera la expresión de género de un individuo sin necesariamente apuntar a expresar un género binario alternativo; 2) la combinación “no estándar” de procedimientos bien establecidos; o 3) ambos (3).

El individuo y su cirujano deben trabajar juntos para garantizar que las expectativas de la persona sean realistas y alcanzables, y que las intervenciones propuestas sean seguras y técnicamente factibles. Las personas con incongruencia de género y su equipo quirúrgico deben participar en un proceso de toma de decisiones compartido (recomendación de expertos) (3).

En todos los casos de cirugías de afirmación de género de cualquier tipo en personas con incongruencia de género AMAB se recomienda ofrecer las técnicas

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

quirúrgicas con las que el equipo quirúrgico esté relacionado y en las que, en lo posible, tenga experticia (recomendación de expertos).

AK. Cuidados posoperatorios: se incluyen los siguientes:

Asignación de habitaciones: las personas con incongruencia de género deben ser asignados a una habitación, así como debe proporcionárseles acceso a baños y lugares para dormir que estén alineados con su identidad de género (GR: fuerte; GRADE) (3). Si el historial médico no puede incluir el sexo y el género como categorías distintas, es necesaria una comunicación cuidadosa con la persona para garantizar que el personal involucrado en el cuidado del individuo, incluido el personal de apoyo, esté al tanto de la discrepancia intencional. Es importante señalar que incluir a la persona en las discusiones sobre la asignación de la habitación lo antes posible ayudará a evitar problemas antes de que surjan.

Profilaxis de náuseas y vómitos: las náuseas y vómitos posoperatorios son frecuentes y se presentan entre el 30% al 50% de todas las personas llevadas a cirugías, lo que podría conllevar a un retraso en el inicio de la alimentación, una estancia hospitalaria prolongada y un aumento en los gastos de atención. Se debe realizar la detección sistemática del riesgo de náuseas y vómitos posoperatorios, para lo cual existen varios sistemas de puntuación, el más utilizado es el Apfel (anexo 9). Las personas con puntuaciones >1 deben recibir profilaxis antiemética (recomendación de expertos) (31). Otras medidas que ayudan a reducir estos síntomas es el uso de anestesia intravenosa total en lugar de gases volátiles, la analgesia multimodal en lugar del uso de opioides y la inclusión del paracetamol dentro de la analgesia profiláctica (31).

Profilaxis contra el TEV: el tromboembolismo venoso es una complicación posoperatoria potencialmente mortal que puede conllevar a otras complicaciones como la hipertensión pulmonar, la insuficiencia cardíaca y el síndrome posttrombótico (32).

En el caso de las personas con incongruencia de género que son llevadas a cirugía electiva mayor abdominal o pélvica, está indicado el uso de profilaxis mediante una combinación de medias de compresión o compresión neumática intermitente con una heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada, la cual debe continuar durante la hospitalización (32). El uso de profilaxis prolongada (28 días) es debatido y se debe individualizar según sea el caso de cada persona, siendo de mayor consideración en ancianos, frágiles e inmóviles, dependiendo de su puntaje en la escala de Caprini (31,33). A pesar de que las tasas de tromboembolismo venoso en cirugías vaginales y vulvares son muy bajas, la profilaxis tanto mecánica como farmacológica también deben considerarse (33).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Normotermia: la hipotermia intraoperatoria ($\leq 36^{\circ}\text{C}$) se asocia con un aumento de la pérdida de sangre, isquemia miocárdica, arritmia cardíaca, mayor riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico y prolongación de la estancia hospitalaria. Se debe realizar un calentamiento activo en todas las personas en operaciones que duren más de 30 minutos. Existen varios métodos para mantener la normotermia, incluidos dispositivos de manta de aire forzado, colchones para calentar el cuerpo y líquidos intravenosos calentados (recomendación de expertos) (31).

Analgesia posoperatoria: las estrategias posoperatorias para la analgesia van dirigidas hacia un control óptimo del dolor, la recuperación funcional, minimizar las náuseas, la sedación, la fatiga y el riesgo de adicción a los opioides, por lo tanto, se debe orientar hacia el uso de analgesia posoperatoria multimodal (33). Las personas con incongruencia de género son parte de una comunidad marginada que enfrenta barreras profundas para el acceso a la atención médica para los procedimientos de afirmación de género, lo que a su vez les confiere un mayor riesgo de adicción y dependencia a los opioides, encontrando un mayor consumo de opioides de manera preoperatoria en este grupo poblacional (34). Se estima que en los Estados Unidos el uso indebido de medicamentos recetados en personas con incongruencia de género es tres veces mayor que el de la población general, sugiriendo que las estrategias de reducción de opioides merecen una consideración significativa en las cirugías de afirmación de género (32). Lo anterior nos lleva a enfatizar la necesidad de minimizar la utilización de opioides durante el periodo de recuperación posoperatoria (recomendación de expertos) (34).

El uso de la anestesia general y epidural combinada se considera un método prometedor para proporcionar control agudo del dolor posoperatorio y reducir la ingesta de opioides en individuos que son llevados a realización de vaginoplastia por inversión de la piel del pene (34).

Se ha demostrado que el uso de paracetamol oral preoperatorio y un fármaco antiinflamatorio (si no existe contraindicación) reduce los requerimientos de opiáceos en cirugía uroginecológica y debería ser un elemento rutinario (recomendación de expertos) (33). En el caso de cirugías vaginales, existe respaldo para el uso de anestésicos locales, especialmente bloqueos paracervicales y vaginales (33).

Las personas que no han requerido del uso de medicamentos opioides en el hospital, no necesitarán prescripciones de estos al ser dados de alta, se debe aconsejar continuar el uso de paracetamol y antiinflamatorios. En caso de requerir la administración de medicamentos opioides, al ser dados de alta se recomienda una prescripción mínima, para reducir el riesgo de dependencia (recomendación de expertos) (33).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

En caso de requerir manejo del dolor posoperatorio se remite a la lectura "Estándar clínico basado en la evidencia: prevención y tratamiento del dolor agudo postoperatorio del paciente adulto en el Hospital Universitario Nacional de Colombia" (recomendación de expertos) (35).

Balance hídrico: tanto la hidratación excesiva como la insuficiente pueden causar complicaciones. El objetivo principal de los líquidos intravenosos es mantener un adecuado volumen intravascular para garantizar una adecuada perfusión de órganos y tejidos y evitar desequilibrios electrolíticos. Los líquidos intravenosos deben interrumpirse a más tardar durante el primer día, ofreciendo a las personas el inicio de dieta oral dentro de las 4 horas posteriores a la cirugía abdominal/pélvica (recomendación de expertos) (31).

Nutrición preoperatoria y posoperatoria: históricamente a los individuos que se han programado para procedimientos quirúrgicos se les ha manejado bajo la regla de nada vía oral después de la medianoche previo a la cirugía, sin evidencia que lo respalde. Sin embargo, nueva evidencia ha demostrado que tomar un refrigerio liviano hasta 6 horas y líquidos claros (incluidas bebidas con carbohidratos orales) hasta 2 horas antes de la cirugía es seguro, asociándose a un mejor bienestar preoperatorio y una menor insulinoresistencia (33).

De forma similar, en el pasado se optaba por no iniciar la alimentación de los individuos en posoperatorio hasta la expulsión de flatos o signos de recuperación de la función intestinal. El ayuno prolongado se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones infecciosas posoperatorias y una recuperación tardía. Se ha demostrado que el inicio de la alimentación temprana, dentro de las 24 horas posteriores al procedimiento en el caso de la cirugía uroginecológica, abdominal y pélvica (líquidos inmediatamente después de la cirugía y sólidos después de 4 horas), es segura, asociándose con un retorno más temprano de la función intestinal, una menor estancia hospitalaria y una mayor satisfacción de las personas, sin aumentar las complicaciones posoperatorias. (31,33).

Cuidados posoperatorios del taponamiento vaginal y uso de apósito: se considera que el taponamiento vaginal disminuye la formación de hematomas vaginales y de cúpula posoperatorio y por lo tanto disminuye las tasas de infección. Sin embargo, también se ha asociado a aumento del dolor, hospitalización prolongada y al riesgo de dejar el taponamiento de forma accidental dando como resultado la retención de cuerpo extraño (18).

En el caso de heridas abiertas, el uso de apósito oclusivo de silicona, ha demostrado una disminución en la tasa de eritema, edema y formación de costras. Estos apósitos pueden promover la reepitelización y mejorar la cicatrización de heridas al crear un ambiente húmedo (18).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Cateterismo urinario: la disfunción miccional posoperatoria inmediata es potencialmente una complicación de la mayoría de las cirugías pélvicas, principalmente para los procedimientos dirigidos sobre la uretra. Sin embargo, en muchas ocasiones, como en el caso de la histerectomía vaginal, cirugía mayor abdominal o pélvica, existe muy poca evidencia que respalde esta práctica y se considera que el cateterismo posoperatorio es innecesario, no obstante, no se ha encontrado mayores complicaciones si se deja colocado durante 24 horas. Por lo tanto, los catéteres urinarios deben usarse para el drenaje vesical posoperatorio en cirugía vaginal compleja, pero no se ha encontrado beneficios para el cateterismo prolongado, pero sí una tasa más alta de infección, hospitalización prolongada, aumento en los costos de atención y mayor tasa de recateterización y mortalidad (recomendación de expertos) (31,33).

Evitar sondas nasogástricas y drenajes posoperatorio: tradicionalmente se ha hecho uso de una sonda nasogástrica de manera rutinaria en la cirugía abdominal con el objetivo de reducir los vómitos, el íleo y la distensión gástrica posoperatoria, sin embargo, la evidencia ha confirmado que no hay beneficios en esta práctica y si aumenta los riesgos de atelectasia posoperatoria, neumonía, faringitis y un retraso en el retorno de la función intestinal. La sonda nasogástrica sólo está indicada si el estómago se infló de manera inadvertida durante la intubación endotraqueal, pero debe retirarse antes de revertir la anestesia (recomendación de expertos) (31).

El uso de drenajes pélvicos y abdominales no ha demostrado reducir las tasas de fuga anastomótica, ni la necesidad de reintervención o la mortalidad, por lo cual se recomienda evitar el uso rutinario de drenajes peritoneales y pélvicos (recomendación de expertos) (31). Tampoco hay estudios que respalden el uso de drenajes quirúrgicos en cirugía vaginal (33). Sin embargo, en caso de requerir uso de drenajes, el cirujano tratante debe ser el encargado de determinar el tiempo de continuación del mismo, así como de su retiro (recomendación de expertos).

En caso de que se de egreso a una persona con una sonda o drenaje se recomienda hacer educación para el cuidado y manejo de la misma en el ámbito ambulatorio (recomendación de expertos).

Movilización temprana: la movilización temprana es un componente esencial de la atención perioperatoria para mejorar la recuperación de los individuos en posoperatorio. La duración de esta es incierta, la recomendación actual es que la persona se siente fuera de la cama durante 30 minutos el día 0 y 6 horas al día a partir de ese momento y que comience a caminar el día 1 (recomendación de expertos) (31). Existe evidencia de un mayor riesgo de complicaciones con el reposo prolongado, pero la evidencia es limitada sobre los beneficios de intervenciones específicas para mejorar la movilización temprana (31).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Se recomienda solicitar valoración por fisioterapia (CUPS: 890211) para dirigir la movilización posoperatoria temprana en personas con incongruencia de género (recomendación de expertos) (32).

Red de apoyo: una red de apoyo social fuerte puede ayudar a disminuir el estrés de minoría y los efectos de la discriminación, la violencia y el estigma social en las personas con incongruencia de género, además de contribuir a los cuidados posoperatorios y en la recuperación de los individuos, por lo que se debe incitar, apoyar y empoderar a las personas con incongruencia de género a que desarrollen y mantengan sistemas de apoyo social, incluidos sus compañeros, amigos y familiares (recomendación de expertos) (3). Se puede considerar la valoración posoperatoria por trabajo social (CUPS: 890209) para contribuir con dicho objetivo (véase *Sección 2: superíndice H*).

Educación posoperatoria: todas las personas deben egresar con un plan de cuidados posoperatorios detallado que haga énfasis en los cuidados de la herida quirúrgica, en la prevención de complicaciones y el uso de dispositivos o dilatadores (si este último aplica) según el tipo de cirugía realizada (recomendación de expertos).

Se recomienda que las personas con incongruencia de género que hayan sido llevadas a vaginoplastia se les haga seguimiento por profesionales en fisioterapia (CUPS: 890211) para su rehabilitación por medio de un programa de atención en piso pélvico (recomendación de expertos) (28).

AL. Complicaciones posquirúrgicas: adicionalmente a las complicaciones que pueden verse asociadas a los procedimientos quirúrgicos de otra índole, las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género en AMAB pueden presentar algunas complicaciones específicas que se deben tener a consideración para el seguimiento de las personas con incongruencia de género. A continuación, se describen las más frecuentes:

Cirugías de feminización torácica: al igual que en el caso de las mujeres cisgénero, el aumento de senos en las mujeres transgénero implica una mamoplastia de aumento basada en implantes. Los procedimientos de aumento de senos a menudo se realizan como un procedimiento ambulatorio "el mismo día" bajo anestesia general. La recuperación es bastante rápida en el transcurso de varias semanas, aunque algunas personas pueden experimentar dolor prolongado, hinchazón y hematomas leves. En general, los resultados son duraderos y las complicaciones son poco frecuentes en el caso de la mamoplastia de aumento feminizante (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Los hematomas se presentan típicamente dentro de las primeras dos semanas de la cirugía. Se debe aconsejar a la persona que evite la actividad extenuante y las situaciones en las que el tórax pueda estar expuesto a traumatismos externos, y la estricta adherencia médica (especialmente en lo que respecta a la suspensión de anticoagulantes, antiplaquetarios y ciertos medicamentos a base de hierbas y el cumplimiento de los medicamentos antihipertensivos) lo que puede reducir la incidencia de hematomas posoperatorios (recomendación de expertos) (5). Los hematomas pequeños pueden ser llevados a tratamiento expectante, mientras que algunos requieren reexploración quirúrgica y evacuación (5).

Los seromas generalmente se reabsorben en el periodo de recuperación temprana y generalmente no ameritan valoración adicional si no se sospecha infección concomitante o posible ruptura de la incisión y exposición del implante (5).

Las infecciones son raras y su gravedad puede variar desde una celulitis incisional leve hasta una infección periprotésica purulenta. Los patógenos más comunes en las infecciones periprotésicas son la microbiota cutánea. La mayoría de las infecciones posoperatorias responden al tratamiento médico con antibióticos. Sin embargo, en ocasiones ameritan la extracción del implante en los casos que no se resuelven y la realización de un aumento secundario diferido en 6 a 12 meses, una vez que la persona se encuentre recuperada (5). En caso de sospecharse o diagnosticarse infección del sitio operatorio se recomienda su tratamiento dirigido por el ECBE “Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el HUN” (recomendación de expertos) (36).

La cicatrización incisional es una complicación tardía de la mamoplastia de aumento, estas se pueden mejorar siguiendo algunos principios básicos del cuidado de heridas posquirúrgicas. Se debe reducir el estrés mecánico y la tensión en la herida mediante el seguimiento de las restricciones de actividad posoperatorias. Recomendamos evitar la exposición al sol o aplicar un bloqueador solar fuerte sobre una incisión curada durante el primer año después de la operación. También se ha descubierto que la compresión de la cicatriz reduce la cicatrización hipertrófica. Esto puede hacerse mediante un masaje suave de la cicatriz (que comience no antes de las 2 semanas posteriores a la operación y después de que la herida esté completamente curada), vendajes o geles y láminas de silicona (recomendación de expertos) (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Una ruptura en la cubierta de un implante puede causar deflación y pérdida de volumen mamario. Las posibles complicaciones incluyen deformidad, inflamación y dolor. La sospecha de ruptura se puede confirmar mediante imágenes de resonancia magnética. La mala posición del implante puede ocurrir con el tiempo a medida que la mama se adapta a la colocación del implante mamario y al envejecimiento. La formación de una cápsula fibrótica, conocida como contractura capsular, puede hacer que el implante sea duro y palpable, o causar desplazamiento del implante, deformación de la mama o incluso dolor mamario relacionado con el implante (5).

Otras complicaciones de la mamoplastia de aumento incluyen un implante visible, pliegues del implante y asimetría.

Vaginoplastia: generalmente, se coloca una gasa o apósito en la vagina durante la cirugía y se deja en su lugar durante 5 a 7 días (5), aunque la tendencia actual sugiere su uso durante menos tiempo (32). Una vez retirado, se debe educar a la persona sobre cómo realizar la dilatación vaginal (recomendación de expertos) (5).

La adherencia al régimen de dilatación es fundamental para la cicatrización y el mantenimiento de la profundidad y el perímetro vaginales. Después del período inicial de cicatrización, la dilatación debe continuar con regularidad durante al menos un año después de la operación. La profundidad y el ancho de la vagina deben evaluarse periódicamente a medida que se reduce el cronograma de dilataciones (recomendación de expertos) (5). Si se nota que la profundidad o el ancho de la vagina están disminuyendo, ya sea por informe de la persona o por examen físico, se debe aumentar el programa de dilataciones (recomendación de expertos) (5).

Los riesgos inmediatos de la vaginoplastia incluyen sangrado, infección, necrosis de la piel o del clítoris, dehiscencia de la línea de sutura, retención urinaria o prolapso vaginal. Las fístulas del recto, la uretra o la vejiga suelen presentarse en etapas tempranas. La falta de dilatación adecuada en el período posoperatorio inmediato probablemente resultará en una estenosis vaginal grave (5). En caso de sospecharse o diagnosticarse infección del sitio operatorio se recomienda su tratamiento dirigido por el ECBE “Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el HUN” (recomendación de expertos) (36).

Es poco probable que el flujo de la neovagina y el olor en mujeres transgénero se deban a causas comunes en mujeres cisgénero, como disbiosis bacteriana o candida. En la mayoría de los casos, es probable que el flujo se deba a sebo, piel muerta o restos de queratina o retención de semen o lubricante. Dado que la neovagina no contiene mucosa, la limpieza de rutina o las duchas vaginales con agua y jabón deberían ser suficientes para mantener la higiene (5).

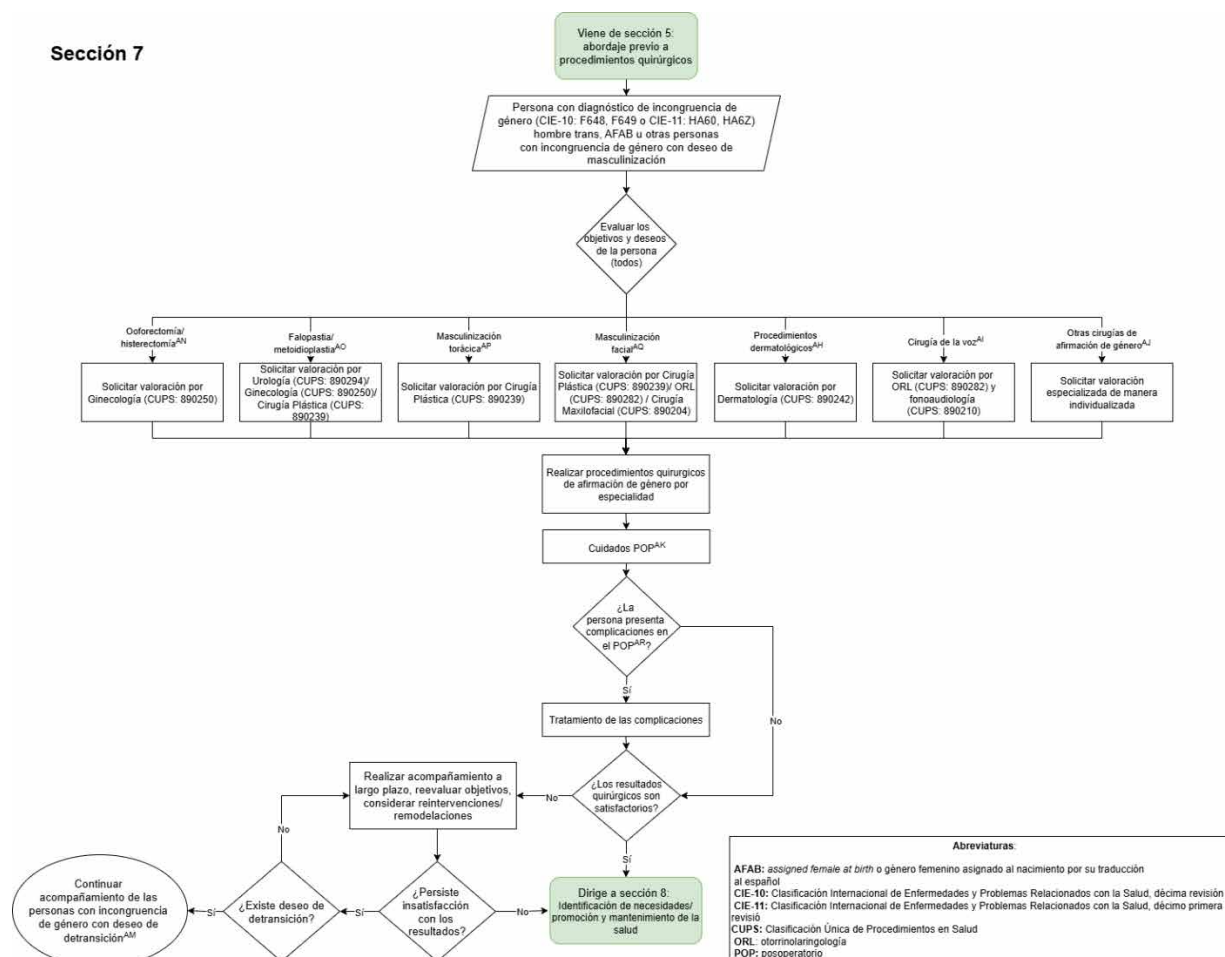
 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Las fístulas más comunes son las rectovaginales, sin embargo, también pueden formarse fistulas uretrovaginales o menos frecuentemente cistovaginales. Otras complicaciones son la presencia de tejido de granulación y las infecciones de vías urinarias (5). En caso de sospecharse o necesitar tratamiento para una infección de vías urinaria complicada se remite a la lectura del "Estándar Clínico Basado en la Evidencia: Diagnóstico y tratamiento del paciente con infección de vías urinarias complicada en el Hospital Universitario Nacional de Colombia" (recomendación de expertos) (37).

AM. Detransición: las personas que se arrepientan de las intervenciones quirúrgicas relacionadas con el género deben ser manejados por un equipo experto multidisciplinario (GR: fuerte; GRADE) (3). El arrepentimiento puede ser temporal o permanente y puede clasificarse como arrepentimiento social (causado por dificultades en la vida familiar, religiosa, social o profesional), arrepentimiento médico (debido a complicaciones médicas a largo plazo, decepción por los resultados quirúrgicos o toma de decisiones preoperatorias inadecuadas) y arrepentimiento verdadero relacionado con el género (basado principalmente en un diagnóstico erróneo experimentado por el individuo, exploración insuficiente de la identidad de género o ambos) (3). Un equipo multidisciplinario puede ayudar a identificar la etiología del arrepentimiento, así como la estabilidad temporal de la solicitud quirúrgica. Luego de esta evaluación y teniendo en cuenta las circunstancias del individuo, pueden estar indicadas intervenciones médicas o quirúrgicas con la intención de continuar la transición o realizar procedimientos quirúrgicos para devolver la anatomía concordante al género asignado al nacer (3). Las personas deben ser advertidas de los resultados razonablemente esperados de estas intervenciones quirúrgicas y de que algunas de las cirugías ya practicadas son irreversibles (recomendación de expertos) (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 9. Sección 7: procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AFAB



Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

AN. Ooforectomía/histerectomía: los profesionales de la salud deberán considerar ofrecer la ooforectomía/histerectomía a las personas con incongruencia de género AFAB elegibles (véase *Sección 5: superíndice Z*) cuando haya evidencia de que han tolerado un mínimo de 6 meses de terapia hormonal (a menos que la terapia de reemplazo hormonal no esté clínicamente indicada o no sea consistente con los deseos, objetivos o expresiones de identidad de género del individuo) (GR: débil; GRADE) (3). Adicionalmente la ooforectomía/histerectomía deberá realizarse solamente en personas de al menos 18 años de edad (NE: baja; GRADE) (4).

Un endocrinólogo o un profesional médico experto debe monitorizar a las personas con incongruencia de género después de la cirugía. Quienes se sometan a una ooforectomía necesitarán terapia de reemplazo hormonal, vigilancia o ambas para prevenir los efectos adversos de la deficiencia hormonal crónica (recomendación de expertos) (4). Para las personas que deseen someterse a una ooforectomía y que no toman hormonas, se debe desarrollar un plan de reemplazo hormonal con el profesional de salud antes de la cirugía (recomendación de expertos) (4).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo realización de ooforectomía/histerectomía sean remitidas para valoración por médicos especialistas en ginecología (CUPS: 890250) (recomendación de expertos).

AO. Faloplastia/metoidioplastia: los profesionales de la salud deberán considerar ofrecer procedimientos genitales de afirmación de género para personas con incongruencia de género elegibles (véase *Sección 5: superíndice Z*) que buscan estas intervenciones cuando haya evidencia de que el individuo se ha mantenido estable en su régimen de tratamiento actual (que puede incluir al menos 6 meses de tratamiento hormonal o un período más prolongado si es necesario para lograr el resultado quirúrgico deseado, a menos que la terapia hormonal no sea deseada o esté médicamente contraindicada) (GR: débil; GRADE) (3). Adicionalmente las cirugías genitales de afirmación de género deberán realizarse solamente en personas de al menos 18 años de edad (NE: baja; GRADE) (4).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo realización de metoidioplastia/faloplastia sean remitidas para valoración por médicos especialistas en urología (CUPS: 890294), ginecología (CUPS: 890250) y cirugía plástica (CUPS: 890239) (recomendación de expertos).

Se debe alentar a los hombres transgénero y personas de género diverso que se han sometido a metoidioplastia/faloplastia a llevar un seguimiento por el especialista en Urología (CUPS: 890294) de por vida (GR: débil; GRADE) (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

AP. Cirugías de masculinización del tórax: existen diferentes técnicas que se pueden aplicar para la cirugía de masculinización del tórax (5).

Los profesionales de la salud deben determinar el momento de la cirugía mamaria para personas que la deseen (hombres transgénero, personas con incongruencia de género AFAB y otras personas con identidades de género diversa que tengan mamas) en función del estado de salud física y mental del individuo (NE: baja; GRADE) (4). Los cirujanos deben evaluar los factores de riesgo asociados con el cáncer de mama antes de la mastectomía en las personas con incongruencia de género (véase *Sección 7: superíndice AU*) (GR: fuerte; GRADE) (3).

Se recomienda que las personas de incongruencia de género con deseo realización de metoidioplastia/faloplastia sean remitidas para valoración por médicos especialistas en cirugía plástica (CUPS: 890239) (recomendación de expertos).

AQ. Cirugías de masculinización facial: estos procedimientos buscan modificar el marco óseo y los tejidos blandos de las subunidades faciales para lograr una apariencia masculina (38).

Se recomienda que las personas con incongruencia de género con deseo de procedimientos quirúrgicos de masculinización facial sean remitidas para valoración por médicos especialistas en cirugía plástica (CUPS: 890239), otorrinolaringología (CUPS: 890282) y odontólogos especialistas en cirugía maxilofacial (CUPS: 890204) (recomendación de expertos).

En todos los casos de cirugías de afirmación de género de cualquier tipo en personas con incongruencia de género AFAB se recomienda ofrecer las técnicas quirúrgicas con las que el equipo quirúrgico esté relacionado y en las que, en lo posible, tenga experticia (recomendación de expertos).

AR. Complicaciones posquirúrgicas: adicionalmente a las complicaciones que pueden verse asociadas a los procedimientos quirúrgicos de otra índole, las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género en AFAB pueden presentar algunas complicaciones específicas que se deben tener a consideración para el seguimiento de las personas con incongruencia de género. A continuación, se describen las más frecuentes:

Cirugías de masculinización torácica: las complicaciones son poco frecuentes en las personas con incongruencia de género que se someten a una cirugía de masculinización del pecho. La cirugía de masculinización del pecho requiere la resección de piel redundante y tejido blando mediante la elevación quirúrgica de colgajos de piel delgados. Como resultado, el suministro de sangre a estos colgajos de piel es tenue. Esto da lugar a complicaciones tempranas, que se presentan como

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

cierto grado de separación de la herida, cicatrización tardía de la herida o necrosis del colgajo de piel (5).

La cicatrización, como complicación tardía, también es motivo de preocupación para los hombres transgénero. Se debe buscar la reducción del estrés mecánico y la tensión a lo largo de la herida mediante el seguimiento de las restricciones de la actividad posoperatoria para reducir el ancho de la cicatriz. Se debe evitar la exposición al sol o aplicar un bloqueador solar sobre una incisión curada durante el primer año después de la operación (recomendación de expertos) (5). También se ha descubierto que la compresión de la cicatriz reduce la cicatrización hipertrófica (5).

Los hematomas se producen en aproximadamente el 1-2% de todas las personas de reducción mamaria después de la operación, y generalmente se presentan poco después de la cirugía. Un hematoma se presenta como hinchazón asimétrica y dolor, a veces acompañado de equimosis. En general, la mayoría de los hematomas deben evacuarse. Se puede reducir el riesgo de aparición de hematomas con una hemostasia quirúrgica meticulosa y la optimización de las comorbilidades médicas (coagulopatías, hipertensión y suspensión de la anticoagulación en curso y ciertos medicamentos a base de hierbas) (recomendación de expertos) (5).

Los seromas y los quistes oleosos son acumulaciones de líquido que se producen en el sitio quirúrgico y que generalmente se drenan de manera preventiva mediante la colocación de drenajes de succión cerrados durante la operación, combinados con la adherencia a una prenda de presión posquirúrgica. Ocasionalmente, estas acumulaciones pueden persistir o volver a aparecer después de que se retiran los drenajes quirúrgicos, y es necesario drenarlos para evitar un colgajo de piel o un compromiso incisional (5).

Ya sea que el complejo areola-pezones se conserve en un pedículo dérmico, como en la mastectomía subcutánea, o se tome como un injerto libre, existen complicaciones tempranas y tardías asociadas relacionadas con la curación del pezón. La disminución de la sensibilidad del pezón, el entumecimiento o las parestesias son resultados esperados para ambos métodos. Otras complicaciones son hipopigmentación, reducción de la proyección del pezón y la rara complicación de la pérdida del pezón (5).

Las deformidades menores del contorno de la pared torácica o la asimetría, incluido el tejido redundante encontrado al final de las incisiones (“orejas de perro”), representaron las razones más comunes por las que las personas buscaban una segunda cirugía de la pared torácica en múltiples series publicadas (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Por su parte, la infección es una complicación temprana poco frecuente después de una cirugía de masculinización del tórax (5). En caso de sospecharse o diagnosticarse infección del sitio operatorio se recomienda su tratamiento dirigido por el ECBE “Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el HUN” (recomendación de expertos) (36).

Posterior a la cirugía de masculinización del tórax, en caso de presentarse dolor crónico o alteraciones en la funcionalidad del hombro se sugiere la valoración y manejo por el profesional en fisioterapia (CUPS: 890211) (recomendación de expertos) (39).

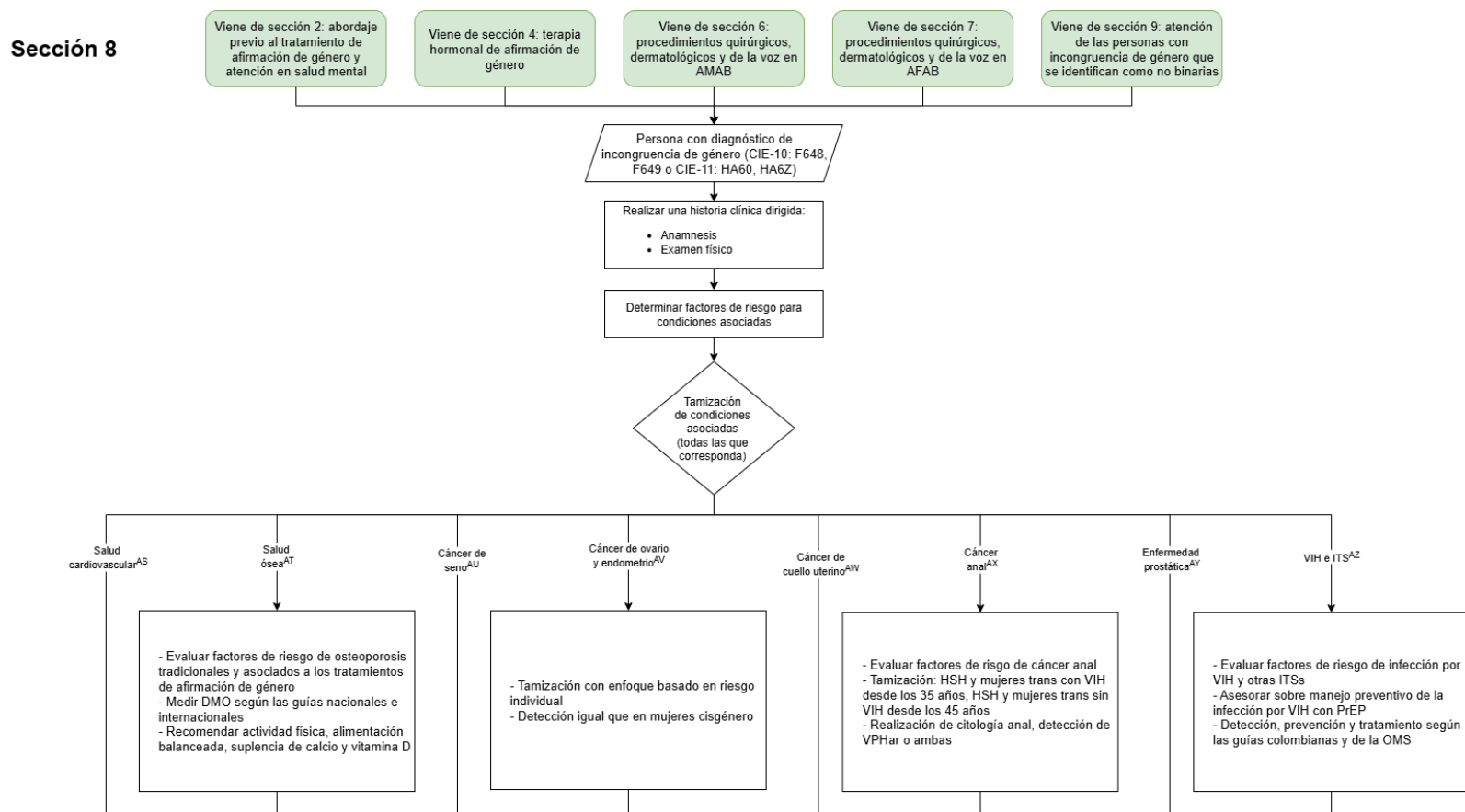
Faloplastia: entre las complicaciones tempranas de la faloplastia (dentro del primer mes posoperatorio) se encuentran: las infecciones de la herida (celulitis, infecciones fúngicas), dehiscencia de la herida. Las dificultades con la sonda urinaria se presentan como un catéter obstruido o un espasmo de la vejiga. La pérdida del colgajo es rara y típicamente se presenta dentro de las primeras 72 horas de posoperatorio, en caso de trombosis del colgajo, se debe considerar un trastorno de la coagulación no diagnosticado, como el factor V Leiden, el síndrome antifosfolípido, las variantes patogénicas del gen de la protrombina, la deficiencia de antitrombina III, la deficiencia de proteínas C y S y la hiperhomocisteinemia (recomendación de expertos) (5). Pueden ocurrir hematomas pélvicos o inguinales, que pueden tratarse con drenajes o pueden requerir drenaje quirúrgico. Finalmente, las lesiones rectales son complicaciones raras pero graves (5).

Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran la estenosis uretral que se presentan entre 6 y 12 meses después de la cirugía. Los síntomas incluyen un chorro de orina débil, dificultad para orinar y fístulas secundarias a la obstrucción distal por la estenosis. El tratamiento implica dilatación o uretroplastia. Adicionalmente puede presentarse cicatrización y contractura de la herida, presencia de tejido de granulación y aplanamiento de la corona del glande y problemas con los implantes eréctiles (infección, erosión) (5).

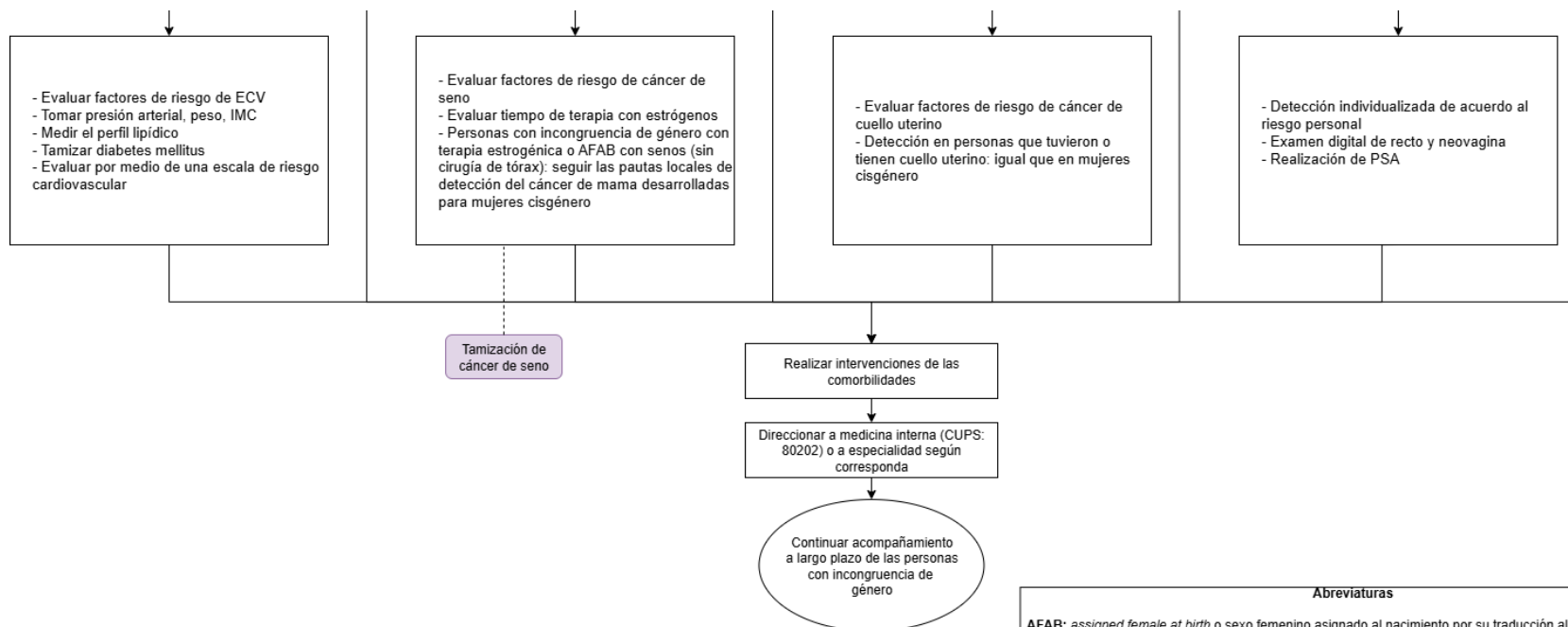
Metoidioplastia: las complicaciones asociadas con la metoidioplastia son muy similares a las de la faloplastia con colgajo libre, excepto por la pérdida del colgajo, ya que no se utiliza un colgajo. La ruptura de la herida, la infección, la estenosis uretral y la fístula se observan en sitios anatómicos similares a los de la faloplastia con colgajo libre, aunque la incidencia es menor en la metoidioplastia. Los riesgos como el aplanamiento coronal no ocurren en la metoidioplastia, ya que no se requiere esculpir la corona en la metoidioplastia (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 10. Sección 8: Identificación de necesidades/ promoción y mantenimiento de la salud



 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001



Abreviaturas
AFAB: assigned female at birth o sexo femenino asignado al nacimiento por su traducción al español
AMAB: assigned male at birth o sexo masculino asignado al nacimiento por su traducción al español
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión
CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima primera revisión
DMO: densidad mineral ósea
ECV: enfermedad cardiovascular
IMC: índice de masa corporal
ITS: infección de transmisión sexual
HSH: hombres que tienen sexo con hombres
OMS: Organización Mundial de la Salud
PrEP: profilaxis preexposición
PSA: antígeno prostático específico
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
VPHa: virus del papiloma humano de alto riesgo

Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

AS. Salud cardiovascular: el sexo es un predictor independiente de los resultados de salud cardiovascular. No está claro el papel que desempeñan las hormonas sexuales en esta diferencia entre los sexos. Todas las calculadoras de riesgo cardiovascular actuales tienen en cuenta el sexo y lo utilizan como una variable de riesgo significativa. Actualmente, no hay suficientes datos sobre las intervenciones de riesgo cardiovascular a lo largo de la vida en personas con incongruencia de género con intervenciones médicas y quirúrgicas para ajustar estas ecuaciones predictivas. No obstante, está claro que tanto el género asignado al nacer como la transición médica pueden afectar los parámetros utilizados para calcular el riesgo cardiovascular (3).

Los profesionales de la salud deben evaluar y tratar la salud cardiovascular en personas con incongruencia de género utilizando una evaluación personalizada de los factores de riesgo y métodos de manejo cardiovascular/cerebrovascular (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales de la salud deben evaluar a las personas con incongruencia de género tratadas con hormonas para detectar factores de riesgo cardiovascular utilizando perfiles de lípidos en ayunas, detección de diabetes mellitus u otras herramientas de diagnóstico (NE: baja; GRADE) (4).

Los profesionales de la salud deben adaptar las calculadoras de riesgo basadas en el sexo que se utilizan para evaluar las condiciones médicas a las necesidades de las personas transgénero y de género diverso, teniendo en cuenta la duración del uso de hormonas, la dosis, los niveles séricos de hormonas, la edad actual y la edad en la que se inició la terapia hormonal (GR: fuerte; GRADE) (3).

Los profesionales pueden adoptar una variedad de enfoques para utilizar las calculadoras de riesgo cardiovascular en personas con incongruencia de género, incluido el uso de la calculadora de riesgo para el género asignado al nacer, para el género afirmado o un promedio ponderado de los dos, teniendo en cuenta la exposición total a la terapia hormonal durante la vida. Aunque faltan datos, es probable que el uso del género afirmado para adultos con incongruencia de género con antecedentes de iniciación de terapia hormonal en la edad puberal sea lo más apropiado. Las personas con antecedentes de uso submáximo de terapia hormonal o períodos prolongados de tiempo después de la gonadectomía sin reemplazo hormonal antes de los 50 años aproximadamente pueden requerir un enfoque aún más individualizado. Los profesionales de la salud deben conocer las características y limitaciones de la calculadora de riesgo en uso y deben involucrar a las personas

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

con incongruencia de género en la toma de decisiones compartida con respecto a estas consideraciones específicas (3).

Para las mujeres transgénero o personas con incongruencia de género con deseo de feminización hormonal con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, el uso de la vía transdérmica de estrógenos puede ser preferible debido a las menores tasas de tromboembolia venosa y la ausencia de cambios asociados en el perfil lipídico o los marcadores de coagulación (recomendación de expertos) (5).

AT. Salud ósea: las personas con incongruencia de género pueden recibir intervenciones médicas o quirúrgicas que tienen el potencial de influir en la salud ósea (como el tratamiento con hormonas sexuales, el bloqueo de andrógenos y la gonadectomía). Por lo tanto, los profesionales de la salud deben obtener un historial médico detallado de personas transgénero y de género diverso que incluya el uso pasado y presente de hormonas, cirugías gonadales y la presencia de factores de riesgo tradicionales de osteoporosis para evaluar la edad óptima y la necesidad de realizar pruebas de detección de osteoporosis (GR: fuerte, GRADE) (3).

La modalidad de detección recomendada para la osteoporosis es la medición de la densidad mineral ósea (DMO) por absorciometría de rayos X de energía dual de la columna lumbar, la cadera total y el cuello femoral (recomendación de expertos) (3).

Las personas con incongruencia de género (independientemente del género asignado al nacer) deben comenzar a hacerse pruebas de DMO a los 65 años. Se debe considerar la posibilidad de realizar pruebas de detección entre los 50 y los 64 años en aquellas personas con factores de riesgo establecidos de osteoporosis (recomendación de expertos) (5).

Se debe medir la DMO cuando existan factores de riesgo de osteoporosis, específicamente en aquellos que suspenden la terapia con hormonas sexuales después de la gonadectomía (NE: baja; GRADE) (4).

Adicionalmente, se recomienda la medición de la DMO basal en las personas con incongruencia de género (en concordancia con la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica [ISCD]) en las siguientes situaciones (recomendación de expertos) (40):

- Antecedentes de gonadectomía o terapia reductora de los niveles de esteroides gonadales endógenos antes del inicio de la terapia hormonal.
- Hipogonadismo sin plan de recibir terapia hormonal de afirmación de género.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

- Se aplican las indicaciones existentes de ISCD para la medición de DMO, como el uso de glucocorticoides y el hiperparatiroidismo, entre otros.

Se recomienda el seguimiento de la DMO en personas con incongruencia de género bajo las siguientes situaciones (en concordancia con la ISCD) (recomendación de expertos) (40):

- Baja DMO según lo definido por las pautas actuales de la ISCD.
- Personas que toman tratamiento para suprimir la pubertad, como análogos de GnRH.
- Incumplimiento o dosis inadecuadas de terapia hormonal de afirmación de género.
- Plan para interrumpir la terapia hormonal de afirmación de género.
- Presencia de otros riesgos de pérdida ósea o fractura por fragilidad.
- Los intervalos de prueba de DMO deben individualizarse en función del estado clínico de cada persona: por lo general, lo adecuado es cada 1 o 2 años hasta que la DMO se estabilice o mejore, con intervalos más largos a partir de entonces.

Los profesionales de la salud deben hablar sobre la salud ósea con las personas con incongruencia de género, incluida la necesidad de realizar ejercicio de fuerza, llevar una dieta saludable, suplementación de calcio y vitamina D (GR: fuerte; GRADE) (3), así como la suspensión del tabaquismo y moderar el consumo de alcohol (recomendación de expertos) (5).

En caso de presentar factores de riesgo para disminución de la DMO o historia previa o actual de osteopenia u osteoporosis se sugiere el acompañamiento por el médico especialista en medicina del deporte (CUPS: 890202) y por el profesional en fisioterapia (CUPS: 890211) para la prescripción de actividad física y del ejercicio de manera supervisada como parte de la prevención y tratamiento de estas condiciones (recomendación de expertos).

AU. Cáncer de seno: las personas con incongruencia de género que usan terapia hormonal basada en estrógenos desarrollarán senos y, por lo tanto, merecerán ser consideradas para la detección del cáncer de mama, por lo que los profesionales de la salud deben seguir las pautas locales de detección del cáncer de mama desarrolladas para mujeres cisgénero en su atención a personas con incongruencia de género que han recibido estrógenos, teniendo en cuenta la duración del uso de hormonas, la dosis, la edad actual y la edad a la que se iniciaron las hormonas (GR: fuerte; GRADE) (3) (NE: baja, GRADE) (4).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

La mamografía de tamización es la principal modalidad recomendada para la detección del cáncer de mama en mujeres transgénero y personas con incongruencia de género que han recibido terapia estrogénica (recomendación de expertos) (5).

La edad de inicio de tamización de cáncer de seno no está uniformemente establecida en todas las sociedades científicas, por ejemplo, la Fuerza de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) (41) recomienda el inicio de la tamización bienal desde los 40 años para mujeres cisgénero y otras personas AFAB (incluyendo hombres transgénero y personas no binarias) con un beneficio neto moderado de dicha intervención; por su parte, la OMS (42) recomienda la tamización con mamografía en entornos con buenos recursos desde los de 50 años de edad, sugiriendo el inicio desde los 40 años en caso de llevarse a cabo en el contexto de una investigación, un seguimiento y una evaluación rigurosos; finalmente, la GPC colombiana para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama (43) sugiere en la población general con riesgo promedio para cáncer de mama que la tamización no se inicie antes de los 50 años.

Los profesionales de la salud deben solicitar la mamografía de detección cada 2 años, una vez que se hayan cumplido los 50 años y se hayan cumplido entre 5 y 10 años de uso de hormonas feminizantes (recomendación de expertos) (5). Los médicos y las personas con incongruencia de género deben participar en conversaciones que incluyan los riesgos de la detección excesiva del cáncer de seno y sobre la evaluación de los factores de riesgo individuales (recomendación de expertos) (5).

Los profesionales de la salud deben seguir las pautas locales de detección del cáncer de mama desarrolladas para mujeres cisgénero en su atención de personas con incongruencia de género con senos desde la pubertad que no se han sometido a una cirugía de tórax de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

Las mujeres transgénero y personas con incongruencia de género con antecedentes familiares sugestivos (o conocidos) de una variante patogénica de *BRCA* deben ser derivadas a asesoramiento genético (recomendación de expertos) (5). No está claro si las mujeres transgénero y otras personas con incongruencia de género que usan estrógenos y presentan variantes patogénicas de *BRCA-1* tienen un riesgo superior al de los hombres cisgénero, y qué papel podrían desempeñar la edad de inicio y la duración total de la exposición al estrógeno a dicho riesgo (5).

En las personas con incongruencia de género AFAB y que desarrollaron senos durante la pubertad nativa, existen preocupaciones teóricas sobre si la exposición

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

directa a la testosterona y la exposición a estrógenos resultantes de la aromatización de la testosterona utilizada en la terapia de reafirmación son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama (3). No obstante, se ha observado que la testosterona tiene un efecto antiproliferativo en la glándula mamaria en mujeres cisgénero que utilizan terapia androgénica (44).

Los médicos deben dialogar con los hombres transgénero que se han sometido a una mastectomía bilateral sobre los riesgos desconocidos asociados con el tejido mamario residual, así como las posibles limitaciones técnicas de la mamografía (recomendación de expertos) (5).

Actualmente no se ha establecido el momento ni el enfoque para la detección del cáncer de mama en este grupo que se ha sometido a cirugía de tórax; la detección mediante resonancia magnética o ecografía puede ser adecuada (recomendación de expertos) (3).

AV. Cáncer de ovario y endometrio: los profesionales de la salud deben aplicar las mismas pautas de detección locales respectivas (incluida la recomendación de no realizar pruebas de detección) desarrolladas para mujeres cisgénero con riesgo promedio y elevado de desarrollar cáncer de ovario o de endometrio en su atención a personas con incongruencia de género que tienen los mismos riesgos (GR: fuerte; GRADE) (3).

Se debe informar a los hombres transgénero que conservan el útero sobre la necesidad de informar a su médico en caso de sangrado vaginal inexplicado (recomendación de expertos) (5).

No se debe realizar una ooforectomía o histerectomía de rutina únicamente con el fin de prevenir el cáncer de ovario o de endometrio en personas con incongruencia de género que se someten a tratamiento con testosterona y que, por lo demás, tienen un riesgo de malignidad igual al promedio poblacional (GR: fuerte; GRADE) (3).

AW. Cáncer de cuello uterino: los profesionales de la salud deben ofrecer pruebas de detección de cáncer de cuello uterino a personas transgénero y de género diverso que actualmente tienen o tuvieron cuello uterino siguiendo las pautas locales para mujeres cisgénero (GR: fuerte; GRADE) (3).

Las personas con cuello uterino deben someterse a pruebas de detección y prevención de cáncer de cuello uterino de rutina según las prácticas y pautas regionales basadas en la edad. Esto incluye la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y la detección según las pautas locales, incluida la prueba citológica y la prueba de detección de VPH de alto riesgo (VPHar), si están

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

disponibles. Es importante que los profesionales de la salud tengan cuidado de realizar exámenes con espéculo vaginal de una manera que minimice el dolor y la angustia para las personas transmasculinas (3).

AX. Cáncer anal: casi todos los carcinomas de células escamosas del ano (en adelante, cánceres anales) son causados por el VPH y están precedidos por lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado que son lesiones precancerosas detectables mediante tamización. Aunque es poco frecuente entre la población general, el cáncer anal afecta desproporcionadamente a varias poblaciones específicas, incluidas las personas que viven con infección por VIH, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las mujeres transgénero (45).

Se debe hacer tamización de cáncer anal a los HSH que viven VIH y a las mujeres transgénero que viven con VIH desde a la edad de 35 años y a los HSH y las mujeres transgénero sin VIH desde los 45 años (recomendación de expertos) (45).

La citología anal, la prueba de detección de VPHar (incluida la genotipificación para VPH16) y la prueba conjunta de VPHar y citología son todas estrategias que se utilizan actualmente para la detección del cáncer anal y muestran un rendimiento aceptable (45).

AY. Enfermedad prostática: las mujeres transgénero y otras personas con incongruencia de género con próstata tratadas con estrógenos deber ser llevadas a exámenes de detección individualizados de acuerdo con el riesgo personal de enfermedad prostática y cáncer de próstata (NE: baja; GRADE) (4).

Las mujeres transgénero y otras personas con incongruencia de género con próstata tratadas con estrógenos que hicieron la transición después de los 20 años deben realizarse exámenes rectales digitales anuales de detección después de los 50 años y pruebas de antígeno prostático específico (recomendación de expertos) (4).

Si se indica un examen de próstata, se pueden considerar tanto los abordajes rectales como los neovaginales. Las mujeres transgénero y otras personas con incongruencia de género que nacieron con próstata que se han sometido a una vaginoplastia tienen una próstata anterior a la pared vaginal, y un examen neovaginal digital puede ser más eficaz (5).

AZ. Infecciones de transmisión sexual (ITS): la prevalencia de la infección por VIH es desproporcionadamente alta en las personas con incongruencia de género (3). Los profesionales de la salud deben seguir las pautas locales y de la OMS para la detección, prevención y tratamiento del VIH y de otras ITSs en personas con incongruencia de género (GR: fuerte; GRADE) (3), se debe considerar la anatomía

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

y el comportamiento más que la identidad de género por si sola para definir la tamización de VIH y otras ITSs en personas con incongruencia de género (recomendación de expertos) (3,5).

Se recomienda que los profesionales de la salud que brindan atención a personas adultas con incongruencia de género las asesoren sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (GR: fuerte; GRADE) (3).

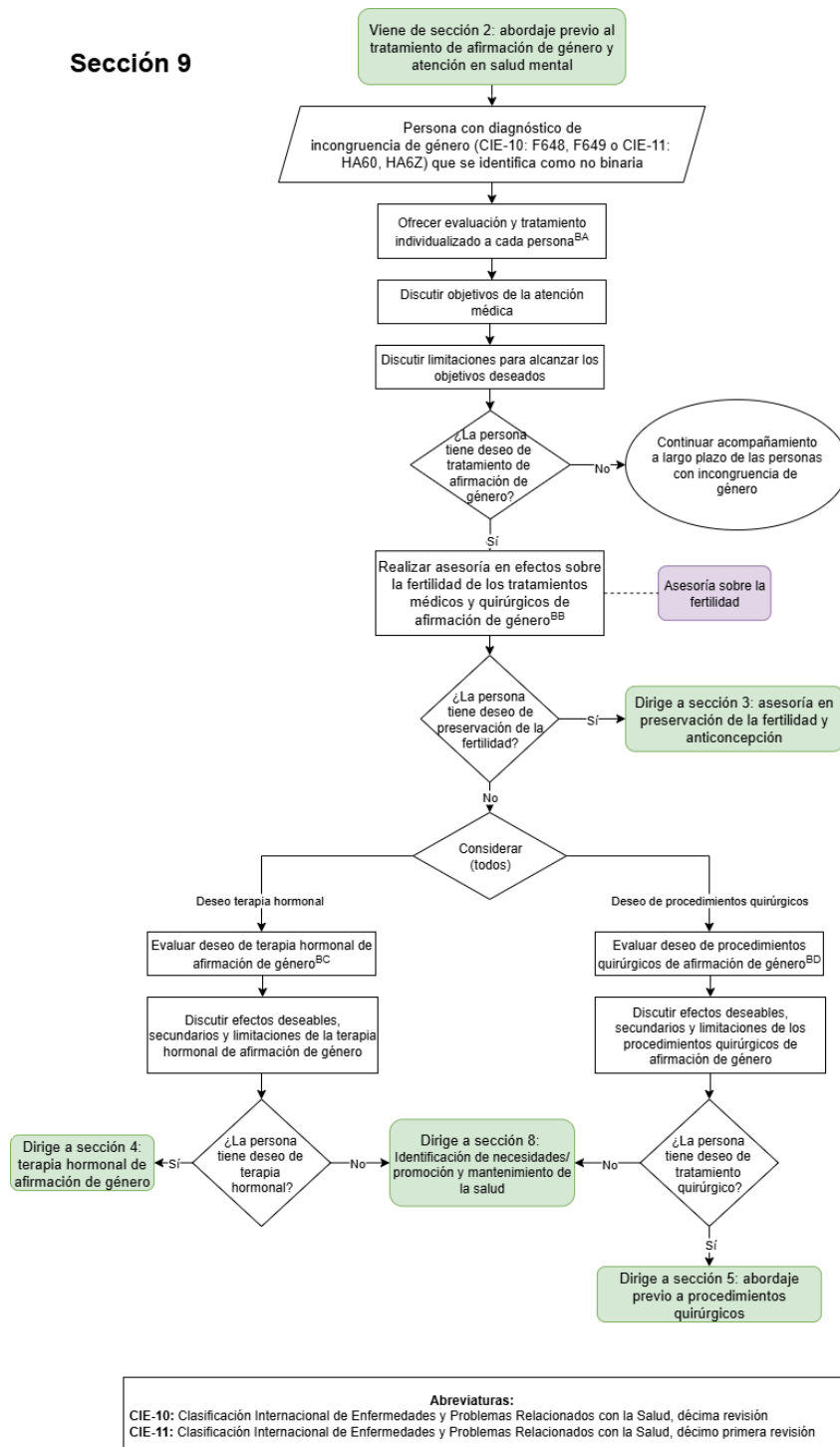
Para adultos transgénero en riesgo sustancial de infección por VIH (generalmente definido como una relación serodiscordante en curso o sexo sin condón fuera de una relación mutuamente monógama con una pareja VIH negativa conocida), la profilaxis preexposición (PrEP) es una opción importante de prevención del VIH. Se recomienda informar y ofrecer PrEP a todos los adultos con incongruencia de género si lo solicitan (recomendación de expertos) (3). Se sugiere reemitir a valoración por médico especialista en infectología o a grupo de PrEP de su Entidad Prestadora de Salud (recomendación de expertos).

Los profesionales de la salud deben aconsejar a las personas con incongruencia de género que el uso de medicamentos antirretrovirales no es una contraindicación para la terapia hormonal de afirmación de género (GR: fuerte; GRADE) (3).

El metabolismo de los estrógenos se produce a través del sistema enzimático del citocromo P450; por lo tanto, existen posibles interacciones farmacológicas con los agentes antirretrovirales. La información sobre estas interacciones se basa en estudios en el contexto de la anticoncepción y, por lo general, incluyen etinilestradiol en lugar del 17-beta estradiol recomendado para la feminización. Es probable que la mayoría de los tratamientos antirretrovirales se puedan utilizar de forma segura con estrógenos, con dos excepciones: no se recomienda la administración conjunta de amprenavir y fosamprenavir sin potenciar con estrógenos, debido a una disminución de las concentraciones séricas de amprenavir (recomendación de expertos) (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Figura 11. Sección 9: Atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias



Fuente: elaboración propia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Información adicional

BA. Atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias: el término no binario se utiliza como un término general que se refiere a las personas que experimentan su género fuera del binario de género. El término no binario incluye a las personas cuyos géneros se componen de más de una identidad de género simultáneamente o en diferentes momentos (por ejemplo, bigénero), que no tienen una identidad de género o tienen una identidad de género neutral (por ejemplo, agénero o género neutro), tienen identidades de género que abarcan o combinan elementos de otros géneros (por ejemplo, poligénero, demichico, demichica) o que tienen un género que cambia con el tiempo (por ejemplo, género fluido) (3).

Estudios recientes sugieren que las personas no binarias representan aproximadamente entre el 25% y hasta más del 50% de la población con incongruencia de género en general, y las muestras de jóvenes informan el porcentaje más alto de personas no binarias (3).

Actualmente, el género tiene una gama amplia de significados posibles, valorando conceptos interrelacionados pero distinguibles, incluyendo la biología de género (sexo), los roles de género, la expresión de género y la identidad de género. Los aspectos de la expresión de género que tradicionalmente podrían entenderse culturalmente como “masculinos”, “femeninos” o “andróginos” pueden expresarse legítimamente entre personas de todas y cada una de las identidades de género, ya sean binarias o no; por ejemplo, no puede suponerse que una persona con incongruencia de género no binaria que se presenta de manera femenina necesariamente se identificará más adelante como mujer o accederá a intervenciones asociadas con mujeres transgénero, como la vaginoplastia (3).

Es esencial que los profesionales de la salud no vean los géneros no binarios como articulaciones “parciales” de la masculinidad transgénero (en personas no binarias AFAB) o de la feminidad transgénero (en personas no binarias AMAB), o definitivamente como “en algún lugar a lo largo del espectro de la masculinidad/feminidad”, algunas personas no binarias se consideran totalmente fuera de la dicotomía masculino/femenino (3).

Los profesionales de la salud deben evitar suposiciones sobre cómo cada persona conceptualiza su género y deben estar preparados para dejarse guiar por la comprensión personal del género de una determinada persona en lo que se refiere a su identidad de género, expresión y cualquier necesidad de atención médica (recomendación de expertos) (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Algunas personas con incongruencia de género no binarias buscan atención médica que afirme su género para aliviar la disforia o incongruencia de género y aumentar la satisfacción corporal a través de intervenciones médicamente necesarias. Así mismo, algunas personas con incongruencia de género no binarias pueden sentir que un determinado tratamiento es necesario para ellas, mientras que otras no. La necesidad de una persona de acceder a tratamientos que afirmen su género no puede predecirse en función de su rol, expresión o identidad de género. Por ejemplo, algunas mujeres transgénero no necesitan una vaginoplastia, mientras que algunas personas no binarias AMAB pueden necesitar y beneficiarse de esa misma intervención (3).

En contextos donde una intervención médica particular no tenga precedentes establecidos se debe proveer a la persona con una visión general de la información disponible, incluido el reconocimiento de los posibles límites del conocimiento. Se debe discutir sobre los cambios físicos necesarios y las posibles limitaciones para lograrlos (recomendación de expertos) (3). Durante la terapia hormonal de afirmación de género, tanto con estrógenos, como con testosterona, existen algunos cambios que pueden ser reversibles y otros no, lo que debe discutirse con la persona según los objetivos a alcanzar. Algunas combinaciones deseadas de resultados (como una voz más grave sin crecimiento de vello facial o corporal en individuos AFAB) pueden no ser posibles. Por su parte, si no se necesita usar testosterona o estrógenos, la disminución de la producción endógena de hormonas sexuales es posible, lo que tiene implicaciones con incremento de riesgo cardiovascular, disminución de la mineralización ósea, y riesgo de depresión, los cuales deben ser discutidos y mitigados (recomendación de expertos) (3,5).

Los profesionales de la salud deben proveer a las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias con una evaluación y tratamiento individualizado que afirme sus experiencias de género (GR: fuerte; GRADE) (3). Las necesidades de tratamiento de afirmación de género de personas con incongruencia de género no binarias son particularmente diversas: algunas personas informan que necesitan tratamientos que se han asociado típica e históricamente con trayectorias de transición transmasculinas o transfemeninas, mientras otras informan que necesitan enfoques alternativos (por ejemplo, terapia hormonal en dosis bajas, cirugía sin terapia hormonal) (3).

BB. Preservación de la fertilidad en personas con incongruencia de género no binarias: los profesionales de la salud deben brindar información a las personas con incongruencia de género no binarias sobre los efectos de las terapias hormonales/cirugía en la fertilidad futura y analizar las opciones para preservar la fertilidad antes de comenzar el tratamiento hormonal o someterse a una cirugía

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

(véase *Sección 3: superíndices I y M*) (GR: fuerte; GRADE) (3). La decisión de una persona con incongruencia de género no binaria o de género diverso de que no es necesaria la preservación o el asesoramiento sobre la fertilidad no debe utilizarse como base para negar o retrasar el acceso al tratamiento hormonal (recomendación de expertos) (3).

BC. Terapia hormonal de afirmación de género en personas con incongruencia de género no binarias: los profesionales de la salud deben considerar intervenciones médicas (tratamiento hormonal o cirugía) para personas con incongruencia de género no binarias en ausencia de una “transición social de género” ((GR: fuerte; GRADE) (3). La expectativa de una “transición social de género” puede ser inútil al considerar la elegibilidad para recibir atención que afirme el género, como hormonas y cirugía, y las expectativas rígidas de cómo “debería” ser una “transición de rol social de género” pueden ser una barrera para la atención de personas no binarias (3).

Enmarcar el acceso a la atención médica en el contexto de alguien que experimenta una “transición social de género” donde “vive en un rol de género que es congruente con su identidad de género” no está en línea con la forma en que muchas personas con incongruencia de género se entienden a sí mismas y su proceso de transición personal (3).

El enfoque de la terapia hormonal debe guiarse por la configuración deseada de las características sexuales secundarias de la persona (recomendación de expertos) (9). Las estrategias pueden incluir el uso de hormonas en dosis más bajas o durante un período de tiempo limitado. Las personas con incongruencia de género no binarias del espectro femenino pueden optar por utilizar únicamente antiandrógenos o usar estrógenos en dosis muy bajas o durante un período breve (5). Para las personas que se encuentran en el espectro masculino, la testosterona en dosis bajas puede ser aceptable, especialmente si la menstruación no es una fuente de disforia, ya que una dosis baja puede no detener la menstruación. Si la disforia de género empeora con la menstruación, se puede aumentar la dosis de testosterona. Si una persona con incongruencia de género no binaria no desea el grado de masculinización resultante de las dosis más altas de testosterona que podrían inducir el cese de la menstruación, se pueden explorar otros enfoques tales como medroxiprogesterona acetato intramuscular u oral, el sistema intrauterino de levonorgestrel o el implante de etonogestrel o levonorgestrel, todos los cuales también brindan anticoncepción. En ocasiones, las personas del espectro masculino pueden elegir anticonceptivos orales combinados continuos para el cese de la menstruación, así como para la anticoncepción (5).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

BD. Procedimientos quirúrgicos de afirmación de género en personas con incongruencia de género no binarias: la opción de “hormonas antes de la cirugía” es una opción en una variedad de intervenciones quirúrgicas. Algunas personas con incongruencia de género no binarias buscarán un tratamiento quirúrgico de afirmación de género para aliviar la incongruencia de género y aumentar la satisfacción corporal, pero no quieren un tratamiento hormonal o no pueden someterse a una terapia hormonal debido a otras razones médicas (3).

Los profesionales de la salud deben considerar las intervenciones quirúrgicas de afirmación de género en ausencia de tratamiento hormonal en personas con incongruencia de género no binarias, a menos que se requiera terapia hormonal para lograr el resultado quirúrgico deseado (GR: fuerte; GRADE) (3).

Las personas con incongruencia de género no binarias del espectro masculino pueden optar por una variedad de cirugías y procedimientos de afirmación de género, incluida la reconstrucción de tórax y las cirugías genitales. Una persona no binaria del espectro masculino puede optar por mantener su vagina cuando se somete a una metoidioplastia; esta también es una opción para un hombre transgénero binario más tradicional. Una persona con incongruencia de género no binaria del espectro femenino puede optar por someterse a una vaginoplastia, pero no desear el desarrollo de los senos ni buscar la transición hormonal. La cirugía solo debe realizarse después de una evaluación adecuada por parte de un profesional de salud mental experimentado y calificado (recomendación de expertos) (5).

Algunas cirugías, como la metoidioplastia en personas AFAB, requieren un periodo previo de terapia hormonal con testosterona la cual alarga el clítoris para mejorar los resultados quirúrgicos; la faloplastia en personas AFAB, si bien no requiere un periodo mínimo previo de testosterona, el grado de virilización del clítoris y los labios menores previo a la cirugía puede impactar en la técnica quirúrgica e influir en las opciones quirúrgicas. Por su parte, otras intervenciones en personas AFAB como mastectomía, histerectomía, salpingooforectomía unilateral o bilateral y vaginectomía no requieren un manejo hormonal previo (3).

Las solicitudes quirúrgicas adicionales para personas con incongruencia de género no binarias AMAB incluyen vaginoplastia con preservación del pene, vaginoplastia con preservación de los testículos y procedimientos que resultan en la ausencia de características sexuales primarias externas (es decir, penectomía, escrotoectomía, orquidectomía, etc.) (3).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Se recomienda que el cirujano y la persona que busca el tratamiento entablen conversaciones para comprender los objetivos y expectativas de la persona, así como los beneficios y limitaciones de los procedimientos previstos (o solicitados), para tomar decisiones de forma individualizada y colaborar con otros profesionales de la atención médica que estén involucrados (recomendación de expertos) (3).

En todos los casos de cirugías de afirmación de género de cualquier tipo en personas con incongruencia de género que se identifiquen como no binarias se recomienda ofrecer las técnicas quirúrgicas con las que el equipo quirúrgico esté relacionado y en las que, en lo posible, tenga experticia (recomendación de expertos).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Puntos de control

- 1. Valoración por especialista en psiquiatría para el diagnóstico de todos las personas con incongruencia de género (institucional o extrainstitucional)** (Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico): este fue elegido como punto de control ya que el médico psiquiatra es el especialista idóneo para realizar el diagnóstico de la incongruencia de género, diferenciarlo de otras condiciones de salud mental y establecer el diagnóstico de patologías psiquiátricas asociadas o concomitantes, tanto en el Hospital Universitario Nacional de Colombia como en la población colombiana.
- 2. Registro en la historia clínica de que la asesoría en fertilidad o derivación a especialista en infertilidad a todas las personas con incongruencia de género que vayan a ser sometidas a terapias médicas o quirúrgicas de afirmación de género** (Sección 3 del diagrama de flujo: asesoría en fertilidad y anticoncepción, Sección 9 del diagrama de flujo: atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias): este fue elegido como punto de control ya que es de vital importancia asesorar a las personas acerca de los efectos reversibles y no reversibles sobre la fertilidad de las terapias médica y quirúrgica de afirmación de género.
- 3. Diligenciamiento del consentimiento/disentimiento informado previo al inicio de la terapia hormonal de afirmación de género y de los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género** (Secciones 4 del diagrama de flujo: terapia hormonal de afirmación de género, Sección 5 del diagrama de flujo: abordaje previo a procedimientos quirúrgicos): este fue elegido como punto de control ya que las personas con incongruencia de género deben ser evaluadas para su capacidad de toma de decisiones, así como diligenciar consentimientos o disentimientos informados respectivos previo al inicio de terapias médicas o quirúrgicas que puedan tener efectos clínicos reversibles o no reversibles.
- 4. Medición del hematocrito de manera anual en personas con incongruencia de género en terapia estable con testosterona** (Sección 4 del diagrama de flujo: terapia hormonal de afirmación de género): este fue elegido como punto de control ya que es un efecto adverso frecuente y potencialmente grave del uso de testosterona.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

5. Tamización de cáncer de seno en personas con incongruencia de género con terapia estrogénica o AFAB con senos (sin cirugía de tórax) mayores de 50 años (según las guías nacionales): (Sección 8 del diagrama de flujo: evaluación de condiciones asociadas): este fue elegido como punto de control ya que al igual que las personas cisgénero, las personas con incongruencia de género se encuentran en riesgo de desarrollar cáncer de mama, el cual es uno de los cánceres más frecuentes en la población colombiana.

6. Seguimiento semestral (mínimo) por médico especialista en endocrinología o ginecología endocrinológica en las personas con incongruencia de género que estén recibiendo terapia hormonal transafirmativa (Sección 4 del diagrama de flujo: terapia hormonal de afirmación de género): este fue elegido como punto de control dado que es fundamental monitorizar los efectos deseados, secundarios y adversos asociados a la terapia hormonal.

Indicadores de los puntos de control

En la tabla 7 se presentan los indicadores propuestos para desarrollar procesos de implementación y vigilancia de los puntos de control definidos en la sección Definición de puntos de control.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Tabla 7. Indicadores de los puntos de control

Nombre	Definición	Fórmula
1. Diagnóstico	Proporción de pacientes con incongruencia de género atendidos en el HUN que cuentan con valoración por psiquiatría para determinación de diagnóstico.	$\frac{\# \text{pacientes atendidos en el HUN con valoración por psiquiatría para diagnóstico}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género atendidos en el HUN}}$
2. Asesoría en fertilidad	Proporción de pacientes con incongruencia de género atendidos en el HUN a quienes se haya decidido sometimiento a terapias médicas o quirúrgicas de afirmación de género, que cuentan con registro en la historia clínica sobre la asesoría en fertilidad o derivación a especialista en infertilidad.	$\frac{\# \text{pacientes atendidos en el HUN con registro de asesoría en fertilidad o derivación a especialista en infertilidad}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género atendidos en el HUN}}$
3. Consentimiento informado	Proporción de pacientes con incongruencia de género atendidos en el HUN a quienes se realizó diligenciamiento del consentimiento/disentimiento informado previo al inicio de la terapia hormonal de afirmación de género y de los procedimientos quirúrgicos de afirmación de género.	$\frac{\# \text{pacientes atendidos en el HUN con registro de diligenciamiento de consentimiento previo a inicio de terapia hormonal}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género con tratamiento de terapia hormonal}}$
4. Seguimiento hematocrito	Proporción de pacientes con incongruencia de género en tratamiento con testosterona, que son atendidos en el HUN y que cuentan con medición anual de hematocrito.	$\frac{\# \text{pacientes atendidos en el HUN en tratamiento con testosterona y evaluación anual de hematocrito}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género en tratamiento con testosterona}}$

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

5. Tamización cáncer de seno	Proporción de pacientes con incongruencia de género en tratamiento con terapia estrogénica o AFAB con senos, que son atendidos en el en el HUN y que cuentan con tamización para cáncer de seno.	$\frac{\# \text{pacientes con senos atendidos en el HUN en tratamiento con terapia estrogénica y tamización para cáncer de seno}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género en tratamiento con terapia estrogénica}}$
6. Seguimiento terapia	Proporción de pacientes con incongruencia de género en tratamiento con terapia hormonal transafirmativa, que son atendidos en el en el HUN y que cuentan con seguimiento semestral.	$\frac{\# \text{pacientes con senos atendidos en el HUN en tratamiento con terapia hormonal transafirmativa y seguimiento semestral}}{\# \text{pacientes con incongruencia de género en tratamiento con terapia hormonal}}$

Fuente: elaboración propia

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario, conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas del HUN, que puedan apoyar el proceso de implementación. Es importante mencionar que se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del estándar, se realizarán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre este mismo, mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el software de historia clínica, para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al estándar tendrá tres componentes: *i) evaluación de conocimiento sobre el ECBE*: donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca del ECBE; *ii) evaluaciones de impacto*: en el cual se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, realizar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ECBE sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; *iii) evaluaciones de adherencia*: para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Impacto esperado del ECBE

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Concienciar acerca de las variantes normales del género en las personas entre todos los trabajadores, administrativos y directivos del HUN
- Estandarizar la atención de las personas adultas con incongruencia de género en el HUN
- Mejorar los desenlaces en salud de las personas adultas con incongruencia de género que buscan servicios en salud en el HUN
- Optimizar el uso de recursos en el proceso de atención de personas adultas con incongruencia de género
- Disminuir la estigmatización y la violencia contra las personas transgénero y de género diverso atendidas en el HUN
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los profesores y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta a la atención de las personas adultas con incongruencia de género
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en el país en lo que respecta a la atención integral de las personas con incongruencia de género

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Actualización del ECBE

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: i) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; ii) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de personas con esta condición; iii) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y iv) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

Considerando estos aspectos, el grupo de trabajo decidió que, para el caso la atención de las personas adultas con incongruencia de género se espera que en un tiempo aproximado de cinco años se publique nueva evidencia que afecte la manera de llevar a cabo el proceso de abordaje integral y que, por lo tanto, este será el periodo máximo de actualización de este documento.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para la atención de las personas adultas con incongruencia de género debe actualizarse máximo en 5 años, ya que se espera que en este período se publique nueva evidencia de las intervenciones de esta condición y, por tanto, se requiera hacer cambios en el proceso de atención de este grupo poblacional.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Glosario

Adaptación de recomendaciones: grado en el que una intervención basada en evidencia es modificada por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de la práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones locales (46).

Algoritmo: procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados, el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (47).

Cisgénero (cis): cuando la identidad, comportamiento y expresión de género de una persona es concordante con el género asignado al nacimiento (3,4,48–50).

Cuidado de afirmación de género (también atención de afirmación de género, cuidado trans-afirmativo): comprende un rango de intervenciones sociales, psicológicas, médicas y comportamentales diseñadas para dar soporte y afirmar la identidad de género de un individuo (50).

Detransición: es el proceso, generalmente voluntario y acorde con los deseos de la persona, de detener o revertir una identificación transgénero o una transición de género una vez que se ha iniciado la terapia médica o quirúrgica (3).

Diagrama de flujo: representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de personas con determinada condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud (51).

Diagrama PRISMA: diagrama que permite describir el flujo de información durante las fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama facilita identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para las exclusiones (52).

Disforia de género: término usado en el DSM-5 que describe la condición en la que la no conformidad con el género lleva a un estado de angustia (3,4,48–50).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Expresión de género: es el conjunto de elementos externos que una persona utiliza para expresar su género, sea de forma normativa o no normativa (3,4,48,50).

Género asignado al nacimiento/sexo asignado al nacimiento: estado de una persona ya sea femenino, masculino o intersexo basado en sus características físicas (fenotipo de los genitales externos) (3,4,50).

Género femenino asignado al nacimiento (*assigned female at birth* o AFAB por sus siglas en inglés): individuo que fue asignado al género femenino cuando nació, típicamente basado en sus genitales externos (50).

Género fluido: dícese de la persona que tiene una identidad de género que no es fija y que puede cambiar en el tiempo (50).

Género masculino asignado al nacimiento (*assigned male at birth* o AMAB por sus siglas en inglés): individuo que fue asignado al género masculino cuando nació, típicamente basado en sus genitales externos (50).

Género no binario/género no conforme: dícese de la persona no conforme con las formas binarias del género, ya sea femenino o masculino (3,50).

Hombre transgénero/hombre trans: individuo asignado al nacimiento como mujer (más frecuentemente) pero que ahora se identifica como un hombre (3,4,48,50).

Identidad de género: es la sensación interna (es decir, no visible por otros) de un individuo de sentirse hombre, mujer u otro género (3,4,48,50).

Incongruencia de género: término usado por la CIE-11 que describe la experiencia de incompatibilidad persistente y marcada de una persona entre su identidad de género y el género esperado basado en su género asignado al nacimiento. La incongruencia de género incluye una amplia variedad de géneros (personas transgénero, personas de género no binario, personas de género diverso, personas de género queer, entre otras) (3,4,48).

Intersexo: se refiere a una persona que nació con características sexuales o reproductivas que no cumplen las definiciones binarias de género masculino y femenino (por ejemplo, alteraciones de la diferenciación y el desarrollo sexuales) (3,49,50).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

LGBTIQ+ (también LGBT, LGBTI, LGBTIQ): sigla que representa a diferentes identidades y expresiones de género y orientaciones sexuales que incluye personas lesbianas, gays, transexuales, travestis, transgénero, intersexuales, queer y otras identidades (49,50).

Mujer transgénero/mujer trans: individuo asignado al nacimiento como hombre (más frecuentemente) pero que ahora se identifica como una mujer (3,4,48,50).

Orientación sexual: término que describe la atracción física y emocional duradera de un individuo hacia otra persona. La identidad de género y la orientación sexual no son lo mismo (3,4,48,50).

Pangénero/Poligénero: persona que tiene más de un género o que expresa múltiples identidades de género simultáneamente (50).

Persona de género diverso: persona cuya identidad de género, incluida su expresión de género, está en desacuerdo con lo que se percibe como la norma de género en un contexto particular y en un momento determinado, incluidos aquellos que no se ubican en el género binario masculino/femenino (3,48,50).

Procedimiento quirúrgico de afirmación de género (también tratamiento quirúrgico de afirmación de género, cirugía de afirmación de género): término usado para describir un conjunto amplio de cirugías que buscan cambiar las características sexuales primarias o secundarias para afirmar la identidad de género de una persona (3,4,50).

Puntos de control del ECBE: aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en el ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación.

Queer/género queer/cuirgénero: todas aquellas personas no binarias que, además de tener una identidad de género no mayoritaria, tampoco se sienten identificadas con ninguna expresión de género (48–50).

Rol de género: comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad (es decir, puede ser visible por otros) que, en una sociedad y periodo histórico dados, se esperan o son preferidos por individuos de un género (4,49,50).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Subrogación uterina: gestación realizada por una persona con útero distinta a la persona o pareja que desea la gestación, ya sea con aportación o sin aportación de su óvulo, con el fin de entregar al niño nacido de ese procedimiento (53).

Terapia de conversión: práctica desacreditada y dañina en el cual se intenta cambiar por la fuerza y contra la voluntad de la persona su orientación sexual, identidad de género o expresión de género (50).

Terapia hormonal de afirmación de género (también tratamiento hormonal de afirmación de género): una forma de terapia hormonal en la cual las hormonas sexuales y otros medicamentos hormonales se administran a un individuo con el propósito de alinear sus características sexuales con su identidad de género (4,50).

Transexual: término previo utilizado para referirse a las personas transgénero. No se prefiere en la actualidad (4,48–50).

Transfemenino: relacionado a, o ser una persona cuya identidad de género es parcial o completamente femenina y es diferente del género asignado al nacimiento de esa persona. Véase “Mujer transgénero/mujer trans” (48,50).

Transgénero: cuando la identidad, comportamiento y expresión de género de una persona es diferente del género asignado al nacimiento (3,4,48–50).

Transición: proceso en el que una persona comienza a vivir como el género con el que se identifica en vez de con el género que se le asignó al nacimiento (3,4,50).

Transmasculino: relacionado a, o ser una persona cuya identidad de género es parcial o completamente masculina y es diferente del género asignado al nacimiento de esa persona. Véase “Hombre transgénero/hombre trans” (48,50).

Trastorno de la identidad de género: este es el término utilizado para la incongruencia de género/disforia de género en versiones anteriores del DSM. Véase “Disforia de género” e “Incongruencia de género” (4,49).

Travestismo: tendencia de un individuo de vestirse en las ropas que estereotípicamente pertenecen al género opuesto, pero generalmente sin la intención de vivir en dicho género todo el tiempo (49).

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Referencias

1. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. J R Soc Med. abril de 2017;110(4):144-52.
2. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. Int Rev Psychiatry. 2016;28(1):5-12.
3. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-259.
4. 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. 1 de noviembre de 2017;102(11):3869-903.
5. UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People | Gender Affirming Health Program [Internet]. [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
6. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2019;12(2):65-7.
7. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Soc Sci Med. diciembre de 2015;147:222-31.
8. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. abril de 2016;23(2):168-71.
9. Goodman M, Adams N, Corneil T, Kreukels B, Motmans J, Coleman E. Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. Endocrinol Metab Clin North Am. junio de 2019;48(2):303-21.
10. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. octubre de 2017;14(5):404-11.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

11. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health*. 2020;21(2):125-37.
12. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, GIDSEEN Group. Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. diciembre de 2013;20(6):585-91.
13. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. diciembre de 2015;70(9):832-64.
14. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 8 de marzo de 2016;i1152.
15. Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, Schwab PP, Uner OE, Wen S, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*. junio de 2019;48(2):377-90.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5a ed. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR®): Test questions for the diagnostic criteria. Muskin PR, Dickerman AL, Drysdale A, Holderness CC, editores. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2023.
18. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#411470068>.
19. Fleischman A, Russell M, Russell AN, Qi Y, Jewell V. Life Satisfaction and Gender Congruence in Transgender Individuals: A Role for Occupational Therapy. *OTJR (Thorofare N J)*. 30 de julio de 2024;15394492241264467.
20. Rodriguez-Wallberg K, Obedin-Maliver J, Taylor B, Van Mello N, Tilleman K, Nahata L. Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *Int J Transgend Health*. 2023;24(1):7-25.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

21. Nadgauda AS, Butts S. Barriers to fertility preservation access in transgender and gender diverse adolescents: a narrative review. *Ther Adv Reprod Health*. 2024;18:26334941231222120.
22. Corte constitucional de Colombia. Sentencia T-918/12. [Internet]. [citado 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-918-12.htm>.
23. Chiang T, Bachmann GA. The informed consent model is adequate for gender-affirming treatment: issues related with mental health assessment in the United States. *J Sex Med*. 27 de abril de 2023;20(5):584-7.
24. Pérez López G. Gender identity: Current concepts and gender-affirming hormone therapy. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. marzo de 2023;70 Suppl 1:27-37.
25. Lombardo J, Simone N. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med*. 9 de abril de 2020;382(15):1481.
26. Shin SJ, Kumar A, Safer JD. Gender-Affirming Surgery: Perioperative Medical Care. *Endocr Pract*. abril de 2022;28(4):420-4.
27. Diaz Tribaldos CD. Estándar clínico basado en la evidencia. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con obesidad. Hospital Universitario Nacional de Colombia. 26 de enero de 2022 [citado 5 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81019>
28. Jiang DD, Gallagher S, Burchill L, Berli J, Dugi D. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty. *Obstet Gynecol*. mayo de 2019;133(5):1003-11.
29. Narayan SK, Morrison T, Dugi DD, Mosser S, Berli JU. Gender Confirmation Surgery for the Endocrinologist. *Endocrinol Metab Clin North Am*. junio de 2019;48(2):403-20.
30. Yeung H, Kahn B, Ly BC, Tangpricha V. Dermatologic Conditions in Transgender Populations. *Endocrinol Metab Clin North Am*. junio de 2019;48(2):429-40.
31. Oodit R, Biccard BM, Panieri E, Alvarez AO, Sioson MRS, Maswime S, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Abdominal and Pelvic Surgery at Primary and Secondary Hospitals in Low-Middle-Income Countries (LMIC's): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. *World J Surg*. agosto de 2022;46(8):1826-43.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

32. Bedar M, Dejam D, Caprini RM, Huang KX, Cronin BJ, Khetpal S, et al. An enhanced recovery after surgery protocol for facial feminization surgery reduces perioperative opioid usage, pain, and hospital stay. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* octubre de 2023;85:393-400.
33. Altman AD, Robert M, Armbrust R, Fawcett WJ, Nihira M, Jones CN, et al. Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *Am J Obstet Gynecol.* octubre de 2020;223(4):475-85.
34. Tirrell AR, Abu El Hawa AA, Bekeny JC, Fan KL, Del Corral G. Minimizing opioid consumption by eliminating patient-controlled analgesia after penile inversion vaginoplasty with enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol. *Andrology.* febrero de 2022;10(2):232-40.
35. Ospino-Rodriguez GE, et al. Estándar clínico basado en la evidencia: prevención y tratamiento del dolor agudo postoperatorio del paciente adulto en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. 12 de julio de 2024 [citado 1 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://www.hun.edu.co/sites/default/files/2024-10/Daruma_vfinal_DAP_1.pdf.
36. Melendez-Rhenals S, et al. Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. 13 de marzo de 2024 [citado 1 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://www.hun.edu.co/sites/default/files/2024-04/02_24_Compilado_IPTB_Daruma_final.pdf.
37. Cortés JA, et al. Estándar Clínico Basado en la Evidencia: Diagnóstico y tratamiento del paciente con infección de vías urinarias complicada en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. 28 de septiembre de 2022 [citado 1 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://www.hun.edu.co/sites/default/files/2022-10/IVU.pdf>.
38. Sayegh F, Ludwig DC, Ascha M, Vyas K, Shakir A, Kwong JW, et al. Facial Masculinization Surgery and its Role in the Treatment of Gender Dysphoria. *J Craniofac Surg.* julio de 2019;30(5):1339-46.
39. Steffenssen MCW, Kristiansen ALH, Damsgaard TE. A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Shoulder Impairment After Latissimus Dorsi Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg.* enero de 2019;82(1):116-27.
40. Rosen HN, Hamnvik OPR, Jaisamrarn U, Malabanan AO, Safer JD, Tangpricha V, et al. Bone Densitometry in Transgender and Gender Non-Conforming (TGNC) Individuals: 2019 ISCD Official Position. *J Clin Densitom.* 2019;22(4):544-53.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

41. US Preventive Services Task Force, Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, Chelmow D, et al. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 11 de junio de 2024;331(22):1918-30.
42. WHO. WHO Position Paper on Mammography Screening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 4 de julio de 2024]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269545/>
43. Peña Torres E. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama: Versión para profesionales de la salud. 2013 [citado 5 de julio de 2024]; Disponible en: https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2013/gpc_19prof_sal_camama.pdf
44. Whitton K, Baber R. Androgen-based therapies in women. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. enero de 2024;38(1):101783.
45. Stier EA, Clarke MA, Deshmukh AA, Wentzensen N, Liu Y, Poynten IM, et al. International Anal Neoplasia Society's consensus guidelines for anal cancer screening. Int J Cancer. 15 de mayo de 2024;154(10):1694-702.
46. Iltott I, Rick J, Patterson M, Turgoose C, Lacey A. What is protocol-based care? A concept analysis. J Nurs Manag. octubre de 2006;14(7):544-52.
47. Gulwani S. Programming by examples: applications, algorithms, and ambiguity resolution. En: Proceedings of the 19th International Symposium on Principles and Practice of Declarative Programming [Internet]. Namur Belgium: ACM; 2017 [citado 4 de julio de 2024]. p. 2-2. Disponible en: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3131851.3131853>
48. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for Transgender and Gender-Diverse Persons: What Clinicians Should Know. Am Fam Physician. 1 de diciembre de 2018;98(11):645-53.
49. Griffin G. A Dictionary of Gender Studies. En Oxford University Press; 2017 [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780191834837.001.0001/acref-9780191834837>
50. National LGBTQIA+ health education center. LGBTQIA+ Glossary of Terms for Health Care Teams [Internet]. LGBTQIA+. [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/glossary/>

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

51. Jun GT, Ward J, Morris Z, Clarkson J. Health care process modelling: which method when? Int J Qual Health Care. junio de 2009;21(3):214-24.
52. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 de marzo de 2021;372:n71.
53. Morales Arreola F. Gestación subrogada y filiación: su regulación en Tabasco y Sinaloa. 2019 [citado 31 de octubre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio-digital.cide.edu//handle/11651/3685>

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexos

Anexo 1. Versión completa de la metodología del ECBE

Metodología

El Estándar Clínico Basado en la Evidencia (ECBE) se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de GPC; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

I) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en endocrinología, ginecología, medicina interna y epidemiología, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del ECBE. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar, diligenciaron y firmaron el formato de divulgación de conflictos de interés, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de ECBE.

II) Definición de alcance y objetivos

Alcance:

Este ECBE tiene por alcance elaborar un algoritmo clínico para presentar recomendaciones que permitan orientar la toma de decisiones para el abordaje integral y personalizado de las personas adultas con incongruencia de género atendidas el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN).

Las recomendaciones están dirigidas a profesionales de la salud (médicos generales, enfermeros, psicólogos, médicos residentes, médicos especialistas de los diferentes campos como psiquiatría, endocrinología, ginecología, otorrinolaringología, cirugía plástica, urología), que se desempeñan en las áreas de consulta externa, hospitalización y cirugía de la institución. Además, están dirigidas a profesionales de las áreas de trabajo social, bioética y derecho del HUN, así como al personal administrativo encargado de la toma de decisiones en la institución. De igual forma, las recomendaciones pueden ser usadas por profesionales de las facultades de ciencias de la salud y por el personal en formación (pregrado y postgrado) en el HUN y de otras instituciones con participación de la Universidad Nacional de Colombia.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Objetivos:

Objetivo general: elaborar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible que permitan orientar la toma de decisiones clínicas de manera integral, interdisciplinaria y personalizada durante la atención de las personas adultas con incongruencia de género, mediante el desarrollo de un ECBE.

Objetivos específicos:

- Identificar las áreas/servicios asistenciales del HUN involucradas en el abordaje integral de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir criterios específicos para el diagnóstico de la incongruencia de género en adultos a partir de la revisión sistemática de guías de práctica clínica
- Generar recomendaciones para la evaluación y abordaje inicial de las personas adultas con incongruencia de género.
- Establecer recomendaciones para el acompañamiento psicológico y psiquiátrico de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir las indicaciones, criterios del manejo médico y hormonal y el seguimiento médico de las personas adultas con incongruencia de género.
- Definir las indicaciones, criterios del manejo quirúrgico y seguimiento posquirúrgico a las personas adultas con incongruencia de género.
- Establecer recomendaciones relacionadas con métodos de preservación de la fertilidad disponibles para las personas adultas con incongruencia de género.
- Presentar recomendaciones acerca de la anticoncepción en las personas adultas con incongruencia de género.
- Elaborar un algoritmo clínico para determinar el abordaje integral de las personas adultas con incongruencia de género atendidas en el HUN, basado en la mejor evidencia disponible.
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

III) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance del ECBE. En la revisión de la literatura, solo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificados como GPC basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o recomendaciones relativas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con incongruencia de género.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se realizaron el 12 de diciembre de 2023, en las siguientes bases de datos:

1. Desarrolladores:

- a. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) - Colombia
- b. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - Reino Unido
- c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) - Colombia
- d. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - México
- e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - Escocia
- f. Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- g. Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS (WHOLIS)
- h. Australian Clinical Practice Guidelines - GPC Australia
- i. Organización Mundial de la Salud (OMS)
- j. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

2. Compiladores:

- a. Guidelines International Network (G-I-N)
- b. CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines (CMA infodatabse)
- c. Biblioteca Guía Salud – España

3. Bases de datos de revistas científicas:

- a. MEDLINE
- b. Embase
- c. LILACS

En lo que respecta a la realización de las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés a abordarse en el ECBE. Luego, se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

A partir de la estrategia de búsqueda de base, se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda, se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión RIS o los documentos en formato PDF para consolidar todos

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, realizar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de las estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 3.

Definición de los criterios de elegibilidad

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad. Este proceso estuvo a cargo de los líderes clínicos y de los líderes metodológicos del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección de alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación

Criterios de inclusión

- GPC sobre el abordaje, diagnóstico, acompañamiento psicológico, acompañamiento psiquiátrico, manejo médico, manejo quirúrgico, seguimiento médico y quirúrgico, tamización de comorbilidades, preservación de la fertilidad, anticoncepción en personas con incongruencia de género en población adulta.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
-

Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso fue realizado de manera doble e independiente por los colaboradores del ECBE. En el caso de discrepancias, la decisión se tomó por un tercer integrante, líder clínico del ECBE. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada parte del proceso, se presenta en el diagrama PRISMA (Anexo 2).

Evaluación de la calidad

La calidad de las GPC seleccionadas fue evaluada con el instrumento AGREE II, una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las GPC que consta

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

de 6 dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7, donde 1 es el nivel más bajo (calificación «muy en desacuerdo») y 7, el más alto (calificación «muy de acuerdo»). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (1).

La calidad de la evidencia se evaluó de forma doble e independiente por un representante del equipo desarrollador y el líder metodológico del ECBE.

Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE

En las búsquedas iniciales, se recuperaron 1589 registros. Luego de remover duplicados (n= 279), se identificaron 1310 estudios en total, de los cuales 1281 fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 29 documentos en los que se realizó lectura de texto completo, 5 GPC fueron seleccionadas para evaluar su calidad con el instrumento AGREE II (1). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 2 GPC fueron excluidas; las 3 GPC que cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia se presentan en la tabla 1.

El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura PRISMA disponible en el anexo 2.

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia

Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
GPC1	Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline	Una "fuerza de tarea" designada por el Subcomité de Guías Clínicas de la Endocrine Society	Estados Unidos de América	Inglés	2017
GPC2	Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	El Comité de Guías del SOC (Standards of Care) de la WPATH	Internacional	Inglés	2022
GPC3	Guidelines for psychological practice with transgender and	Una "fuerza de tarea" sobre Identidad de Género y Variación de	Estados Unidos de América	Inglés	2015

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
	gender nonconforming people	Género creada por la Asociación Americana de Psicólogos			

*GPC: guía de práctica clínica.

Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia

Para esta actividad, los expertos clínicos se reunieron y determinaron de forma conjunta los dominios de la condición de interés para el ECBE y sobre los que se debía obtener información, a partir de las GPC seleccionadas, luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término dominio se definió como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el ECBE, a saber: i) diagnóstico de la incongruencia de género ii) acompañamiento psiquiátrico y psicológico de las personas con incongruencia de género iii) terapia médica y hormonal de las personas con incongruencia de género; iv) seguimiento de la terapia médica y hormonal en las personas con incongruencia de género; v) manejo quirúrgico de las personas con incongruencia de género; vi) manejo de la voz y la comunicación en las personas con incongruencia de género; vii) problemas dermatológicos en las personas con incongruencia de género; viii) tamización de comorbilidades en las personas con incongruencia de género; ix) fertilidad y anticoncepción en las personas con incongruencia de género; x) detransición en las personas con incongruencia de género; xi) terapias de conversión en las personas con incongruencia de género; xii) atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias; xiii) barreras sociales, administrativas e institucionales en la atención de las personas con incongruencia de género.

Una vez establecidos los dominios para la elaboración del diagrama de flujo, se creó una tabla comparativa de la evidencia en la cual se definió la información a incluir para cada dominio, a saber: i) puntos de control de posible utilidad; ii) recomendaciones respecto al diagnóstico de incongruencia de género, al abordaje previo al tratamiento de afirmación de género y atención en salud mental, asesoría en preservación de la fertilidad y anticoncepción, terapia hormonal de afirmación de género, abordaje previo a los procedimientos quirúrgicos, procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz tanto en AMAB como en AFAB y atención de las personas con incongruencia de género que se identifican como no binarias; iii) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la condición. Esta actividad fue realizada por el equipo desarrollador, con el apoyo del líder metodológico, previa capacitación.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada GPC se realizó con la herramienta específica establecida en cada documento, es de aclarar que la GPC 3 (Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people) no reportó una escasa de graduación de la evidencia específica, por lo que se asumió al grupo desarrollador como el graduador de dicha calidad de la evidencia. En el anexo 4, se describen los sistemas de calificación de la evidencia utilizados en la evaluación de las GPC incluidas en este ECBE.

IV) Elaboración del algoritmo preliminar

Para la elaboración del algoritmo preliminar del ECBE, el equipo desarrollador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las GPC para cada uno de los dominios de la condición planteados. Además, se realizó una reunión en la que se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para cada una de las recomendaciones descritas por las GPC seleccionadas.

Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el algoritmo clínico para atención de las personas adultas con incongruencia de género.

Finalmente, para la construcción del algoritmo clínico se realizaron reuniones virtuales y presenciales, con una duración aproximada de 1 hora cada una, en las que se discutió el curso de atención de las personas con la condición a estandarizar. En estas reuniones, participaron los expertos clínicos del grupo desarrollador y un experto metodológico con formación en la elaboración de diagramas de flujo.

V) Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de las personas adultas con incongruencia de género en el HUN. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente.

Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes de estas áreas/servicios asistenciales, solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ECBE y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. Una vez transcurrido este plazo, se analizaron las sugerencias enviadas y se hicieron los cambios pertinentes.

En la reunión de consenso, realizada el 22 de agosto de 2024, participaron representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: bioética, cirugía gastrointestinal, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, dermatología, dirección comercial, dirección jurídica, endocrinología, enfermería, fertilidad, fisioterapia, fonoaudiología, gestión de la información, ginecología, hematología, laboratorio clínico y patología, medicina física y rehabilitación, medicina hospitalización, medicina interna, nutrición clínica, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, salud pública, seguridad del paciente, terapia ocupacional, trabajo social y urología. La información contenida en los diagramas de flujo del ECBE y los puntos de control fueron presentadas en 10 secciones (9 secciones del ECBE y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo Likert de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, donde 1 correspondió a «Muy en desacuerdo» con la sección y 9 a «Completamente de acuerdo». Para determinar si había consenso en las respuestas a cada una de las 8 preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo «consenso total», cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala, y «consenso parcial», cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso («no consenso») cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (ver figura 1) (2). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de 3 rondas de votación. La tabla 3 muestra el resumen del resultado de las votaciones para cada una de las secciones.

Figura 1. Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso



Fuente: tomada y adaptada de (2).

A continuación, se presentan las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación realizada en la reunión de consenso (ver tablas 2 y 3). Es

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

de anotar que durante la discusión de la sección 1, al finalizar la primera ronda, no se alcanzó consenso entre los votantes, por lo que se discutió nuevamente la sección en una segunda ronda, se realizaron los cambios sugeridos y se llevó a una segunda votación en la cual se logró consenso total.

Tabla 2. Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas para cada sección en la ronda de votación

Sección	Pregunta
Sección 1: Diagnóstico	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: Diagnóstico?
Sección 2: Abordaje previo tratamiento de afirmación de género y atención en salud mental	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: Abordaje previo tratamiento de afirmación de género y atención en salud mental?
Sección 3: Asesoría en preservación de la fertilidad y anticoncepción	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: Asesoría en preservación de la fertilidad y anticoncepción?
Sección 4: Terapia hormonal de afirmación de género	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 4: Terapia hormonal de afirmación de género?
Sección 5: Abordaje previo a procedimientos quirúrgicos	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 5: Abordaje previo a procedimientos quirúrgicos?
Sección 6: Procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AMAB	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 6: Procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AMAB?
Sección 7: Procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AFAB	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 7: Procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y de la voz en AFAB?
Sección 8: Identificación de necesidades/ promoción y mantenimiento de la salud	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 8: Identificación de necesidades/ promoción y mantenimiento de la salud?
Sección 9: Atención de las personas con incongruencia de	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 9: Atención de las personas con

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

género que se identifican como no binarias	incongruencia de género que se identifican como no binarias?
Sección 10: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 10: puntos de la sección?

Para cada una de las preguntas se recibieron las respuestas correspondientes a los representantes de los servicios de bioética, cirugía gastrointestinal, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, dermatología, dirección comercial, dirección jurídica, endocrinología, enfermería, fertilidad, fisioterapia, fonoaudiología, gestión de la información, ginecología, hematología, laboratorio clínico y patología, medicina física y rehabilitación, medicina hospitalización, medicina interna, nutrición clínica, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, salud pública, seguridad del paciente, terapia ocupacional, trabajo social y urología. En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en la votación.

Tabla 3. Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1, ronda 1	27	3,70 %	0,00 %	96,30 %	9	3; 9
2. Pregunta sección 1, ronda 2	27	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
2. Pregunta sección 2, ronda 1	27	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
3. Pregunta sección 3	28	0,00 %	3,70 %	96,30 %	9	6;9
4. Pregunta sección 4	28	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
5. Pregunta sección 5	28	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
6. Pregunta sección 6	27	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
7. Pregunta sección 7	27	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
8. Pregunta sección 8	26	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	8;9
9. Pregunta sección 9	26	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9
10. Pregunta puntos de control	25	0,00 %	0,00 %	100,00 %	9	7;9

VI) Elaboración del algoritmo final

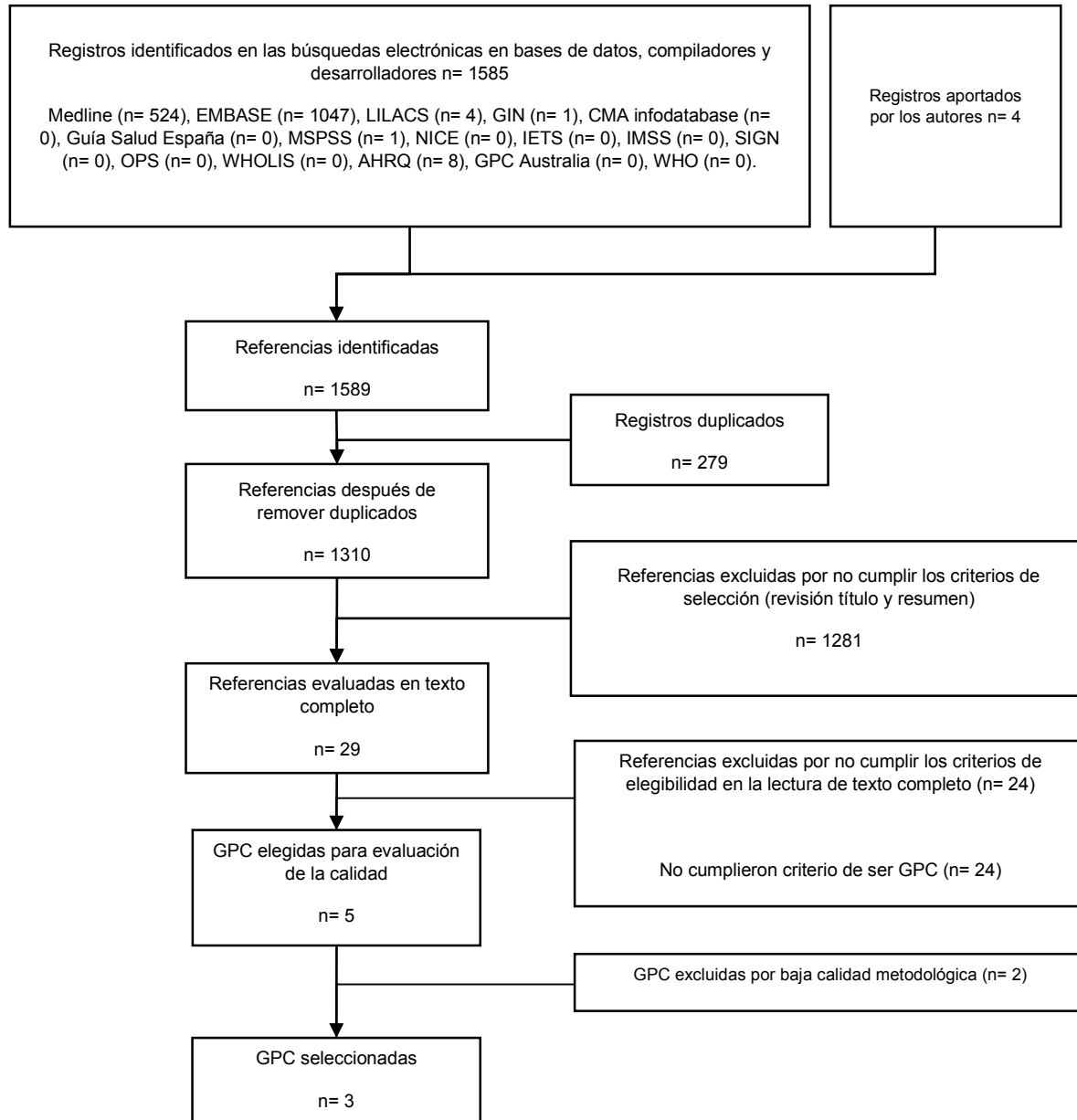
Para la elaboración de la versión final del ECBE, el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la reunión de consenso, y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. El equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del ECBE.

VII) Revisión y edición

Como actividad final del proceso, se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinario para una última revisión y una vez aprobado, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento; de esta forma, se obtuvo la versión final del ECBE.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 2. Diagrama PRISMA



Fuente: tomado y adaptado de (3)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 3. Documentos adicionales

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos utilizados en la búsqueda
- Bitácora de búsqueda de GPC
- Evaluaciones de la calidad de las GPC seleccionadas según el instrumento AGREE II.
- Tabla comparativa de extracción de la información de las GPC seleccionadas.
- Formatos de revelación de conflictos de intereses.

Consulta el anexo aquí
[<https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1BvA5FSGDnwmTfZjfYfDWqLfFqf98Ibv1>]

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 4. Sistemas de calificación de la evidencia utilizados en el ECBE

Escala de gradación GRADE usado por Hembree *et al* (4,5).

Calificación de la calidad de la evidencia	Claridad del riesgo/beneficio	Descripción de la evidencia de apoyo	Implicaciones
Recomendaciones fuertes			
Calidad de la evidencia alta	Los beneficios superan claramente los daños y las cargas, o viceversa	Evidencia consistente de ECA bien realizados o evidencia excepcionalmente sólida de estudios observacionales imparciales	La recomendación puede aplicarse a la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Es muy poco probable que nuevas investigaciones cambien nuestra confianza en la estimación del efecto.
Calidad de la evidencia moderada	Los beneficios superan claramente los daños y las cargas, o viceversa	Evidencia de ECA con limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallas metodológicas, evidencia indirecta o imprecisa) o evidencia inusualmente sólida de estudios observacionales imparciales	La recomendación puede aplicarse a la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Es probable que investigaciones adicionales (si se realizan) afecten nuestra confianza en la estimación del efecto y puedan cambiarla.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Calidad de la evidencia baja	Los beneficios superan claramente los daños y las cargas, o viceversa	Evidencia de al menos un resultado crítico proveniente de estudios observacionales, de ECA con fallas graves o evidencia indirecta	La recomendación puede cambiar cuando se disponga de evidencia de mayor calidad. Es muy probable que nuevas investigaciones tengan un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y que ésta cambie.
Calidad de la evidencia muy baja	Los beneficios superan claramente los daños y las cargas, o viceversa	Evidencia de al menos uno de los resultados críticos a partir de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	La recomendación puede cambiar cuando se disponga de evidencia de mayor calidad; cualquier estimación del efecto, para al menos un resultado crítico, es muy incierta.
Recomendaciones débiles			
Calidad de la evidencia alta	Beneficios estrechamente equilibrados con daños y cargas	Evidencia consistente de ECA bien realizados o evidencia excepcionalmente sólida de estudios observacionales imparciales	La mejor acción puede variar según las circunstancias o los valores del paciente o de la sociedad. Es muy poco probable que nuevas investigaciones cambien nuestra confianza en la estimación del efecto.
Calidad de la evidencia moderada	Beneficios estrechamente equilibrados con daños y cargas	Evidencia de ECA con limitaciones importantes (resultados	Es probable que otros enfoques sean mejores para algunos pacientes en determinadas

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

		inconsistentes, fallas metodológicas, evidencia indirecta o imprecisa) o evidencia inusualmente sólida de estudios observacionales imparciales	circunstancias. Es probable que nuevas investigaciones (si se realizan) tengan un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y puedan cambiar la estimación.
Calidad de la evidencia baja	Incertidumbre en las estimaciones de beneficios, daños y cargas; los beneficios pueden estar estrechamente equilibrados con los daños y cargas	Evidencia de al menos un resultado crítico proveniente de estudios observacionales, de ECA con fallas graves o evidencia indirecta	Otras alternativas pueden ser igualmente razonables. Es muy probable que nuevas investigaciones tengan un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambien la estimación.
Calidad de la evidencia muy baja	Gran incertidumbre en las estimaciones de beneficios, daños y cargas; los beneficios pueden o no equilibrarse con los daños y cargas	Evidencia de al menos uno de los resultados críticos a partir de observaciones clínicas no sistemáticas o evidencia muy indirecta	Otras alternativas pueden ser igualmente razonables. Cualquier estimación del efecto, para al menos un resultado crítico, es muy incierta

ECA: ensayo clínico alatorizado

Tomado y traducido de (4,5)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Escala de gradación GRADE modificada usado por Coleman *et al* (6)

Las **recomendaciones fuertes** (“recomendamos”) son para aquellas intervenciones/terapias/estrategias en las que:

- La evidencia es de alta calidad
- Estimaciones del efecto de una intervención/terapia/estrategia (es decir, hay un alto grado de certeza de que se lograrán los efectos en la práctica)
- hay pocas desventajas de la terapia/intervención/estrategia
- hay un alto grado de aceptación entre los proveedores y los pacientes o aquellos para quienes se aplica la recomendación.
- Las **recomendaciones débiles** (“sugerimos”) son para aquellas intervenciones/terapias/estrategias donde:
 - Hay debilidades en la base de evidencia
 - Hay un grado de duda sobre el tamaño del efecto que se puede esperar en la práctica
 - Hay una necesidad de equilibrar las posibles ventajas y desventajas de las intervenciones/terapias/estrategias
 - Es probable que haya diversos grados de aceptación entre los proveedores y los pacientes o aquellos para quienes se aplica la recomendación

Fuente: Tomado y traducido de (6)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 5. Modelo de Evaluación de Riesgo de Caprini Modificado

1 punto	2 puntos	3 puntos	5 puntos
Edad de 41 a 60 años	Edad de 61 a 74 años	Edad ≥ 75 años	ACV (<1 mes)
Cirugía menor	Cirugía artroscópica	Historia de TEV	Artroplastia electiva
IMC > 25 kg/m ²	Cirugía mayor abierta (>45 minutos)	Historia familiar de TEV	Fractura de pelvis, cadera o pierna
Piernas hinchadas	Cirugía laparoscópica (>45 minutos)	Factor V Leiden	Lesión aguda del cordón espinal (<1 mes)
Venas varicosas	Malignidad	Protrombina 20210A	
Gestación o parto	Confinado a la cama	Anticoagulante lúpico	
Historia de aborto recurrente o espontáneo	Yeso inmovilizador	Anticuerpos anticardiolipinas	
Anticonceptivos orales o reemplazo hormonal	Acceso venoso central	Homocisteína sérica elevada	
Sepsis (<1 mes)		Trombocitopenia inducida por heparina	
Enfermedad pulmonar importante, incluida neumonía (<1 mes)		Otras trombofilias adquiridas o congénitas	

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Función pulmonar anormal			
Infarto agudo de miocardio			
Falla cardíaca congestiva			
Historia de enfermedad inflamatoria intestinal			
Paciente médico con descanso en cama			
El riesgo de TEV se clasifica como muy bajo (0-1 punto), bajo (2 puntos), moderado (3-4 puntos) o alto (5 puntos).			

ACV: accidente cerebrovascular, IMC: índice de masa corporal, TEV: tromboembolismo venoso

Fuente: Tomado, traducido y modificado de (7)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 6. Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia (ARISCAT Score)

Componente		Puntuación
Edad	≤50 años	0
	51 – 80 años	3
	>80 años	16
Saturación de oxígeno prequirúrgica	≥96%	0
	91 – 95%	8
	≤90%	24
Infección respiratoria en el mes previo	No	0
	Sí	17
Hemoglobina prequirúrgica <10 g/dL	No	0
	Sí	11
Incisión	Incisión periférica	0
	Incisión abdominal superior	15
	Incisión intratorácica	24
Duración de la cirugía	<2 horas	0
	2 – 3 horas	16
	>3 horas	23
Procedimiento de emergencia	No	0
	Sí	8
Riesgo: bajo <26 puntos (1.6%), medio/intermedio: 26-44 puntos (13.3%), alto ≥45 puntos (42.1%)		

Fuente: Tomado, traducido y modificado de (8)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 7. Gupta Postoperative Respiratory Failure Risk

Variable	Opciones	Valor
Estado funcional	Independiente	0
	Parcialmente dependiente	0.7678
	Totalmente dependiente	1.4046
Clase ASA	1: paciente sano normal	-3.5265
	2: enfermedad sistémica leve	-2.0008
	3: enfermedad sistémica severa	-0.6201
	4: enfermedad sistémica severa que amenaza constantemente la vida	0.2441
	5: moribundo, no se espera que sobreviva sin cirugía	0
Sepsis	No	-0.7840
	Respuesta inflamatoria sistémica prequirúrgica	0
	Sepsis prequirúrgico	0.2752
	Choque séptico preequirúrgico	0.9035
Caso de emergencia	No	-0.5739
	Sí	0
	Anorrectal	-1.3530
	Aórtica	1.0781
	Bariátrica	-1.0112
	Cerebral	0.7336
	Mamas	-2.6462
	Cardiaca	0.2744
	Otorrinolaringológica (excepto tiroides y paratiroides)	0.1060

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

	Intestino anterior o hepatopancreatobiliar	0.9694
	Vejiga, apéndice, adrenales o bazo	-0.5668
	Hernia	0
	Intestinal	0.5737
	Tiroides y paratiroides	-0.5271
	Obstetricia y ginecología	-1.2431
	Ortopédica y extremidades (no vascular)	-0.8577
	Otras abdominales	0.2416
	Vascular periférica	-0.2389
	Piel	-0.3216
	Columna	-0.5220
	Torácica no esofágica	0.6715
	Venas	-2.0080
	Urológica	0.3093

ASA: American Society of Anesthesiologist

Fuente: Tomado, traducido y adaptado de (9)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 8. Cuestionario STOP- Bang

Componente	Respuesta	
S: ¿Ronca fuerte (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja le codea por roncar de noche)?	Sí	No
T: ¿Se siente con frecuencia cansado, fatigado o somnoliento durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?	Sí	No
O: ¿Alguien lo observó dejar de respirar o ahogarse/quedarse sin aliento mientras dormía?	Sí	No
P: ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?	Sí	No
B: ¿Presenta un IMC de más de 35 kg/m ² ?	Sí	No
A: ¿Tiene más de 50 años?	Sí	No
N: ¿El tamaño de su cuello es grande? (>40 centímetros)	Sí	No
G: ¿Su sexo es masculino?	Sí	No
Puntuación para la población general: - Bajo riesgo de AOS: sí de 0 a 2 preguntas - Moderado riesgo de AOS: sí de 3 a 4 preguntas - Alto riesgo de AOS: sí de 5 a 8 preguntas, sí a 2 o más preguntas STOP + sexo masculino, sí a 2 o más preguntas STOP + IMC >35 kg/m ² , sí a 2 o más preguntas STOP + circunferencia cervical > 40cm		

AOS: apnea obstructiva del sueño, cm: centímetro, IMC: índice de masa corporal

Fuente: Tomado, traducido y modificado de (10)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Anexo 9. Puntuación de Apfel

Componente	Respuesta y puntuación	
Sexo	Hombre (0)	Mujer (1)
Estado de tabaquismo	Fumador (0)	No fumador (1)
Historia de mareo por movimiento o náuseas y vómitos posoperatorios	No (0)	Sí (1)
Uso de opioides preoperatorios	No (0)	Sí (1)
Riesgo a las 24 horas de náuseas y vómitos posoperatorios según el puntaje: 0: 10% 1: 21% 2: 39% 3: 61% 4: 79%		

Fuente: tomado, traducido y modificado de (11)

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

Referencias

1. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 8 de marzo de 2016;352:i1152.
2. Sánchez Pedraza R, Jaramillo González LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;777-85.
3. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097.
4. 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*. 1 de noviembre de 2017;102(11):3869-903.
5. Swiglo BA, Murad MH, Schünemann HJ, Kunz R, Vigersky RA, Guyatt GH, et al. 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*. marzo de 2008;93(3):666-73.
6. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-259.
7. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. febrero de 2012;141(2 Suppl):e227S-e277S.
8. Ülger G, Sazak H, Baldemir R, Zengin M, Kaybal O, İncekara F, et al. The effectiveness of ARISCAT Risk Index, other scoring systems, and parameters in predicting pulmonary complications after thoracic surgery. *Medicine (Baltimore)*. 29 de julio de 2022;101(30):e29723.
9. Gupta H, Gupta PK, Fang X, Miller WJ, Cemaj S, Forse RA, et al. Development and validation of a risk calculator predicting postoperative respiratory failure. *Chest*. noviembre de 2011;140(5):1207-15.

 	Atención de las Personas Adultas con Incongruencia de Género en el Hospital Universitario Nacional de Colombia		
	Estándar Clínico Basado en la Evidencia		
	Código: IN-EC-45	Vigente desde: 2025-07-08	Versión: 001

10. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, Chung SA, Vairavanathan S, Islam S, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology*. mayo de 2008;108(5):812-21.
11. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*. septiembre de 1999;91(3):693-700.