

# MUJERES TRANS CON INFECCIÓN

## POR EL VIH



## REDACCIÓN

- **Alberto Martín-Pérez Rodríguez.** Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid

## REVISIÓN

- **Rosa Polo.** Jefa del Área Asistencial y de Investigación. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

- **Gabriela Fagúndez.** Técnica Superior de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

- **Marta Cobos.** Técnica Superior externa de Tragsatec. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid



## INTRODUCCIÓN

La identidad de género es la manera en que cada persona siente su género, que puede, o no, corresponder con el sexo asignado al nacer y con sus marcadores de género en sus documentos legales e identificativos. Las personas trans son aquellas cuya identidad de género difiere de su sexo de asignación, incluyendo transexuales, transgénero, *queer*, y a personas que se identifican fuera del binarismo hombre-mujer, entre otras<sup>1</sup>.

Las personas trans expresan su identidad de género a través de una serie de elecciones, más o menos permanentes en el tiempo, acerca de su forma de vestir, su apariencia o a través de modificaciones corporales, que pueden, o no, incluir tratamientos médicos, e intervenciones quirúrgicas y/o estéticas. Dependiendo de su nivel de autoaceptación y de la disponibilidad de apoyo y recursos, las personas trans pueden llevar a cabo transiciones sociales, hormonales o quirúrgicas.

Las transexuales son personas trans que se identifican completamente con la identidad de género opuesta a su sexo de asignación y suelen rechazar fuertemente sus caracteres sexuales primarios y secundarios, buscando tener una mayor correspondencia con su género elegido a través de tratamientos que pueden incluir tratamiento hormonal y quirúrgico. En España, la prevalencia de transexualidad femenina se sitúa en 1:9.685-1:21.031 <sup>(1)</sup>. Otras personas trans pueden requerir también tratamiento hormonal o quirúrgico dependiendo de sus deseos y necesidades.

En este apartado nos referimos a las mujeres trans como aquellas personas que comparten una experiencia común de haber sido asignadas como hombres al nacer, pero que se identifican bien como mujeres, o como mujeres trans, transexuales, transgénero o cualquier otra identidad dentro del espectro trans-femenino.

A pesar de las diferencias culturales y sociales, la transfobia, o estigma asociado a las personas trans es generalizado y puede limitar sus oportunidades y su acceso a recursos en ámbitos elementales como el empleo, la educación o la atención sanitaria, afectando de manera persistente a su salud mental y física <sup>(2)</sup>.

---

<sup>1</sup> Para más información sobre la terminología utilizada se sugiere revisar el Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/glosarioDiversidad110418.pdf>

## **ESTADO DE SALUD Y SITUACIÓN FRENTE AL VIH DE LAS MUJERES TRANS**

Las personas trans tienen una peor percepción de su estado de salud y bienestar, y más de la mitad ha retrasado en alguna ocasión acudir a un recurso sanitario, el 44.1% por temor a ser juzgadas por parte de profesionales sanitarios y el 41.1% por falta de confianza en el sistema sanitario <sup>(3)</sup>.

La anticipación del estigma y el temor a la ruptura de la confidencialidad respecto de su identidad de género pueden contribuir a las disparidades de atención sanitaria y en la salud sexual de las personas trans, particularmente de las más jóvenes <sup>(4)</sup>.

A nivel global, las mujeres trans están desproporcionadamente afectadas por el VIH. De acuerdo a un meta-análisis, las mujeres trans tienen una prevalencia agrupada de infección por el VIH de 19.1% (IC 95%: 17.4-20.7). En los países de ingresos altos aumenta al 21.6% (IC 95%: 18.8-24.3) <sup>(5)</sup>, y en el caso de mujeres trans trabajadoras del sexo al 27.3% <sup>(6)</sup>.

Distintos estudios han identificado entre las mujeres trans niveles elevados de comportamiento sexual de alto riesgo, uso no constante del preservativo con diferentes parejas, incluidas las comerciales, y de consumo de sustancias durante las prácticas sexuales. La discriminación en el empleo, acceso a la vivienda y a la atención sanitaria y servicios sociales las conduce con frecuencia a una alta vulnerabilidad social y económica y a tener que recurrir como medio de subsistencia al trabajo sexual, otro factor de riesgo independiente para el VIH <sup>(7)</sup>.

### **EL TRATAMIENTO HORMONAL FEMINIZANTE**

El tratamiento hormonal feminizante (THF), también conocido como terapia hormonal de tránsito o de afirmación es un elemento importante en el proceso de transición anatómica y psicológica para muchas mujeres trans. Aunque no todas las personas buscarán obtener los mismos resultados con la THF, ni estos serán iguales para todas, su administración generalmente facilitará la redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa muscular, una piel más suave y menos grasa, aumento del tamaño de las mamas, disminución del volumen testicular, del vello corporal, de las erecciones espontáneas, de la producción de semen y disfunción eréctil <sup>(8)</sup>.

Además, el THF contribuye a optimizar el proceso de vida real en el sexo identitario, mejora la calidad de vida y limita las comorbilidades psiquiátricas que muchas veces

se asocian a la falta de este tratamiento <sup>(1)</sup>. El THF es a menudo un aspecto importante, reduciendo la ansiedad y la depresión y mejorando la autoestima y el funcionamiento social de las personas trans, por lo que debería estar accesible para todas las personas trans que la requieran <sup>(7)</sup>. Un estudio basado en datos de vigilancia del comportamiento del VIH mostró que las mujeres trans que usaban THF tenían mayor probabilidad de estar en TAR <sup>(9)</sup>.

El THF incluye el uso de anti-andrógenos para suprimir la producción de testosterona endógena o reducir las formas activas de testosterona con el fin de minimizar los caracteres sexuales secundarios asociados a la masculinidad y la administración de estrógeno exógeno para aumentar los asociados a la feminidad. Al reducir la testosterona, los anti-andrógenos tienen el beneficio añadido de reducir el nivel requerido de estrógenos para la feminización, disminuyendo los riesgos asociados a su uso a largo plazo y en altas dosis <sup>(10)</sup>.

En la mayoría de casos el uso oral de estradiol permite alcanzar niveles de 17-β estradiol dentro de los parámetros femeninos y la supresión de testosterona por debajo de los niveles normales de un hombre adulto, facilitando así los cambios físicos concordantes con el fenotipo femenino.

Pueden pasar hasta dos años hasta que estos cambios se manifiesten <sup>(10)</sup>. Si bien, no hay forma de revertir el desarrollo del esqueleto si se ha completado la maduración puberal. Tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial o la feminización de la voz, ni siempre hay un desarrollo mamario del grado deseado <sup>(1)</sup>.

Las recomendaciones de la *Endocrine Society* (tabla 1), las normas de atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero, el Centro de Excelencia para la Salud Transgénero de la Universidad de California y documentos de revisión proporcionan resúmenes del THF, que incluyen formulaciones de estradiol por vía oral, transdérmica o parenteral, junto a anti-andrógenos (espirolactona, acetato de ciproterona y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina) <sup>(7)</sup>. Las guías españolas recomiendan el uso de estrógenos por vía oral o transdérmica <sup>(1)</sup>.

Tabla 1. THF para mujeres trans			
Clase	Vía de administración	Nombre del fármaco	Dosis recomendada
<b>Estrógeno</b>	Oral	17-beta estradiol o Valerato de estradiol	2-6 mg/día
	Transdérmica	Parche de estradiol	0.025-0,2 mg/día
		Gel de estradiol <sup>1</sup>	2-4 mg/día
	Parenteral (intramuscular)	Valerato de estradiol o Cipionato de estradiol	5-30 mg/2 semanas 2-10 mg/semana
<b>Anti-andrógeno</b>	Oral	Espirinolactona	100-300 mg/día (en dos tomas)
		Acetato de ciproterona	25-50 mg/día
<b>Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina</b>	Parenteral (subcutánea)	Acetato leuprolide	3,75 mg/mes 11,25 mg/3 meses
		Acetato de goserelina	3,6 mg/mes

*Traducido de Iwamoto et al.<sup>(1)</sup>*

<sup>1</sup> El gel de estradiol no se encuentra en las recomendaciones de la Endocrine Society pero se ha publicado como vía de administración en estudios de la European Network for the Investigation of the Gender Incongruence.

El THF debe mantenerse durante toda la vida, aunque se puede reducir su dosis tras una gonadectomía, en cuyo caso no serán necesarios los anti-andrógenos. Sin embargo, incluso tras cirugías de reasignación, el THF con estrógenos debe continuarse, en dosis adecuadas, para mantener los efectos feminizadores y con el fin de prevenir pérdida de masa ósea y otras complicaciones cardiovasculares <sup>(1)</sup>. El objetivo es mantener las concentraciones de estrógenos y andrógenos en los límites fisiológicos de una mujer no trans para evitar la aparición de fenómenos tromboembólicos, disfunción hepática o hipertensión arterial.

El uso de progestágenos es controvertido y en principio se desaconseja su uso, dado que pueden aumentar los riesgos tromboembólicos, alteraciones hepáticas, hipertensión arterial, cambios de humor y potenciar el resto de efectos negativos.

Bajo control médico, el THF es completamente seguro y la mayoría de mujeres no experimentan ningún tipo de problema, si bien todo tratamiento crónico presenta potenciales efectos secundarios. Pero debe tenerse en cuenta que si existen barreras de acceso a la atención sanitaria las mujeres trans pueden buscar el THF a través de

un uso no prescrito de anticonceptivos orales en altas dosis y sin seguimiento médico, lo que podría incrementar el riesgo de interacciones con TAR <sup>(10)</sup>.

No se observa un incremento de riesgo consistente de morbilidad y mortalidad cardiovascular cuando hay adherencia al THF, aunque los estudios tienen limitaciones por el seguimiento de las pacientes y por no controlar por factores de riesgo tradicionales de enfermedad cardiovascular. Además, estos estudios emplean etinilestradiol en lugar de estradiol bioidéntico, preferido para el THF <sup>(7)</sup>.

Los riesgos asociados al THF se resumen en la tabla 2, clasificados por nivel de riesgo <sup>(11)</sup>.

<b>Tabla 2. Riesgos asociados al THF. En rojo los clínicamente significativos.</b>	
<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Hormonas feminizantes</b>
<b>Probable aumento de riesgo</b>	<b>Enfermedad tromboembólica venosa<sup>1</sup></b> Cálculos biliares Enzimas hepáticas elevadas Aumento de peso <b>Hipertrigliceridemia</b>
<b>Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales<sup>2</sup></b>	Enfermedad cardiovascular
<b>Posible aumento de riesgo</b>	<b>Hipertensión</b> Hiperprolactinemia o prolactinona
<b>Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales<sup>2</sup></b>	<b>Diabetes tipo 2</b>
<b>Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada</b>	<b>Cáncer de mama</b>

<sup>1</sup> El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos

<sup>2</sup> Otros factores incluyen la edad

## TRATAMIENTO HORMONAL Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Ni la infección por el VIH ni recibir TAR están contraindicados para el THF <sup>(12)</sup>. Sin embargo, un estudio piloto para determinar las diferencias en los biomarcadores de inflamación y riesgo cardiovascular en mujeres trans con infección por el VIH mostró que hasta el 40% de mujeres trans con infección por el VIH no tomaban de la manera prescrita el TAR (12%), el THF (12%) o ambos (16%) debido a la preocupación por las posibles interacciones <sup>(13)</sup>.

Realizar recomendaciones de TAR para mujeres trans en THF es complejo ya que no hay datos acerca de los estrógenos comúnmente empleados en el THF, y se suelen extrapolar los datos de interacciones observadas en estudios con mujeres que emplean anticonceptivos orales. Sin embargo, el THF difiere de los anticonceptivos en varios aspectos. En primer lugar, para alcanzar la supresión constante de la ovulación, los anticonceptivos orales emplean el estrógeno sintético etinilestradiol, mientras que los regímenes hormonales más recomendados para la feminización emplean 17- $\beta$  estradiol. En el THF se pueden incluir anti-andrógenos potentes como la espironolactona, que no se emplean en la anticoncepción hormonal <sup>(14)</sup>.

La tabla 3 muestra las interacciones más relevantes de los fármacos antirretrovirales con el THF <sup>(8)</sup>. Otros fármacos, como la rifampicina, también pueden tener interacciones significativas; se recomienda en estos casos la derivación a un especialista.

Los estrógenos se metabolizan a través del citocromo P450, por lo que existen interacciones potenciales con el TAR. Sin embargo, la información sobre estas interacciones proviene de estudios con etinilestradiol como anticonceptivo, y no con 17- $\beta$ -estradiol, empleado en el THF. No obstante, parece probable que la mayoría de los antirretrovirales puedan usarse de manera segura con estrógenos a excepción de APV o FPV no potenciado por el descenso de concentración sérica de APV que puede llevar a un bajo control virológico y desarrollo de resistencias <sup>(12)</sup>.

Los datos disponibles sugieren que los ITINAN, los IP potenciados con RTV o los IInt con cobicistat pueden afectar a los niveles de algunos anticonceptivos hormonales.

**Tabla 3. Interacciones de relevancia potencial con medicamentos empleados para terapia hormonal en personas trans**

Fármaco Antirretroviral	Interacción	Comentario
<b>Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a nucleósido o nucleótido (AN)</b>		
<b>Abacavir (ABC)</b>	Sin interacciones.	Si bien hay estudios farmacocinéticos que muestran cambios en la concentración de TDF/FTC en mujeres trans que reciben terapia hormonal, se recomienda ofrecer PrEP como estrategia adicional y efectiva para prevenir la infección por el VIH.
<b>Emtricitabina (FTC)</b>		
<b>Lamiduvina (3TC)</b>		
<b>Tenofovir alafenamida</b>		
<b>Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)</b>		
<b>Zidovudina (ZDV)</b>		
<b>Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos (ITINAN)</b>		
<b>Efavirenz (EFV)</b>	Ajustar dosis.	Disminución de los niveles de testosterona, estradiol, ciproterona y finasteride. Posible disminución de la eficacia de los anticonceptivos hormonales combinados.
<b>Etravirina (ETR)</b>		
<b>Nevirapina (NVP)</b>		
<b>Rilpivirina</b>	Sin interacciones.	
<b>Inhibidores de la proteasa (IP)</b>		
<b>Atazanavir/ritonavir y (ATV/RTV)</b>	Ajustar dosis.	Aumento de los niveles de testosterona. Disminución de los niveles de estradiol. Posible disminución de la eficacia de los anticonceptivos hormonales combinados.
<b>Atazanavir/cobicistat</b>		
<b>Darunavir/ritonavir y (DRV/RTV)</b>		
<b>Darunavir/cobicistat</b>		
<b>Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV)</b>		
<b>Inhibidores de la integrasa (IIInt)</b>		
<b>Elvitegravir/cobicistat</b>	Ajustar dosis.	Aumento de los niveles de testosterona, estradiol y ciproterona.
<b>Dolutegravir</b>		
<b>Raltegravir (RAL)</b>	Sin interacciones.	
<b>Inhibidores de la unión al receptor CCR5</b>		
<b>Maraviroc</b>	Sin interacciones.	
Adaptado de <a href="https://www.hiv-druginteractions.org">https://www.hiv-druginteractions.org</a>		

Entre los ITINAN, NVP es un inductor del CYP3A4 por lo que podría hacer descender el nivel del anticonceptivo hormonal, aunque no hay evidencia concluyente <sup>(10)</sup>. Un estudio farmacocinético con mujeres en tratamiento con EFV que tomaron anticonceptivos con etinilestradiol mostró que los niveles de ambos fármacos descendían por debajo del umbral terapéutico en comparación con NVP <sup>(10)</sup>. Otro estudio identificó tres casos en los que EFV afectó la metabolización del estradiol oral en mujeres trans <sup>(15)</sup>. Etravirina y rilpivirina no parecen afectar los niveles de estrógenos o de progesterona cuando se emplean con anticonceptivos hormonales, y podrían ser una alternativa para las mujeres trans con infección por el VIH en THF <sup>(10)</sup>.

Se ha dedicado muy poca investigación a las interacciones con los AN, ya que estos no se metabolizan por el P450. En estudios farmacocinéticos no se han observado interacciones entre el etinilestradiol como anticonceptivo y TDF. Sin embargo, un estudio en cultivos de linfocitos de sangre periférica mostró inhibición de d4T por el beta-estradiol <sup>(10)</sup>.

Entre los potenciadores de los IP, RTV es un inhibidor de CYP3A4, por lo que existe un riesgo de interacciones significativas al incrementar los niveles de fármacos metabolizados por esta vía. Sin embargo, muchos IP pueden causar un descenso de los niveles de estrógenos, lo que dificulta estimar la afectación en los niveles totales de estrógenos para cada paciente. En concreto ATV, LPV y DRV potenciados han mostrado un descenso de niveles de estrógenos cuando se administra con etinilestradiol, por lo que no se recomienda la administración de anticonceptivos orales con estos antirretrovirales <sup>(10)</sup>.

No se han observado interacciones entre anticonceptivos orales y los IInt raltegravir y dolutegravir ni con el MVC (10).

La reducción potencial de los niveles de estrógenos y la disminución de efectos feminizadores pueden conllevar una peor adherencia a TAR o la administración no prescrita de altas dosis de estrógenos endógenos, por lo que ***los profesionales que traten a estas mujeres deberían tener una idea clara de su historial de terapia hormonal, incluyendo dosis, y evaluar las posibles interacciones con TAR con el fin de mantener el proceso de feminización y de suprimir la replicación viral*** <sup>(10)</sup>.

No existe evidencia de interacciones entre la PrEP y los regímenes de THF más frecuentemente empleados, pero la evidencia de estudios de interacciones antirretrovirales con anticonceptivos orales es alentadora <sup>(2)</sup>. No se ha identificado evidencia experimental o teórica concluyente de interacciones en cualquiera de las dos

direcciones entre TDF-FTC con el THF en mujeres trans, incluyendo estradiol, progestinas o espinolactona. Por emplear distintas vías de liberación, se sugiere una probabilidad teórica baja de interacciones. Sin embargo, se necesitan estudios controlados de interacciones en mujeres trans, incluyendo efectos en la liberación renal, y presencia de los antirretrovirales a nivel sistémico o en tejidos de interés, así como los efectos de las hormonas en la susceptibilidad e inmunidad en relación al VIH <sup>(16)</sup>. En concreto, se necesita explorar mejor los cambios del epitelio anal en respuesta al THF <sup>(2)</sup>. En el caso de las mujeres trans con neovagina, las distintas técnicas quirúrgicas empleadas en su construcción pueden tener un impacto en el riesgo de adquisición del VIH durante la penetración vaginal. El empleo de tejido prepucial, sigmoideo o injertos cutáneos podría implicar diferencias en el microambiente inmunológico en el tejido expuesto al VIH <sup>(19)</sup>. Los riesgos de transmisión del VIH en estos tejidos así como las tasas de infecciones genitales ulcerativas y las concentraciones locales de PrEP son desconocidos <sup>(2)</sup>. Igualmente, en las intervenciones preventivas, las mujeres trans con pene deberían ser informadas también del riesgo del sexo anal insertivo <sup>(12)</sup>.

Por otro lado, se han mostrado peores niveles de adherencia a PrEP en mujeres trans, sin que haya una comprensión completa de los motivos. Estudios cualitativos sugieren que las mujeres trans a menudo priorizan su THF frente a la prevención del VIH, si se percibe que el primero puede resultar afectado <sup>(17)</sup>.

Por último, se debe tener en cuenta el impacto de los rellenos inyectables, que son productos que permiten la feminización de distintas áreas corporales, como la cara, caderas, glúteos y pechos. Debido a la falta de recursos y a las barreras de acceso a la atención sanitaria muchas mujeres trans, han empleado en algún momento productos como silicona industrial, aceite de oliva, vaselina líquida, parafina líquida, pasta estanquizante o fluidos de transmisión de automóvil, como si se trataran de silicona de grado médico.

Aunque no existen estudios, es posible que la inflamación secundaria crónica provocada por algunos de estos rellenos pueda complicar el pronóstico de la infección por el VIH, ya que los marcadores solubles y celulares de inflamación en pacientes con el VIH se asocian a enfermedad cardiovascular, depresión, deterioro neurocognitivo, anormalidades metabólicas y aumento de la mortalidad <sup>(10)</sup>.

Al final del capítulo se hacen recomendaciones para facilitar unos servicios sanitarios más acogedores y adecuados a la identidad de género de todas las personas.

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales sanitarios deberían recibir formación inclusiva referida a las personas trans para abordar de manera adecuada su salud sexual y reducir las preocupaciones sobre la confidencialidad con jóvenes trans <sup>(4)</sup>.
2. Los programas y servicios relacionados con el VIH deberían abordar específicamente las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de mujeres trans, ya que cuando simplemente se adaptan de otras poblaciones se suelen obviar los factores estructurales y las inequidades que incrementan el riesgo asociado al VIH y las barreras para su atención <sup>(12)</sup>.
3. Las mujeres trans en tratamiento con estrógenos deberían seguir las guías clínicas de enfermedad prostática y cáncer de próstata recomendadas para un varón, así como las de cribado de cáncer de mama para una mujer <sup>(1)</sup>.
4. Se requiere identificar soluciones a las barreras específicas al cribado, prevención y tratamiento óptimo para el VIH que afectan a las mujeres trans y estudiar mejor las interacciones potenciales entre TAR y las formulaciones y vías de administración de estradiol recomendadas por las guías de práctica clínica del THF <sup>(7)</sup>.
5. El uso imperfecto de TAR y/o del THF y la limitada comunicación de los profesionales de salud sobre este tema sugieren la necesidad de una mayor integración de ambos tratamientos para aumentar la adherencia a ambos <sup>(13)</sup>.
6. Es prioritario informar a las mujeres trans que el TAR no disminuye el efecto del THF y viceversa, así como reforzar la adherencia y la necesidad de realizar los controles médicos pertinentes <sup>(8)</sup>.
7. Se recomienda vigilar los niveles de estradiol y/o ajustar las dosis o el régimen de acuerdo al desarrollo de síntomas o cambios estrogénicos cuando se inicie o se cambie el TAR <sup>(12)</sup>.
8. Una atención sanitaria que sea afirmativa de la identidad de género de las personas, con espacios clínicos en los que las personas trans se sientan seguras se basa en la competencia transcultural e incluye entre otros el uso de los pronombres de elección y la posibilidad de emplear el baño acorde a la identidad de género.
9. Se debe desaconsejar el uso de THF y de otras intervenciones sin control médico para el proceso de feminización, informando de los riesgos asociados a los mismos.

## Recomendaciones para unos servicios sanitarios más acogedores y adecuados a la identidad de género de todas las personas

- 1. Muestre que las personas trans son bienvenidas en su servicio.**  
Emplee posters, materiales impresos en la consulta y banners en su página web sobre transexualidad. Adapte los formularios de acogida para incluir a las personas de género no binario y el nombre de elección y no sólo (o en lugar de) el nombre legal.
- 2. Trate a las personas trans como le gustaría que le trataran a usted.**  
De manera respetuosa, relajada y amable evitando actitudes y gestos faciales negativos.
- 3. Diríjase a la persona trans siempre por su nombre de elección y el pronombre que se corresponda con su identidad de género.**
- 4. Si no tiene certeza sobre la identidad de género de una persona o sobre cómo desea que se le llame, pregúntele de manera respetuosa y amable.**  
“¿cómo te gustaría que me dirigiera a ti?”, “¿con qué nombre quieres que me dirija a ti?”
- 5. Combata comentarios y comportamientos transfóbicos en su servicio.**  
Intente sensibilizar y formar a su equipo y establezca cómo actuar ante comportamientos discriminatorios.
- 6. Recuerde centrarse en la atención y no en su curiosidad.**  
Debe evitarse preguntar sobre intervenciones, genitalidad, o aspectos que no sean estrictamente relevantes para valorar riesgos o interacciones, y que sólo responden a la curiosidad.
- 7. Si no es necesario para una mejor continuidad de la atención, no revele a otros profesionales que su paciente es una persona trans.**  
Se debe recordar que revelar que una persona es trans puede ocasionarle discriminación y violencia. Si considera que la información es necesaria para una mejor atención, informe a su paciente y pídale permiso.
- 8. Fórmese en temas de atención sanitaria a personas trans.**  
Busque información y localice los recursos de apoyo y atención a personas trans en su territorio.

*Traducido y adaptado de Transgender Law Center. 10 tips for working with transgender patients. An information and resource publication for health care providers. Disponible en:*

<http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2011/12/01.28.2016-tips-healthcare.pdf>.

## REFERENCIAS

- (1) Moreno-Pérez O, Esteve de Antonio I, y grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)\*(anexo 1). *Endocrinol Nutr.* 2012; 59(6): 367-382
- (2) Sevelius JM, Deutsch MB, Grant R. The future of PrEP among transgender women: the critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *AIDS Society.* 2016; 19(Suppl. 6): 21105
- (3) Transgender Europe. *Overdiagnosed but Underserved, Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden.* Berlin, 2017
- (4) Fisher CB, Fired AL, Desmond M, et al. Perceived Barriers to HIV Prevention Services for Transgender Youth. *LGBT Health.* 2018; 5(6): 350-358
- (5) Baral SD, Poteat T, Stromdahl S et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013; 13: 214-222
- (6) Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008; 48: 97-103
- (7) Iwamoto SJ, Defreyne J, Rothman MS, et al. Health Considerations for Transgender Women and Remaining Unknowns: a narrative review. *Ther Asv Endocrinol Metab.* 2019; 10: 1-27
- (8) Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud.* Argentina, 2018
- (9) Baguso GN, Turner CM, Santos GM, et al. Successes and final challenges along the HIV care continuum with transwomen in San Francisco. *Journal of the International AIDS Society.* 2019, 22: e25270
- (10) Wanson T, Guadamuz TE, Vasani S. Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities. *Journal of Virus Eradication.* 2016; 2: 87-93
- (11) World Professional Association for Transgender Health (WPATH). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ª versión.* 2012
- (12) Poteat T. *Transgender Health and HIV, in Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People.* San Francisco. June 17, 2016
- (13) Braun HM, Candelario J, Hanlon CL, et al. Transgender Women Living with HIV Frequently Take Antiretroviral Therapy and/or Feminizing Hormone Therapy Differently Than Prescribed Due to Drug-Drug Interaction Concerns. *LGBT Health.* 2017; 4(5): 371-375
- (14) Deutsch MB, Glidden DV, Sevelius J, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrex trial. *Lancet HIV.* 2015; 2(12): e512-e519
- (15) Leinung, MC, Miller CH, Tehrani B, Joseph J. The Effect of Efavirenz on Estradiol Metabolism in Transgender Women. *Transgender Health* 2019; 4.1: 197-199
- (16) Anderson PL, Reirden D, Castillo-Mancilla J. Pharmacologic Considerations for Preexposure Prophylaxis in Transgender Women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016; 72(Suppl.3): 230-234
- (17) Grant RM, Sevelius JM, Guanira JV, et al. Transgender Women in Clinical Trials of Pre-Exposure Prophylaxis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016; 72(Suppl 3): s226-s229

## ABREVIATURAS

CYP3A4: Citocromo hepático P450-3A4

IC: intervalo de confianza

PEP: Profilaxis post-exposición

PrEP: Profilaxis pre-exposición

TAR: Tratamiento antirretroviral

THF: Tratamiento Hormonal Feminizante

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

