

Recomendacións para a atención sanitaria na atención primaria das persoas trans no Servizo Galego de Saúde



XUNTA DE GALICIA

Edita: Xunta de Galicia.

Consellería de Sanidade.

Servizo Galego de Saúde.

Xerencia do Servizo Galego de Saúde.

Lugar: Santiago de Compostela, Ano 2025

Autoras/es:

Nerea Sánchez Varela.

Médica especialista en Medicina Familiar e Comunitaria.

Centro de Saúde de Serra de Outes. Área de Santiago de Compostela-Barbanza.

Lara Ferreiro Abuín.

Médica residente de Medicina Familiar e Comunitaria.

Centro de Saúde de Concepción Arenal. Área de Santiago de Compostela-Barbanza.

Antía Durán González.

Enfermeira especialista en Enfermería Familiar e Comunitaria.

Centro de Saúde de Concepción Arenal. Área de Santiago de Compostela-Barbanza.

Diego Gabriel Mosteiro Miguéns.

Enfermeiro especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria.

Centro de Saúde de Concepción Arenal. Área de Santiago de Compostela-Barbanza.

Manuel Portela Romero.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Saúde de Concepción Arenal. Área de Santiago de Compostela-Barbanza.

Coordinación:

M^a Carmen Balboa Salgado.

Vicexerenta do Servizo Galego de Saúde.

Josefina Monteagudo Romero.

Subdirectora Xeral de Humanización e Atención á Cidadanía.

Xerencia do Servizo Galego de Saúde.

Este documento foi aprobado polo pleno do Observatorio Galego contra a discriminación por orientación sexual e identidade de xénero.

Recomendacións para a atención sanitaria na atención primaria das persoas trans no Servizo Galego de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. BREVE GUÍA DE TERMOS E CONCEPTOS RELACIONADOS COA ATENCIÓN A PERSOAS TRANS.....	2
3. DEMOGRAFÍA DA POBOACIÓN TRANS.....	4
4. RECOMENDACIÓNS PARA A ATENCIÓN DE PERSOAS TRANS EN AP.....	4
4.1. Calidade asistencial. Recomendacións para tratar persoas trans.....	4
4.2. Realización da Historia Clínica.....	6
4.3. Consideracións para unha anamnese adecuada.....	6
4.4. Recomendacións para a realización do exame físico.....	7
5. TERAPIA HORMONAL CRUZADA (THC).....	8
5.1. Cambios físicos causados pola THC.....	10
5.2. Contraindicacións da THC.....	11
5.3. Efectos adversos da THC.....	12
6. ATENCIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A PERSOAS TRANS.....	13
6.1. Actividades preventivas e atención da saúde.....	13
6.2. Control dos factores de risco cardiovascular.....	14
6.3. Osteoporose.....	15
6.4. Patoloxía de órganos xenitais.....	16
6.4.1. Patoloxía xinecolóxica en homes trans.....	16
6.4.2. Patoloxía urolóxica en mulleres trans.....	16
6.5. Saúde mental.....	17
6.6. Hábitos de consumo de drogas de abuso.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18

1. INTRODUCCIÓN

A OMS define a Atención Primaria de Saúde (AP) como unha atención sanitaria esencial, baseada en tecnoloxías e métodos prácticos, fundamentados cientificamente e socialmente aceptables, postos á disposición de todas as persoas e familias da comunidade, mediante a súa plena participación, e cun custo que a comunidade e o país pode soportar, en todas e cada unha das etapas do seu desenvolvemento, cun espírito de autoresponsabilidade e autodeterminación (1). Coa intención de cumprir o obxectivo básico de coidado e promoción da saúde en todos os colectivos que conforman a nosa sociedade actual (2), xorde a necesidade de incidir en determinados colectivos nos que as actuacións dende AP están actualmente mal consensuadas ou protocolizadas, como é o caso da atención sanitaria ás persoas trans. Neste contexto, é importante indicar que a Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE 11), desde 2018, coa intención de despatoloxizar e desestigmatizar as persoas trans, deixa de considerar o feito de ser trans como unha patoloxía (3).

As persoas trans adoitan atopar barreiras na atención sanitaria que poden minar a calidade percibida da atención (4). Estas barreiras están relacionadas coa falta dun ambiente cómodo que lles proporcione confianza e seguridade no que se poidan expresar de forma cómoda e aberta. A maioría das persoas trans senten angustia nos centros de AP como resultado do medo a ser discriminadas ou tratadas cun nome ou pronome incorrectos, afectando a saúde mental deste colectivo (5). En cambio, hai evidencias de que cando as persoas trans reciben apoio e coidados de saúde axeitados en AP presentan niveis máis baixos de ansiedade e menos tendencias autolesionais ou autolíticas (6). Por outra banda, a variabilidade asistencial en canto á actuación de profesionais con este colectivo é outra das limitacións actuais. Isto podería estar relacionado coa falta de formación neste campo descrita polo persoal sanitario, o que contribuíría a perpetuar as limitacións asistenciais cara a este colectivo (7-9).

O coidado das persoas trans require un enfoque multidisciplinar e proactivo (10), que aborde os tres niveis de prevención sanitaria e xere un clima de confort dende o primeiro contacto. É fundamental contar con procedementos claros e estruturados que garantan unha atención individualizada, de calidade, que atenda as demandas deste colectivo de pacientes. As recomendacións contidas neste documento teñen como finalidade proporcionar pautas para un enfoque integral e estandarizado de pacientes trans na contorna de AP.

2. BREVE GUÍA DE TERMOS E CONCEPTOS RELACIONADOS COA ATENCIÓN A PERSOAS TRANS

Neste documento utilizamos o termo **persoa trans** para referirnos a aquelas persoas que se identifican cun xénero diferente ou que expresan a súa identidade de xénero de forma diferente ao xénero que se lles asignou ao nacer. A palabra trans é un termo paraugas que engloba identidades de xénero non normativas (transxénero, non binarias, xénero fluído, xénero neutro e outras categorías emerxentes na sociedade). É necesario que a terminoloxía empregada con este colectivo sexa a axeitada [\(11\)](#). En consecuencia, expóñense a continuación (por orde alfabética) os distintos termos que deben coñecer os profesionais sanitarios á hora de dirixirse ás persoas trans, no noso contexto sociocultural:

- **Asexualidade:** identidade das persoas que non senten atracción sexual cara a outras persoas. A asexualidade pode presentarse nun gradiente, desde unha ausencia total de atracción sexual ata unha atracción reducida ou condicional. As persoas asexuais poden manter relacións afectivas e románticas, e a ausencia de atracción sexual non ten por que implicar unha ausencia de libido.
- **Binarismo de xénero (ou sistema binario de xénero):** concepción, prácticas e sistema de organización social xerárquico que parte da idea de que só existen dous xéneros na sociedade, feminino e masculino, asignados ás persoas ao nacer, como homes e como mulleres e sobre os cales se sustenta a discriminación, exclusión e violencia contra calquera identidade, expresión e experiencia de xénero diversa.
- **Cirurxía de afirmación de xénero:** calquera tipo de proceso cirúrxico que se realiza co fin de aliñar o corpo da persoa operada coa súa identidade de xénero. Previamente designadas cirurxías de reasignación de sexo. Inclúen procedementos desde a cirurxía plástica ou cirurxía reconstructiva a cirurxía colorrectal, urolóxica ou xinecolóxica.
- **Condutas disidentes de xénero:** son aquelas condutas que se realizan e que son contrarias aos estereotipos culturais imperantes (atribuídos a cada xénero) producíndose independentemente da identidade ou/e orientación sexual da persoa.
- **Disforia de xénero (DSM V) ou incongruencia de xénero (CIE-11):** entidade psicopatolóxica que fai referencia ao malestar que pode acompañar a incongruencia entre o xénero experimentado ou expresado pola persoa e o xénero que lle foi asignado, aínda que non todas as persoas trans presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia [\(3, 12\)](#).
- **Expresión de xénero:** é a presentación externa dunha persoa a través da aparencia, o comportamento, a vestimenta, o peiteado, a voz, as características físicas, etc. A

expresión de xénero non ten por que ser fixada nin necesariamente coincide co xénero asignado ao nacer, nin coa identidade de xénero da persoa.

- **Identidade de xénero:** é a experiencia interna e individual do xénero profundamente sentida por cada persoa, que pode corresponder ou non ao xénero asignado no momento do nacemento, incluída a experiencia persoal do corpo.

- **Intersexual:** persoa que nace con características sexuais (xenitais, gónadas, cromosomas sexuais, produción hormonal ou sensibilidade a hormonas) que varían do estándar, culturalmente imposto, para homes e mulleres.

- **Orientación sexual:** patrón de atracción sexual, erótica ou amorosa cara a un determinado grupo de persoas definido polo seu xénero ou sexo.

- **Persoa cis (cissexual ou cisxénero):** persoa que se identifica co xénero que se lle asignou ao nacer.

- **Persoa trans:** persoa que non se identifica co xénero que se lle asignou ao nacer.

- **Sexo:** categoría que divide a humanidade en dous grupos aos que se lles supoñen certas características fisiolóxicas comúns (hormonas sexuais predominantes, par sexual cromosómico, e caracteres sexuais primarios e secundarios). Na realidade a bioloxía humana é moito máis complexa dándose múltiples posibles combinacións de hormonas, xenes e aspecto externo, proba do cal son as persoas intersexuais ou as persoas trans.

- **Transfobia:** calquera forma de ideoloxía, actitude ou conduta violenta ou discriminatoria cara ás persoas trans polo feito de ser trans.

- **Transición ou tránsito:** momento no que a persoa se recoñece socialmente segundo a súa identidade de xénero. É habitual que isto implique unha modificación do nome e/ou da vestimenta, así como dos pronomes empregados. Supón un cambio de mirada por parte dos demais no recoñecemento e respecto da súa identidade. Período durante o cal unha persoa trans empeza a vivir como o xénero co que se identifica. A transición pode incluír cambiar o nome, tomar hormonas, someterse a cirurxías de afirmación de xénero, e/ou cambiar os documentos legais para que reflicten o seu xénero. Debe usarse o termo transición e non "cambio de sexo" ou falar de que unha persoa trans "xa está operada". É importante recordar que unha persoa é trans tamén se non comezou a súa transición, ou aínda que non teña pensado transicionar.

- **Xénero:** construto social que xorde como consecuencia histórica da separación da humanidade en dous sexos. As diferentes vivencias, os distintos roles asignados para os dous grupos crean unha serie de experiencias vitais que son comúns a todos os membros de cada grupo pero diferentes entre ambos os colectivos. Tamén se xeran

relacións de poder entre estes grupos e son as mulleres, e persoas que non encaixan en ningún destes dous xéneros, historicamente discriminadas.

- **Xénero asignado:** é o xénero asignado a un bebé acabado de nacer en función da aparencia dos seus xenitais.

3. DEMOGRAFÍA DA POBOACIÓN TRANS

Os datos estatísticos actuais son aínda escasos e cunha marcada heteroxeneidade de resultados, e oscilan entre 1 de cada 30.400 e 1 de cada 200.000 para os homes trans e 1 de cada 11.900 e 1 de cada 45.000 para as mulleres trans [\(11\)](#). En 2015 publicouse unha metaanálise [\(14\)](#) de 12 estudos sobre a proporción de persoas trans sobre a poboación total. Neste estudo, a prevalencia metaanalítica foi de 4,6 por 100.000 persoas; 6,8 para mulleres trans e 2,6 para homes trans. A análise temporal atopou un aumento da prevalencia reportada nos últimos 50 anos. En España hai poucos datos cuantitativos sobre poboación trans. Segundo estudos realizados en 2006 en Andalucía e Cataluña, a proporción de persoas trans en España podería estar entre 1:9.685 e 1:21.031 en mulleres trans e de 1:15.456 a 1:48.096 en homes trans. O cociente de mulleres trans e homes trans estaría entre 4:1 e 2:1 [\(15\)](#).

4. RECOMENDACIÓNS PARA A ATENCIÓN DE PERSOAS TRANS EN AP

No caso das persoas trans, os motivos de consulta nos centros de AP pódense clasificar en 2 grandes categorías:

- Consultas relacionadas coa identidade de xénero e o proceso de transición. Segundo un estudo publicado en Francia en 2021, os motivos de consulta relacionados con este primeiro punto representan preto do 50 % dos motivos polos que as persoas trans solicitan consulta en AP [\(16\)](#).
- Consultas relacionadas con actividades preventivas de programas de AP e asistencia sanitaria. Segundo o citado estudo francés, os motivos de consulta por este segundo punto son similares aos atopados na poboación xeral.

4.1. Calidade asistencial. Recomendacións para tratar persoas trans.

É fundamental crear un clima acolledor e seguro coa persoa trans dende o primeiro contacto, que se reflicta na recepción do contorno sanitario. Todas as persoas profesionais do centro de saúde, dende persoal administrativo, equipo celador, persoal de enfermaría e auxiliares, persoal médico, odontolóxico e farmacéutico,

fisioterapeutas, persoal de traballo social... deben estar formadas e sensibilizadas en todo o relacionado co colectivo trans, para poder ofrecer un acompañamento e unha atención sanitaria de calidade e sen trato discriminatorio.

Dende o inicio do contacto dunha persoa co persoal do centro de saúde, o respecto é fundamental e básico. Para dirixirse ás persoas trans ou referirse a elas cando non están presentes debe facerse usando o nome e xénero gramatical (feminino, masculino ou neutro) co que manifestan desexar ser tratadas, e non realizar asuncións con base no aspecto físico, xa que este cambia progresivamente ao longo da transición. Incluso con boas intencións, é común confundir un home trans que está comenzando a súa transición cunha muller trans ou viceversa.

Durante o primeiro contacto nas consultas de AP recoméndase averiguar que xénero gramatical quere que utilicemos nós. Pode preguntarse directamente ou escoitando se a persoa se refire a si mesma en feminino, masculino ou neutro (se di "estou esgotada" quere dicir que prefere o xénero gramatical feminino).

En caso de non saber con que nome quere ser tratada a persoa, usarase o apelido. En caso de non saber con que xénero gramatical desexa ser tratada a persoa, tentarán usarse expresións neutras (por exemplo, en vez de dicir "sénteste fatigado?" ou "sénteste fatigada?", dirase "sentes fatiga?" ou equivalente). É importante que as persoas profesionais que traten con persoas trans coñezan o seu nome sentido, podendo anotalo, co seu consentimento, namentres non se produza a adecuación rexistral de nome e sexo.

Recoméndase evitar tratar as persoas trans con base no xénero que lles foi asignado ao nacemento. O incumprimento destas recomendacións é unha falta de respecto que pode dar lugar a situacións de tensión nas consultas, áreas de recepción, espera ou administrativas, e unha subseguinte perda de confianza por parte da persoa cara ao persoal sanitario.

É fundamental que o equipo de AP desenvolva accións de sensibilización a nivel comunitario e profesional para promover o proceso de despatoloxización das persoas trans e previr actitudes transfóbicas.

É importante evitar facer que as persoas trans acudan numerosas veces ao centro médico para recibir a atención que desexan e precisan de xeito innecesario, xa que a dilatación no tempo e o paso por distintos profesionais é interpretado como un cuestionamento da súa identidade e capacidade de decisión sobre a súa saúde. Os estudos amosan que as persoas trans adoitan enfrontar esperas de meses ou anos sen ningunha xustificación médica antes de comezar tratamentos de afirmación de xénero, e estas esperas teñen como resultado unha perda de confianza por parte das persoas trans cara ao persoal sanitario e ao sistema de saúde.

4.2. Realización da Historia Clínica

A información recollida na entrevista e a xerada polo persoal sanitario quedará reflectida na historia clínica. Non se pode obter unha historia completa nunha soa visita. A anamnese debe recoller información relacionada con:

- Historial persoal.
- Procesos de afirmación de xénero (cirurxías e hormonación): é esencial unha historia completa do uso da terapia hormonal e as intervencións cirúrxicas de afirmación de xénero.
- Historial de vacinacións.
- Historia psicolóxica/psiquiátrica: debe realizarse unha avaliación dos trastornos do estado de ánimo (especialmente depresión e ansiedade), consumo de substancias e trastorno de estrés postraumático (incluíndo antecedentes de trauma ou abuso físico, sexual ou emocional). Ao tratarse dun colectivo suxeito a múltiples formas de discriminación e violencia, a poboación trans presenta en maior medida síntomas de depresión e ansiedade, así como taxas máis altas de ideación suicida en comparación coas persoas cis (non trans). A presenza destes síntomas non debe empregarse como escusa para negar ou postergar o acceso a procedementos de afirmación de xénero.
- Antecedentes de maltrato: débese indagar, como xa se indicou no punto anterior, sobre posibles antecedentes de trauma ou maltrato físico, sexual ou emocional. As persoas LGBTI, en especial as persoas trans, son máis vulnerables a este tipo de violencias que a poboación xeral. Non debe nunca asumirse que a identidade de xénero ou comportamentos disidentes de xénero son consecuencias deste trauma ou maltrato, isto é un mito sen base científica.
- Historia sexual: facer un historial de saúde sexual dunha persoa LGBTI require unha especial sensibilidade polo estigma social. Debe evitarse facer preguntas invasivas sobre a sexualidade que non teñan unha xustificación médica clara, e sempre debe informarse do motivo da pregunta. A saúde e benestar sexual teñen un grande impacto sobre a saúde física e mental das persoas, e polo tanto toda posible disfunción debe ser recollida nunha correcta anamnese. Non hai que esquecer a necesidade ou non de anticoncepción.

4.3. Consideracións para unha anamnese adecuada

- Non se deben facer supostos de xénero en función da imaxe ou comportamento da persoa trans.

- Recoméndase preguntar, antes de iniciar a exploración física, sobre os procesos de afirmación de xénero actuais ou pasados (hormonoterapia, cirurxías).
- Explicar sempre o motivo das preguntas.
- Asegurar e explicar que se garante a confidencialidade.
- Informar sobre o circuíto asistencial hospitalario e os recursos de apoio existentes (asociacións, etc.).
- Informar sobre o tratamento: posibilidades, eficacia, problemas e efectos secundarios, de xeito claro, honesto e realista.
- Utilizar estratexias de asesoramento para facilitar a toma de decisións respectando o dereito á autodeterminación da súa identidade.
- Resolver dúbidas (mitos, medos, etc.).
- Derivar ás unidades hospitalarias, se é o caso, con compromiso de apoio e seguimento (repetición de tratamentos hormonais, elaboración de informes en caso necesario, sensibilidade á hora de tratar a diferenza).

4.4. Recomendacións para a realización do exame físico

- As persoas trans poden sentirse incómodas co seu corpo e atopar traumáticos algúns elementos do exame físico.

Ademais, é necesario ter en conta e valorar que as persoas trans poden presentar:

- Feridas cutáneas na rexión pectoral e xenital debido ao uso de accesorios (cintas, faixas) para ocultar características sexuais non desexadas.
- Condicións dermatolóxicas derivadas do uso da terapia hormonal (acne, dermatite de contacto, caída do cabelo). Nestes casos cómpre primeiro buscar alternativas de tratamento hormonal que reduzan os efectos secundarios, co fin de evitar prescrición en cascada e polifarmacia.
- Alteracións analíticas derivadas do uso da terapia hormonal (hiperlipidemia, hipertransaminasemia, trombocitose, hiperprolactinemia, diminución do PSA).

- Psicopatoloxía derivada da transfobia que padecen directa ou indirectamente nos diferentes ámbitos da súa vida cotiá (ansiedade, estrés postraumático, depresión, insomnio, illamento social, trastornos da conduta alimentaria, hábitos tóxicos, automutilación, risco de suicidio).
- Problemas de saúde sexual e reprodutiva (infertilidade, disfunción eréctil e/ou disfuncións sexuais, trastornos emocionais, anticoncepción, ITS).

5. TERAPIA HORMONAL CRUZADA (THC)

É importante ter en conta que non todas as persoas trans optan por someterse a procesos hormonais (ou intervencións cirúrxicas) para a afirmación de xénero. As decisións sobre a transición de xénero son persoais e varían en función das experiencias individuais.

Na [táboa 1](#) móstranse os diferentes principios activos coa súa indicación, dosificación, mecanismo de acción e precaucións.

Táboa 1 . Principios activos, dosificación, mecanismo de acción e precaucións da terapia hormonal cruzada (THC).

Formulación	Indicación	Dosificación	Mecanismo de acción	Precaución
valerato de 17B-estradiol	THM	2-6 mg/día vo	acción estroxénica	Risco aterotrombótico
Estróxenos transdérmicos	THM	Parches 100 mcg /3 días	acción estroxénica	irritación da pel
Etinilestradiol	THM	50-100 mcg /día	acción estroxénica	Risco aterotrombótico
Acetato de ciproterona	THM	50 mg dvd vo (100 mg/día)	Agonista parcial de andróxenos	Risco de hepatotoxicidade
Espirinolactona	THM	100 mg dvd vo (200 mg/día)	Inhibición directa da secreción de T, inhibición da unión de T ao seu receptor	Risco de hiperpotasemia

Formulación	Indicación	Dosificación	Mecanismo de acción	Precaución
Flutamida	THM	250 mg dvd (500 mg/día)	A inhibición da unión de T ao seu receptor non diminúe a concentración de T	Risco de hepatotoxicidade
Triptorelina	THM	3,75 mg im/mes	Análogos de GnRH, con inhibición completa da xénese de esteroides testiculares	Pode causar perda ósea que aumenta o risco de osteoporose
Enantato de testosterona	TMH	100 mg/s ou 200 mg cada 2 semanas im	Acción andróxena	Precaución en pacientes con trombofilia ou factores de risco de tromboembolismo venoso
Xel de testosterona (sobres de dose única; botella de dose axustable)	TMH	5-10 g que conteñen 50-100 mg de testosterona aplicados diariamente	Acción andróxena	Precaución en pacientes con trombofilia ou factores de risco de tromboembolismo venoso
Xel de testosterona (botella de pulsación de dose axustable)	TMH	0,5-4 g que conteñen 10-80 mgT aplicados diariamente	Acción andróxena	Precaución en pacientes con trombofilia ou factores de risco de tromboembolismo venoso
Undecanoato de testosterona en aceite inxectable de longa acción	TMH	0,5-4 g que conteñen 10-80 mgT aplicados diariamente	Acción andróxena	Precaución en pacientes con trombofilia ou factores de risco de tromboembolismo venoso

Dvd: dúas veces ao día; g: gramos; im: intramuscular; mcg: microgramos; mg: miligramos; T: testosterona; vo: vía oral.

Fonte: Moreno-Pérez, O.: *Transexualidade: control do tratamento*; En Laura Audí Parera, María Luísa Granda Ybern e Eurgenio Berlanga Escalera (Dir.): *Función androgénica en el laboratorio*. Edita: Comité de Comunicación da Sociedade Española de Bioquímica Clínica e Patoloxía Molecular, 2010, p. 374 e 375 (ISBN: 84-89975-40-X).

5.1. Cambios físicos causados pola THC

Os efectos e tempos de masculinización observados en homes trans (persoas trans asignadas muller ao nacer que se identifican como home) móstranse na [táboa 2](#). Os efectos e tempos de feminización observados en mulleres trans (persoas trans asignadas home ao nacer que se identifican como muller) móstranse na [táboa 3](#).

Táboa 2. Efectos e tempos masculinizadores

Efecto	Comezo	Máximo
Pel graxa/acneica	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Crecedemento do pelo facial/corpo	6 a 12 meses	4 a 5 anos
Perda de cabelo no coiro cabeludo	6 a 12 meses	
Aumento da masa/forza muscular	6 a 12 meses	2 a 5 anos
Redistribución de graxa	1 a 6 meses	2 a 5 anos
Amenorrea	1 a 6 meses	
Aumento do tamaño do clítoris	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Atrofia da mucosa vaxinal	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Cambios de voz	6 a 12 meses	1 a 2 anos

Fonte: Hembree W, Cohen- Kettenis P, Gooren L. Endocrine Treatment of GenderDysphoric / Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(11):3869-3903.

Táboa 3. Efectos feminizadores e tempos observados

Efecto	Comezo	Máximo
Redistribución da graxa corporal	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminución da masa muscular e da forza	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Afinamento da pel /redución de graxa	3 a 6 meses	Descoñecido
Diminución do desexo sexual	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Diminución das ereccións espontáneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Disfunción sexual	Variable	Variable
Crecemento do peito	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminución do volume testicular	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminución da produción de espermatozoides	Un estrño	> 3 anos
Diminución do crecemento do cabelo terminal	6 a 12 meses	> 3 anos
Cabelo do coiro cabeludo	Variable	
Cambios de voz	Sen efecto	

Fonte: Hembree W, Cohen- Kettenis P, Gooren L. *Endocrine Treatment of GenderDysphoric / Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102(11):3869-3903.

5.2. Contraindicacións da THC

O tratamento hormonal con estrógenos está contraindicado [\(17\)](#) en caso de antecedentes persoais de:

- Enfermidade tromboembólica, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, enfermidade hepática activa (transaminases máis de 3 veces o límite superior do normal), insuficiencia renal, hipertrigliceridemia severa, obesidade mórbida, diabetes mal controlada, xaquecas graves, antecedentes familiares de cancro de mama, prolactinoma.

No caso do tratamento hormonal con andróxenos, isto está contraindicado en caso de antecedentes persoais de:

- Enfermidade hepática activa, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, hipertrigliceridemia grave, obesidade mórbida, diabetes mellitus mal controlada.

5.3. Efectos adversos da THC

É preciso saber que nas persoas trans con terapia hormonal cruzada existe a posibilidade de que emerxan efectos adversos que se deben vixiar [\(18\)](#):

a) En homes e mulleres trans: o tabaquismo eleva o risco de efectos adversos. Débese recomendar e apoiar o abandono do tabaquismo.

b) En mulleres trans, co uso de estróxenos pode aparecer:

Risco de moderado a alto:

- Hiperprolactinemia marcada.
- Hepatopatía grave (transaminases > 3 veces o límite superior de normalidade).
- Cancro de mama (nas mulleres trans con tratamento estroxénico está aumentado o risco de padecer cancro de mama con respecto aos homes cis; pero segue sendo moito menor que para as mulleres cis).
- Cardiopatía isquémica.

c) En homes trans, pola utilización da testosterona pode producirse:

Risco moi elevado:

- Eritrocitose (hematocrito > 50 %).

Risco de moderado a alto:

- Hepatopatía grave (transaminases > 3 veces ao límite superior de normalidade).

Risco de moderado a baixo:

- Cancro de mama ou útero.

6. ATENCIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A PERSOAS TRANS

Os estudos amosan que as persoas trans están evitando ou atrasando as visitas a centros de saúde por medo a sufrir discriminación e transfobia, o cal ten un impacto sobre a súa saúde física e mental. Unha posible menor demanda de asistencia médica en AP por parte das persoas trans pode xerar un maior infradiagnóstico, subtratamento e infracontrol das patoloxías prevalentes e potencialmente graves.

6.1. Actividades preventivas e atención da saúde

A [táboa 4](#) especifica as recomendacións sobre a realización de actividades preventivas e de cribado en mulleres e homes trans co uso de terapia hormonal de acordo coas evidencias e recomendacións actuais [\(19\)](#).

Táboa 4. Recomendacións para a realización de actividades preventivas e cribado en mulleres e homes trans

	MULLERES TRANS	HOMES TRANS
CANCRO DE MAMA	Para avaliar a posibilidade de cribado en pacientes > 50 anos con factores de risco adicionais de cancro de mama: - Terapia con estróxenos/proxestinas durante >5 anos - Historia familiar - índice de masa corporal (IMC) > 35	Mamas preservadas: programa de cribado do cancro de mama como o resto da poboación indicada
		Posmastectomía: non é necesario realizar probas de detección se non queda tecido mamario
CANCRO CERVICAL	Vaxinoplastia: non é necesario realizar probas de detección	Cérvix intacto: exame de rutina coma o resto da poboación indicada
		Sen cérvix: sen necesidade de probas de detección
CANCRO DE PRÓSTATA	Non se recomenda o cribado do cancro de próstata, como na poboación xeral	N/A
ENFERMIDADE CARDIOVASCULAR	Detectar factores de risco e calcular o risco cardiovascular	Detectar factores de risco e calcular o risco cardiovascular

	MULLERES TRANS	HOMES TRANS
DIABETES MELLITUS	Con estrógenos: posiblemente aumento do risco	Cribado de rutina. Os homes trans con síndrome de ovario poliquístico (SOP) deben ser examinados para detectar diabetes
HIPERLIPIDEMIA	Estrógenos: exame anual de lípidos	Testosterona: cribado anual de lípidos

N/A: non aplicable.

Fonte: Feldman, J. e Deutsch, M.B. Primary care of transgender individuals, UptoDate, Dispoñible en: <https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals>

6.2. Control dos factores de risco cardiovascular

En canto ao risco cardiovascular (RCV), empregaremos as táboas SCORE e SCORE2 (20) para a súa estratificación, como no resto da poboación, pero tendo en conta determinadas particularidades. É importante ter en conta a idade de inicio da terapia hormonal cruzada (THC) para escoller a categoría máis axeitada para cada persoa dentro das táboas de estratificación do risco por sexo (11).

O THC implica unha serie de efectos secundarios dos que debemos ser conscientes en canto ao risco cardiovascular. Fundamentalmente:

- As mulleres trans teñen un CVR máis alto e desenvolven eventos trombóticos (21,22).
- Tanto os estrógenos como a testosterona alteran o perfil lipídico. A terapia con estrógenos aumenta os triglicéridos. A terapia con testosterona tende a diminuír o colesterol de lipoproteínas de alta densidade (HDL), ben de xeito illado ou, con máis frecuencia, en asociación cun aumento do colesterol de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) (23).
- O tratamento con testosterona está relacionado cun aumento da presión arterial sistólica (24).
- Os homes trans con síndrome de ovario poliquístico (SOP) deben ser examinados para detectar diabetes debido ao aumento do risco de desenvolver esta patoloxía.
- Tromboembolismo venoso: as mulleres trans que toman estrógenos poden ter un maior risco de sufrir tromboembolismo venoso.

Nun estudo recente de seguemento realizado en España sobre 227 persoas trans entre 2017 e 2020, comprobouse que as persoas trans desenvolveron cambios nos seus perfís metabólicos no primeiro ano despois do tratamento hormonal. Tanto os homes como as mulleres trans mostraron alteracións precoces no metabolismo de lípidos e carbohidratos, lixeiras elevacións da presión arterial e tendencia a engordar (25). Isto fai necesario realizar intervencións de estilo de vida desde o inicio da terapia hormonal e controis rutineiros da presión arterial e controis analíticos, que inclúan o perfil lipídico. A frecuencia destes controis individualizarase en cada caso en función da estratificación do risco.

Táboa 5. Recomendacións sobre o seguimento das persoas trans*

	SEGUIMIENTO
Exploración física	Determinación de signos de masculinización/feminización, control regular do peso e da presión arterial.
Determinacións analíticas	- Avaliación periódica do perfil lipídico e da hemoglobina glicada. - <u>Mulleres trans:</u> ▪ Avaliar o estradiol e a testosterona cada 3 meses durante o primeiro ano. Despois, de 1 a 2 veces ao ano para controlar os cambios físicos axeitados en resposta aos estrógenos. ▪ Valoración periódica da prolactina (especialmente se hai alteracións visuais, galactorrea ou cefaleas recentes). ▪ Se está a ser tratado con espironolactona, supervise o potasio e a función renal (taxa de filtración glomerular e creatina). - <u>Homes trans:</u> ▪ Hemoglobina, hematocrito e testosterona total cada 3 meses durante o primeiro ano. Despois, de 1 ou 2 veces ao ano para controlar os cambios físicos axeitados en resposta á testosterona.

Fonte: Bermúdez-Pozuelo L, Sordo Del Castillo L, Belza Egozcue MJ, Triviño Caballero R. Atención sanitaria a persoas trans en Atención Primaria. Med Clin (Barc). 2024;163(5):253-259.

6.3. Osteoporose

O THC implica certas alteracións a nivel do metabolismo óseo (26).

O cribado de osteoporose debe ser avaliado en pacientes con factores de risco:

- Tratamento hormonal (tendo en conta a idade de inicio e a duración deste).
- Bloqueo de andrógenos.
- Gonadectomía: a perda de densidade ósea é máis probable despois da gonadectomía naqueles pacientes con outros factores de risco (por exemplo,

pertenza a certas poboacións caucásicas e asiáticas, tabaquismo, antecedentes familiares, alto consumo de alcohol, hipertiroidismo) e nos que non cumpren totalmente a hormonoterapia.

Non hai estudos a longo prazo sobre o risco de fractura, especialmente nunha poboación trans de adultos maiores. Segundo a evidencia dispoñible, propónse realizar un estudo analítico do metabolismo óseo e da densitometría á idade de 65 anos, considerando baixalo a 50-64 anos en caso de presentar factores de risco (27). Por outra banda, en todos os casos hai que insistir nas medidas hixiénico-dietéticas: alimentación saudable, exercicio físico de resistencia e considerar a suplementación con calcio e vitamina D (28).

6.4. Patoloxía de órganos xenitais

Na historia clínica de pacientes hai que rexistrar os órganos xenitais presentes na actualidade e as intervencións cirúrxicas para a afirmación de xénero, xa que hai que telo en conta á hora de diagnosticar e tratar as patoloxías xinecolóxicas e urolóxicas en persoas trans. A continuación recóllense observacións relevantes para persoas trans que manteñen os seus xenitais de nacemento, mais cabe ter en conta que unha vez realizada unha vaxinoplastia ou unha faloplastia é importante ter presente na atención médica o cambio nos xenitais.

6.4.1. Patoloxía xinecolóxica en homes trans

- Nos homes trans en tratamento con testosterona (con amenorrea secundaria) que conservan o cérvix e o útero e que presentan hemorraxia vaxinal inexplicable, debemos ter en conta o cancro de endometrio como parte do diagnóstico diferencial.
- En relación á patoloxía infecciosa, debemos considerar a posibilidade de enfermidade inflamatoria pélvica (EIP) se ten relacións vaxinais no caso de conservar útero e trompas.

6.4.2. Patoloxía urolóxica en mulleres trans

- As mulleres trans conservan a súa próstata mesmo despois da cirurxía de afirmación de xénero, polo que seguen en risco de padecer cancro de próstata (29).
- As mulleres trans tratadas con estróxenos presentan atrofia da próstata. En caso de sospeita de patoloxía da próstata, debemos ter en conta que os valores de PSA diminúen en comparación coa poboación xeral, polo que o punto de corte de PSA>4ng cse considera inadecuado para sospeitar de patoloxía prostática maligna en mulleres trans. Hai autores que indican que o punto de corte debe establecerse en PSA>1ng (30).

- Algúns estudos publicados recomendan revisións periódicas de próstata con exploración rectal dixital a partir dos 50 anos para o diagnóstico precoz da patoloxía da próstata [\(31\)](#), aínda que actualmente non se aproba o cribado do cancro.
- En relación coa patoloxía infecciosa, a prostatite debe entrar no diagnóstico diferencial no caso de mulleres trans que presenten tecido prostático.

6.5. Saúde mental

As persoas trans teñen unha maior prevalencia de patoloxías relacionadas co ámbito da saúde mental. Os estudos indican un maior risco de depresión, ansiedade e ideación autolesiva e autolítica [\(32\)](#). Isto débese, en boa medida, ao estigma e discriminación que sofren e ao contexto de vulnerabilidade psicosocial no que se atopan inseridos [\(33\)](#). A AP é o punto de entrada ao noso sistema sanitario e en moitos casos o persoal médico e de enfermaría son as figuras máis próximas ás pacientes. É por iso que debemos ser conscientes deste risco e prestar atención para identificar canto antes os problemas relacionados coa saúde mental nas persoas trans, para poder prestarlles a axuda que precisen.

6.6. Hábitos de consumo de drogas de abuso

Por outra banda, debemos investigar activamente os hábitos de consumo de drogas de abuso (tabaco, alcohol e outras substancias adictivas). Nun estudo realizado en España e publicado en 2019 [\(34\)](#) no que se compararon os patróns de consumo de substancias nunha gran mostra de homes e mulleres trans en Cataluña coa poboación xeral, indícase que o patrón de consumo de substancia nas persoas trans, excepto a cocaína, foi similar entre as persoas trans de ambos os xéneros recollidos no estudo, e é similar ao patrón de consumo masculino na poboación xeral. Porén, o consumo de cocaína foi ata dez veces maior no grupo de mulleres trans en comparación co resto dos grupos. O abuso de substancias está asociado a factores como o alto risco de exclusión social [\(35\)](#), a participación no traballo sexual [\(36\)](#) e a infección polo VIH, sobre todo entre as mulleres trans [\(37\)](#).

Coñecer os hábitos de consumo das persoas trans é importante para levar a cabo actividades preventivas, desde os centros de saúde debemos salientar a importancia dos estilos de vida saudables. Os profesionais de AP deben ofrecer a mellor atención sanitaria, adaptándose ás circunstancias e características individuais de cada paciente ou grupo de persoas [\(38\)](#). Isto contribuirá a mellorar a saúde global, proporcionando unha atención personalizada e integral a toda a comunidade.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978 [citado o 17 de decembro de 2023]. Dispoñible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf>
2. Guerrero-Alonso P, Corona-Mata D. Diversidad sexual en atención primaria [Sexual diversity in primary care]. Semergen. 2023 May-Jun;49(4):101906. doi: 10.1016/j.semerg.2022.101906.
3. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª revisión [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado o 21 de setembro de 2024]. Dispoñible en: <https://icd.who.int/es>
4. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. Ann Emerg Med. 2014 Jun;63(6):713-20.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.09.027. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24184160.
5. Guss CE, Woolverton GA, Borus J, Austin SB, Reisner SL, Katz-Wise SL. Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study. J Adolesc Health. 2019 Sep;65(3):344-349. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.03.009. Epub 2019 Jun 18.
6. Treharne GJ, Carroll R, Tan KKH, Veale JF. Supportive interactions with primary care doctors are associated with better mental health among transgender people: results of a nationwide survey in Aotearoa/New Zealand. Fam Pract. 2022 Sep 24;39(5):834-842. doi: 10.1093/fampra/cmab005.
7. Wylie K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. Lancet. 2016 Jul 23;388(10042):401-411. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00682-6.
8. Taylor O, Rapsey CM, Treharne GJ. Sexuality and gender identity teaching within preclinical medical training in New Zealand: content, attitudes and barriers. N Z Med J. 2018 Jun 22;131(1477):35-44.
9. Crowley D, Cullen W, Van Hout MC. Transgender health care in primary care. Br J Gen Pract. 2021 Jul 29;71(709):377-378. doi: 10.3399/bjgp21X716753.
10. Abreu PD, Palha PF, Andrade RLP, Almeida SA, Nogueira JA, Monroe AA. Integral health care for transgender adolescents: subsidies for nursing practice. Rev Lat Am Enfermagem. 2022 Nov 25;30(spe):e3810. doi: 10.1590/1518-8345.6276.3810
11. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644.
12. Disforia de género. En: DSM-5-TR® : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 5ª edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2024. p.511-520
13. HIV y SIDA. Documentos e informes [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado o 21 de setembro de 2024]. Dispoñible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/ciudadanos.htm>
14. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry. 2015 Sep;30(6):807-15. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.

15. Caimari Jaume M et al. Protocolo integral de atención sanitaria de personas trans* de las Islas Baleares [Internet]. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2019 [consultado o 21 de setembro de 2024]. Disponible en: https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19045/PROTOCOLO%20TRANS_ESP.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Garnier M, Ollivier S, Flori M, Maynié-François C. Transgender people's reasons for primary care visits: a cross-sectional study in France. *BMJ Open*. 2021 Jun 24;11(6):e036895. doi: 10.1136/bmjopen-2020-036895.
17. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I; 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) [Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism. SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN)]. *Endocrinol Nutr*. 2012 Jun-Jul;59(6):367-82. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2012.02.001.
18. Protocolo de atención sanitaria a persoas Trans* [Internet]. Las Palmas: Servicio Canario de Salud; 2019 [consultado o 21 de setembro de 2024]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/86ec59ce-4599-11e9-818e-95d9eacc801e/ProtocoloAtencSanitariaTrans.pdf>
19. Feldman J. Primary care of transgender individuals [Internet]. En: UpToDate, Elmore JG (ed) . Waltham, MA: UpToDate. [citado o 21 de setembro de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals>
20. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021 Jul 1;42(25):2439-2454. doi: 10.1093/eurheartj/ehab309
21. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, Kaufman JM, T'Sjoen G. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013 Sep 13;169(4):471-8. doi: 10.1530/EJE-13-0493.
22. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde WP, van Trotsenburg MA, Gooren LJ. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*. 2011 Apr;164(4):635-42. doi: 10.1530/EJE-10-1038. Epub 2011 Jan 25.
23. Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010 Jan;72(1):1-10. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x.
24. Dutra E, Lee J, Torbati T, Garcia M, Merz CNB, Shufelt C. Cardiovascular implications of gender-affirming hormone treatment in the transgender population. *Maturitas*. 2019 Nov;129:45-49. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.08.010.
25. Sánchez-Toscano E, Domínguez-Riscart J, Larrán-Escandón L, Mateo-Gavira I, Aguilar-Diosdado M. Cardiovascular Risk Factors in Transgender People after Gender-Affirming Hormone Therapy. *J Clin Med*. 2023 Sep 23;12(19):6141. doi: 10.3390/jcm12196141.
26. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.

27. Radix A, Deutsch MB. Bone health and osteoporosis. UCSF Transgender Care & Treatment Guidelines [Internet]. San Francisco: University of California; 2016 [citado o 21 de setembro de 2024]. Dispoñible en: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/bone-health-and-osteoporosis>
28. Weaver CM, Alexander DD, Boushey CJ, Dawson-Hughes B, Lappe JM, LeBoff MS, Liu S, Looker AC, Wallace TC, Wang DD. Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: an updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporos Int.* 2016 Jan;27(1):367-76. doi: 10.1007/s00198-015-3386-5
29. Nik-Ahd F, De Hoedt A, Butler C, Anger JT, Carroll PR, Cooperberg MR, Freedland SJ. Prostate Cancer in Transgender Women in the Veterans Affairs Health System, 2000-2022. *JAMA.* 2023 Jun 6;329(21):1877-1879. doi: 10.1001/jama.2023.6028.
30. Nik-Ahd F, Anger JT, Cooperberg MR, Freedland SJ. Prostate cancer is not just a man's concern - the use of PSA screening in transgender women. *Nat Rev Urol.* 2023 Jun;20(6):323-324. doi: 10.1038/s41585-023-00780-9.
31. Sterling J, Garcia MM. Cancer screening in the transgender population: a review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Transl Androl Urol.* 2020 Dec;9(6):2771-2785. doi: 10.21037/tau-20-954
32. Pinna F, Paribello P, Somaini G, Corona A, Ventriglio A, Corrias C et al.; Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. Mental health in transgender individuals: a systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2022 May-Jun;34(3-4):292-359. doi: 10.1080/09540261.2022.2093629.
33. Aristegui I, Zalazar V, Radusky PD, Cardozo N. De la psicopatología a la diversidad: salud mental en personas trans adultas. *Perspect. Psicol.* 2020;17(1):21-31
34. Gómez-Gil E, Simulionyte E, Balcells-Oliveró M, Valdés M, Salamero M, Guillamón A, et al. Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en personas transexuales entre transexuales. *Adicciones.* 2019 Jul 1;31(3):189-195. doi: 10.20882/adicciones.945.
35. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. *Addict Behav.* 2017 Sep;72:151-158. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.03.022.
36. Sausa LA, Keatley J, Operario D. Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. *Arch Sex Behav.* 2007 Dec;36(6):768-77. doi: 10.1007/s10508-007-9210-3
37. Reback CJ, Fletcher JB. HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviors among transgender women recruited through outreach. *AIDS Behav.* 2014 Jul;18(7):1359-67. doi: 10.1007/s10461-013-0657-z.
38. Sánchez-Varela N, Ferreiro-Abuin L, Durán-González A, Mosteiro-Miguéns DG, Portela-Romero M. Recomendacións para la atención de la salud en Atención Primaria de las personas transgénero. *Semergen.* 2024 Jul-Aug;50(5):102222. doi: 10.1016/j.semerg.2024.102222.

Servizo Galego de Saúde	
Xerencia Servizo Galego de Saúde Protocolo	38 D