

Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia

Proceso Asistencial Integrado



Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia

Proceso Asistencial Integrado

ATENCIÓN sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores-as, Tinahones Madueño, Francisco José (coordinador) ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2016

Texto electrónico (pdf), 55 p.

1. Transexualismo 2. Personas transgénero
3. Servicios de salud para las personas transgénero
4. Menores 5. Calidad de la atención de salud 6. Guía de práctica clínica 7. Andalucía I. Tinahones Madueño, Francisco José II. Andalucía. Consejería de Salud
WA 300

1ª Edición, 2016



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANSEXUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud.**

Maquetación: **Kastaluna**

ISBN: **978-84-947313-0-3**

Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/salud

Repositorio Institucional SSPA: www.repositoriosalud.es

Autores/as: **Tinahones Madueño, Francisco José (Coordinador)**

Médico. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Director de la UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria y Hospital Regional de Málaga.

Asensi Díez, Rocío

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativa Especialista de Área. UGC Farmacia. Hospital Regional de Málaga.

Callejas Pozo, José Emilio

Médico. Especialista en Pediatría. UGC La Zubia. Granada.

Hoyos Gurrea, Raúl

Médico. Especialista en Pediatría. Facultativo Especialista de Área. UGC Médico Quirúrgica de la Infancia. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

López Narbona, Marta

Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

López Siguero, Juan Pedro

Médico. Especialista en Pediatría. Endocrinología Pediátrica, UGC de Pediatría. Hospital Regional de Málaga.

Martínez Rubio, Ana

Médica. Especialista en Pediatría. UGC Camas. Sevilla.

Rodríguez Salamanca, Eva María

Trabajadora Social. UGC Torreblanca. Sevilla.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Sevilla.

Velázquez Martínez, Antonio

Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Sevilla.

Nuestro agradecimiento a Soledad Márquez Calderón que apoyó la búsqueda sistemática y participó en el desarrollo inicial del Proceso Asistencial y a la AETSA que nos facilitó la búsqueda sistemática realizada para elaboración de la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.

Declaración de intereses: Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que constan en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión Servicio Andaluz de Salud (SAS):

externa:

- Subdirección de Farmacia y Prestaciones.
- Subdirección Accesibilidad y Continuidad Asistencial.
- Subdirección de Gestión Sanitaria.
- Subdirección de Coordinación de Salud.

Sociedades científicas: De las sociedades consultadas, se han recibido aportaciones para la revisión externa del documento de:

- Asociación Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (AAFAP).
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).
- Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental (AAPSM).
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS).
- Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAP-Andalucía).

Asociaciones de personas transexuales: De las asociaciones consultadas, revisión externa del documento de:

- Asociación de Madres, Padres y Familiares de LGTBI (AMPYL).
- CHRYSALLIS. Asociación de Familias de Menores Transexuales.
- Fundación Daniela.

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

María Isabel Baena Parejo

Directora General de Investigación
y Gestión del Conocimiento

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 17

Descripción general / 19

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 21

Recursos / 41

Competencias específicas del equipo de profesionales / 43

Representación gráfica: Representación Global / 45

Indicadores / 47

Acrónimos / 51

Referencias Bibliográficas / 53

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones	Grado
Se realizará una entrevista para concretar las demandas de la familia y/o el/la menor para responder a sus necesidades, en función de su edad y entorno.	AG ⁵
Considerar, de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores la oportunidad de hacer una interconsulta a la Unidad de Salud Mental Comunitaria para asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y ante dudas sobre la autenticación de la identidad sexual.	AG ^{5,31}
Informar, específicamente, sobre la posibilidad de recibir tratamiento hormonal para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados mediante bloqueadores de la pubertad, y/o tratamiento hormonal cruzado para propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados.	AG ^{5,6}
Se solicitarán pruebas complementarias dirigidas a descartar procesos que contraindiquen o condicionen la terapia hormonal, asegurando la identificación y verificación de la identidad de la persona.	AG
Se explorará la fase evolutiva del desarrollo puberal con el objeto de identificar el momento óptimo de realizar la interconsulta a la UAPT, que se ha considerado el estadio de Tanner II (botón mamario en niños transexuales, testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales).	AG ^{6,7,10,11}
Informar sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, previo a la realización de la interconsulta a la UAPT, valorando la medicación habitual, en su caso, y sus posibles interacciones con la nueva prescripción.	AG ^{6,7}
En la historia de salud quedará reflejada la información recogida y los contenidos de la información dada al/la menor y adolescente, sus tutores o representantes legales.	AG
Se solicitará interconsulta a la UAPT para tratamiento hormonal: <ul style="list-style-type: none"> Las/os niñas/os cuyo desarrollo puberal se encuentre ya iniciado, en fase de Tanner II (botón mamario en niños transexuales, testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales) serán derivados en un plazo no superior a 3-6 meses desde que se produzca dicha circunstancia. Las/os niñas/os con desarrollo puberal correspondiente a un estadio Tanner III ó IV, deberán ser remitidos de forma inmediata, para inicio de bloqueo hormonal. Las/os niñas/os con desarrollo puberal completo correspondiente a un estadio Tanner V (niños transexuales con menarquia, niñas transexuales con testículos con volumen de 20 cc o superior), se debe valorar el inicio de la terapia hormonal cruzada o alguna terapia puente. 	AG

<p>Antes del inicio de la terapia hormonal se informará al niño/ adolescente y a los padres/tutores en los menores de 16 años, de forma detallada del plan terapéutico a realizar, de los posibles efectos secundarios de la medicación, de la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico y de la reversibilidad/ irreversibilidad de los efectos, con especial hincapié si se utiliza un medicamento en condiciones diferentes de las autorizadas, obteniéndose el consentimiento informado escrito por representación, atendiendo al marco legal.</p>	<p>AG^{6,32,33}</p>
<p>Se recomienda ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal por el profesional de Salud Mental de la UAPT.</p>	<p>AG</p>

<p>Recomendaciones de no hacer</p>	<p>Grado</p>
<p>Aplicar códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad.</p>	<p>AG</p>
<p>Establecer como requisito previo a la terapia hormonal, la valoración por la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC).</p>	<p>AG</p>

Introducción

La transexualidad es una variante más de la diversidad humana, que se puede manifestar desde la más temprana infancia y que, en ocasiones, requiere de algunas actuaciones en el ámbito sanitario.

Este Proceso asistencial da respuesta a una obligación legal, ya que la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía dice en su artículo 10.3 que “... La Consejería competente en materia de salud establecerá un procedimiento asistencial de atención a las personas transexuales que contendrá los criterios, objetivos y estándares de atención recogidos en las recomendaciones internacionales en la materia, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley. Dicho procedimiento se elaborará en colaboración con personas transexuales y entidades que las representan”¹. Pero también, es una obligación moral ante la diversidad y la dignidad de las personas y se aborda en el marco de la despatologización.

El concepto de identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente profundamente y está generalmente acompañada del deseo de vivir y recibir aceptación como miembro de dicho género e incluso del deseo de modificar, mediante métodos hormonales, en el caso de la infancia y adolescencia, el propio cuerpo, para hacerlo lo más congruente con el sexo-género sentido como propio, de ahí que el PAI aborde el recorrido asistencial necesario para dar respuesta a esta expectativa y a garantizar los derechos de las personas menores en relación a los problemas específicos de identidad de género.

Andalucía fue la primera Comunidad Autónoma que incluyó la asistencia sanitaria de las personas transexuales en su cartera de servicios, inicialmente en una Unidad centralizada para toda la comunidad, en Málaga, si bien tras la ley 2/2014 de 8 de julio se decide la descentralización de la asistencia y se recomienda la creación de unidades provinciales para garantizar la incorporación de las nuevas expectativas sociales, avalando, en todo caso, los principios de seguridad, calidad y accesibilidad.

El PAI Atención Sanitaria a Personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia se realiza con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica asistencial en los diferentes ámbitos de atención, incorporando el conocimiento disponible y el consenso profesional, con la participación de las Asociaciones implicadas en dos momentos distintos: al inicio para garantizar su enfoque y en la revisión externa con el objetivo de proporcionar mayor calidad, confianza y aceptación.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica orientada a localizar guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con la atención sanitaria a personas transexuales. En la búsqueda y selección no se hizo ninguna limitación por edad. El período de la búsqueda sistemática comprendió desde el 1 de enero de 2008 al 15 de octubre de 2015, con posteriores actualizaciones.

Se realizó una **búsqueda principal** (en repositorios de guías de práctica clínica y sitios Web de organizaciones diversas), a partir de la cual se seleccionaron las GPC a utilizar para la actualización del PAI, y posteriormente una **búsqueda complementaria** en Medline y Embase, con objeto de localizar si había alguna guía adicional. La documentación hallada en estas búsquedas se comparó posteriormente con la encontrada en un informe realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, para comprobar la exhaustividad.

En la **búsqueda principal** se consultaron las siguientes fuentes:

- **Repositorios de guías de práctica clínica:**

Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse, Tripdatabase, Canadian Medical Association Infobase, Australia´s Clinical Practice Guidelines Portal (del National Health and Medical Research Council) y Guía Salud.

- **Sitios Web de organizaciones que elaboran guías y asociaciones profesionales:**

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), British Columbia Guidelines, Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC), New Zealand Guidelines Group, World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Gender Identity Research and Education Society (GIRES), Endocrine Society, European Society of Endocrinology, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), World Psychiatric Association (WPA), American Psychiatric Association, American Psychological Association, European Psychiatric Association, Royal College of Psychiatrists, Sociedad Española de Psiquiatría.

Se localizaron 29 documentos (tras eliminar duplicados), a partir de los cuales se realizó una primera selección. Mediante el título o lectura parcial del documento, se descartaron 19 de los 29, bien porque se ocupaban de aspectos muy específicos o colaterales o porque claramente se trataba de textos basados en opinión de expertos o posicionamientos de sociedades científicas (position papers). Se eligieron 10 documentos para una lectura en mayor profundidad: Adelson, S. L., & of Child, T. A. A. (2012)²; American Psychological Association (2015)³; Bourns, A 2015⁴; Coleman, E 2012⁵; Hembree, WC 2009⁶; Moreno-Pérez O 2012⁷; NHS 2013⁸; Royal College of Psychiatrists 2013⁹ y 2 documentos de Merigiola MC^{10,11}.

De ellos, una vez analizados en detalle, **se seleccionaron 7 documentos:**

- **2 documentos como guías clave** para la elaboración del PAI:
 - La guía de la Endocrine Society sobre tratamiento endocrino en personas transexuales⁶: Se trata de la única guía que usa un sistema de gradación para sus recomendaciones (concretamente el sistema GRADE¹²), que gradúa tanto la evidencia como la fuerza de las recomendaciones y tiene además una metodología explícita. A pesar de ello, cabe reseñar que la mayor parte de las recomendaciones de esta guía se basan en evidencias de baja y muy baja calidad, ya que la investigación sobre la atención sanitaria a personas transexuales es escasa y de tipo observacional.
 - Los estándares de atención de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH)⁵: Esta guía no gradúa las recomendaciones ni la evidencia científica y tampoco señala una lista de recomendaciones como tal (hay que extraerlas del texto). Sin embargo, se ha incluido como guía clave por ser un documento al que se refieren todas las guías sobre atención a personas transexuales y que es considerado el estándar del que parten la mayoría de ellas. Además, incluye (en anexos) una revisión narrativa de la literatura y una explicación de la metodología seguida.
- **5 documentos como guías complementarias** para la elaboración del PAI. Estas guías se incluyeron a pesar de que no se habían elaborado con una metodología de guías basadas en la evidencia científica, por considerarse que aportaban algunos aspectos que podían ser de utilidad para complementar a las guías clave:
 - La guía de transexualidad del Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición⁷ se incluyó por ser una guía realizada en el contexto español por profesionales con experiencia, si bien debe tenerse en cuenta que no explicita la metodología seguida para su elaboración.
 - La guía de terapia hormonal en personas transexuales de Rainbow Health Ontario - Sherbourne Health Centre⁴ se incluyó por tener el valor de haber sido realizada con participación de personas transexuales y profesionales de un centro con una larga experiencia de atención sanitaria a personas transexuales. Asimismo, debe tenerse en cuenta que no sigue una metodología de revisión sistemática de la literatura científica.
 - La guía de la American Psychological Association sobre la práctica psicológica en personas transexuales³ se incluyó por aportar aspectos complementarios sobre la práctica psicológica, y haber sido realizada por un grupo de trabajo de profesionales con experiencia, de los que la mitad eran además personas transexuales.
 - Documento de Meriggiola MC por aportar información sobre tratamiento y efectos adversos en mujeres transexuales¹⁰.
 - Documento de Meriggiola MC por aportar información sobre tratamiento y efectos adversos en hombres transexuales¹¹.

- **Los restantes tres documentos se descartaron:**

- Una guía del Royal College of Psychiatrists⁹, centrada en la atención a personas transexuales adultas: se excluyó por no dar ninguna explicación sobre la metodología utilizada, basarse en aportaciones individuales (solicitadas a profesionales de diversas especialidades) sin haber a continuación un ejercicio de consenso del grupo de trabajo.
- Un protocolo del National Health Service⁸: se descartó por no tratarse de una guía de práctica clínica, sino de un protocolo adaptado al NHS británico.
- Un documento de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry² sobre la atención en la infancia y adolescencia a personas LGTB: se descartó por no tratarse de una guía sensu stricto sino de una revisión de la literatura a la que se añaden una serie de principios generales para orientar la atención en psiquiatría.

La **búsqueda complementaria** en Medline se realizó mediante una estrategia basada en los siguientes descriptores (términos Mesh): transgendered persons, transsexualism, gender identity, health services for transgendered persons, sex reassignment procedures. Se limitó por tiempo de publicación (periodo 2008-2015), y tipo de documento (guías, guías de práctica clínica y conferencias de consenso). Se hallaron 12 documentos, de los cuales 2 ya se habían hallado en la búsqueda principal (guías de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y de la Endocrine Society).

De los 10 restantes, en una primera selección (por título y resumen) se eliminaron 6 documentos: 2 por idioma (alemán y japonés), 2 por tratar aspectos muy específicos (colaterales), 1 por tener una versión más actualizada, y 1 por ser un texto de opinión. Quedaron 4 documentos (Daniel H 2015¹³, Workowski KA 2015¹⁴, Fisher AD 2014¹⁵, Byne W 2012¹⁶) y uno adicional (De Vries 2012¹⁷) (hallado en la lista de bibliografía de uno de los anteriores) para una lectura en mayor profundidad. A estos, se añadió un artículo que se localizó al comparar las búsquedas con los documentos encontrados en una revisión de la literatura realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Hembree WC 2011¹⁸).

Tras una revisión detallada, **solo se incluyó uno de los documentos¹⁶ como complementario** a los ya seleccionados a partir de la búsqueda principal. Este documento se consideró de utilidad a pesar de no tratarse de una guía con recomendaciones claras, sino más bien de una revisión amplia de la literatura, realizada por la American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Se incluyó por si en algún momento se necesitara consultar la evidencia existente sobre algún aspecto relacionado con la transexualidad, ya que la revisión de la literatura es muy exhaustiva y bien ordenada.

• **Los otros 5 documentos revisados en detalle se excluyeron** por los siguientes motivos:

- No tratarse de una guía, sino de otro tipo de documentos:
 - Artículo de posicionamiento del American College of Physicians¹³.
 - Texto de descripción del modelo de atención a personas transexuales en infancia y adolescencia en Holanda¹⁷.
- Documento con recomendaciones de un único autor y que no especifica la metodología en la que estas se basan¹⁸.
- Documento de varias sociedades profesionales italianas¹⁵ que explicita estar basado en dos documentos ya seleccionados a partir de la búsqueda principal^{5,6}, por lo que se consideró redundante.
- Guía cuyo tema principal es el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual, que sólo dedica un breve apartado a este tema en personas transexuales¹⁴.

Finalizado el proceso de selección, los documentos incluidos fueron los que aparecen en la tabla 1.

Tabla 1: Documentos clave y complementarios para la elaboración del PAI

Guías clave	Documentos complementarios
Estándares de la WPATH ⁵	Guía de la American Psychological Association ³
Guía de la Endocrine Society ⁶	Guía de Rainbow Health Ontario – Sherbourne Centre ⁴
	Guía de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) ⁷
	Documento de Meriggiola MC sobre tratamiento y efectos adversos en mujeres transexuales ¹⁰
	Documento de Meriggiola MC sobre tratamiento y efectos adversos en hombres transexuales ¹¹
	Informe de la American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder ¹⁶

En la elaboración de las recomendaciones del PAI, se han utilizado los sistemas de gradación específicos de las GPC seleccionadas como guías clave. Adicionalmente, las siglas **AG** (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en las guías de práctica clínica utilizadas.

SISTEMAS DE GRADACIÓN DE RECOMENDACIONES EN LAS GUÍAS USADAS EN EL PAI

Guía de la Endocrine Society ⁶	Usa el Sistema GRADE ¹² . Gradúa las recomendaciones tanto en la calidad de la evidencia científica en que éstas se basan, como en la Fuerza de la recomendación.	
	<i>Calidad de la Evidencia científica</i>	
	<i>Calidad alta</i>	Es difícil que los resultados de nuevos estudios modifiquen la confianza en la estimación del efecto.
	<i>Calidad moderada</i>	La confianza en la estimación del efecto y su magnitud podrían cambiar con nuevos estudios.
	<i>Calidad baja</i>	Es probable que nuevos estudios modifiquen la confianza en la estimación del efecto y su magnitud.
	<i>Calidad muy baja</i>	Cualquier estimación del efecto es muy incierta.
<i>Fuerza de la Recomendación</i>		
<i>Recomendación fuerte</i>	Los beneficios claramente superan a los riesgos y costes (o viceversa). La recomendación es aplicable a la mayoría de personas y circunstancias.	
<i>Recomendación débil</i>	Relación cercana al equilibrio entre los beneficios por un lado y los riesgos y costes por otro (*). El mejor curso de acción podría variar según las circunstancias o los valores de las personas y la sociedad.	

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones encaminadas a dar respuesta a la atención sanitaria a personas transexuales niños/as o adolescentes.

Límite de entrada:

- Personas menores de 18 años, o sus tutores en los menores de 16 años, que solicitan atención sanitaria relacionada con la transexualidad.

Límite final:

- Cuando la persona, o sus tutores en los menores de 16 años decide no continuar con la atención sanitaria relacionada con transexualidad.
- Personas que están recibiendo atención sanitaria relacionada con transexualidad durante la adolescencia y cumplen 18 años (transición a PAI de Atención sanitaria en Personas Transexuales Adultas).

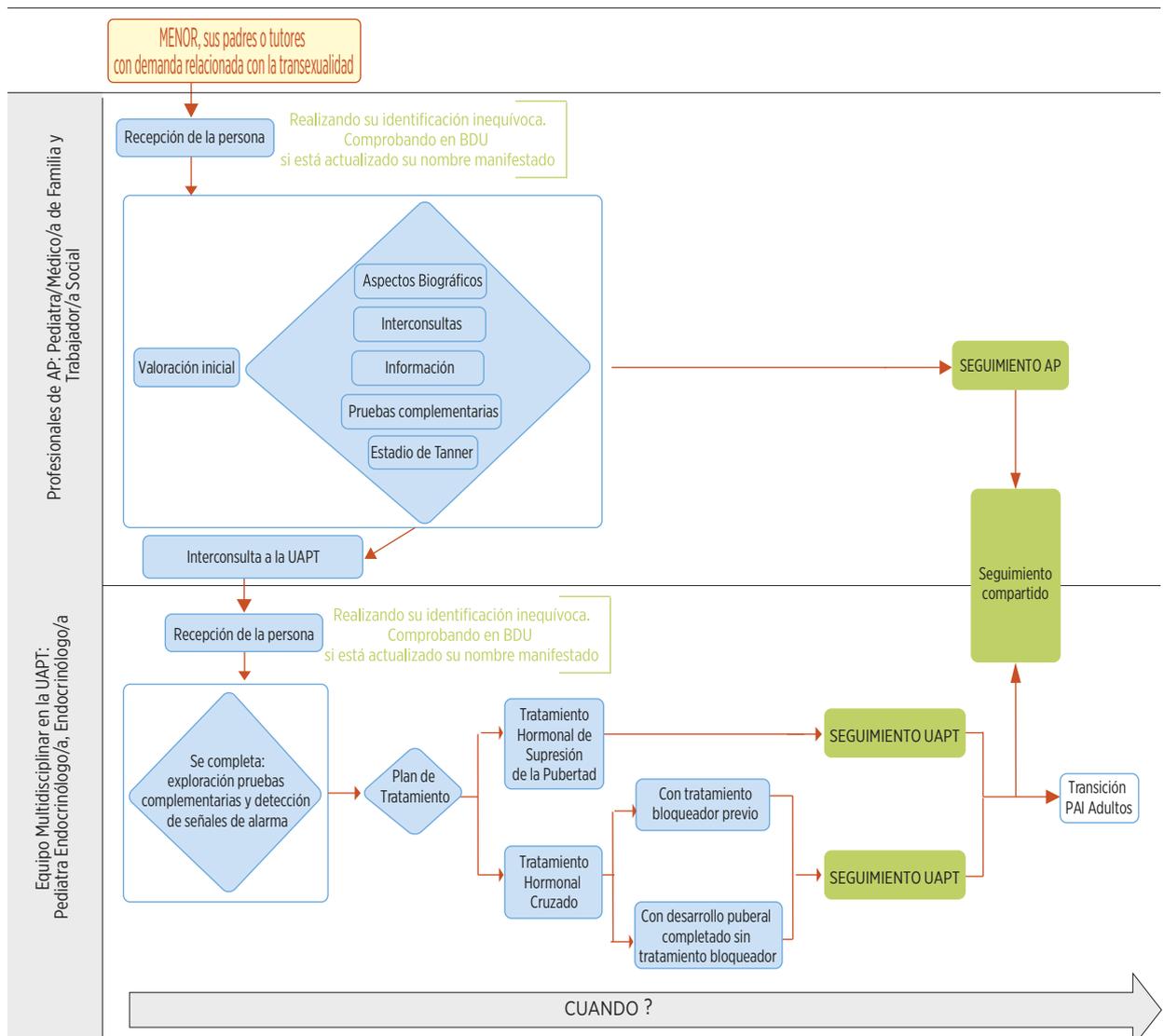
Límites marginales:

- Estados intersexuales.

Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial Integrado a Personas Transexuales en la Infancia y la Adolescencia (en adelante, PAI PTIA) se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona, representando gráficamente: los/as profesionales que desarrollan las actuaciones (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), las actividades o servicios que se realizan (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose todo ello en la Hoja de Ruta.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI: RECORRIDO DE LA PERSONA



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de la persona, se han identificado los/as profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades¹⁹.

Se trata, de incorporar principalmente aquellas características que aportan valor, que son **“puntos críticos de buena práctica”**, considerando e integrando los **elementos y dimensiones oportunas de la calidad**:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad:**
 - Se identifica con el triángulo  las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía^{20,21} y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)²².
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información y toma de decisiones:**
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, la familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía²³, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética²⁴ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del SSPA²⁵.
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones²⁶.
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas²⁷.
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios especificados para la efectividad clínica.

No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de enfermería:** Se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)²⁸ y principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)²⁹.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

SERVICIO DE ATENCION A LA CIUDADANIA (SAC)

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	<p>1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) dirigiéndose a ella respetando su identidad de género manifestada (AG)^{20, 21, 22}.</p> <p>1.2 Se comprobará si en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) está actualizada su identidad de género y su nombre manifestado. En el caso de no estar modificado, se le informará de esta posibilidad (AG)³⁰.</p>

PEDIATRA / MÉDICO/A DE FAMILIA Y TRABAJADOR/A SOCIAL

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL	<p>2.1 Ante una primera demanda relacionada con transexualidad durante la infancia y/o adolescencia, se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a dudas o demandas que manifiesten la persona, los padres o tutores, actuando con competencia apropiada y mostrando la sensibilidad requerida a la atención (AG)⁵.</p> <p>2.2 Dirigirse al niño/a o adolescente con el nombre elegido por él/ella y/o padres o tutores (AG).</p> <p>2.3 Se realizará una entrevista para concretar las demandas de la familia y/o el/la menor para responder a sus necesidades, en función de su edad y entorno (AG)⁵:</p> <p>2.3.1 Los comportamientos referidos por la persona menor, sus padres o tutores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Expresión de la identidad sexual o de género distinta a la asignada al nacer.• Preferencia por roles, nombre y género identificativos, ropas, juguetes y juegos que se asocian comúnmente con un sexo distinto del asignado al nacer.• Rechazo a los roles, juegos, etc. socialmente tipificados como los propios del sexo asignado al nacer.• Sentimientos de infelicidad.• Falta de concentración, miedos e irritabilidad relacionados con su identidad sexual asignada al nacer. <p>2.3.2 Los aspectos biográficos familiares, escolares y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Biografía del/la menor o adolescente y su historia psicosocial y familiar, identificando hechos relevantes acerca de la identidad de género manifestada.• Grado de apoyo y/o respeto a la identidad sexual por los padres o tutores.• Grado de apoyo y/o respeto a la identidad sexual en el ámbito escolar.• Conocimiento y/o contactos previos con asociaciones relacionadas con menores transexuales.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="180 190 341 294">2º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p data-bbox="376 190 1359 335">2.4 Siguiendo las actividades de promoción, prevención y detección precoz, evitación de discriminación, factores de riesgos psicopatológicos y señales de alerta, de salud mental infanto-juvenil en atención primaria, se realizará entrevista dirigida a concretar (AG)^{5,31}.</p> <ul data-bbox="427 363 831 600" style="list-style-type: none"> • Vivencia de ansiedad o depresión. • Fracaso escolar. • Autolesiones. • Ideaciones suicidas. • Trastorno del espectro autista. <p data-bbox="376 623 1359 768">2.5 Considerar, de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores la oportunidad de hacer una interconsulta a la Unidad de Salud Mental Comunitaria para asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y ante dudas sobre la autenticación de la identidad sexual (AG).</p> <p data-bbox="376 791 1359 936">2.6 Considerar, de manera individualizada, con la persona, los padres o tutores la oportunidad de hacer una interconsulta a las unidades de trabajo social si se detectaran factores sociales que condicionan la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria (AG).</p> <p data-bbox="376 958 1359 1103">2.7 (i) Informar sobre la evolución de la identidad sexual desde la infancia hasta la edad adulta, y recomendar la escucha, el respeto y el respaldo familiar para facilitar su aceptación y así permitir el libre desarrollo de una personalidad plena, evitando sentimientos de rechazo, ansiedad o aislamiento (AG)⁵.</p> <p data-bbox="376 1126 1359 1457">2.8 (i) Informar y apoyar a través de todo el proceso (AG).</p> <ul data-bbox="427 1212 1359 1457" style="list-style-type: none"> • Sobre las opciones de tratamiento y sus implicaciones. • Asesoramiento familiar para ayudarles a satisfacer las necesidades de sus hijos de una manera sensible y cuidadosa, asegurándose de que el/la niño/a tenga amplias posibilidades de explorar sus sentimientos y comportamientos de género en un ambiente seguro. • Sugerencias para mantener un entorno seguro y de apoyo en la transición. <p data-bbox="376 1479 1359 1706">2.9 (ii) Se informará, específicamente, sobre la posibilidad de recibir tratamiento hormonal para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados mediante bloqueadores de la pubertad, y/o tratamiento hormonal cruzado para propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados cuando se evidencie que el desarrollo corporal del menor no corresponde con el de su identidad sexual^{5,6}.</p> <p data-bbox="376 1729 1359 1845">2.10 Se solicitarán pruebas complementarias dirigidas a descartar procesos que contraindiquen o condicionen la terapia hormonal, asegurando la identificación y verificación de la identidad de la persona (Δ).</p>



Actividades**Características de calidad****2º
VALORACIÓN
INICIAL**

Las principales pruebas complementarias son (AG):

- Analítica que incluya hemograma, bioquímica completa, función renal, perfil hepático, ionograma, glucemia y perfil lipídico.
- Estudio para descartar la presencia de alteraciones hormonales: hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), estradiol, testosterona, globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), prolactina, hormona estimulante de la tiroides (TSH).
- Radiografía de la mano y muñeca no dominantes.

2.11 En el caso de optar por el tratamiento hormonal, se explorará la fase evolutiva del desarrollo puberal con el objeto de identificar el momento óptimo de realizar la interconsulta a la UAPT, que se ha considerado el estadio de Tanner II (botón mamario en niños transexuales, testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales) (AG)^{6,7,10,11}.

2.12 (i) Informar sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, previo a la realización de la interconsulta a la UAPT, valorando la medicación habitual, en su caso, y sus posibles interacciones con la nueva prescripción^{6,7} (Δ):

2.12.1 Tratamiento hormonal de supresión del desarrollo puberal: Efectos.**Favorables**

Mejora de la autoestima

Evita la aparición de caracteres sexuales secundarios no deseados

Ayuda a consolidar su identidad sexual

Da más tiempo para que la persona explore su transexualidad y otras cuestiones del desarrollo

Permite ganar tiempo en busca del consenso entre el niño, su familia y el equipo médico

Facilita la transición cuando se decide continuar hacia la reasignación de sexo

Cesa la producción esteroides sexuales

Desfavorables

Riesgo de osteoporosis en edad adulta

Aumento del Índice de Masa Corporal

Retraso adquisición masa ósea

Cambios de humor y síntomas depresivos (frecuente)

Actividades**Características de calidad****2º
VALORACIÓN
INICIAL****Desfavorables**

Signos de privación hormonal tipo menopáusico en niños transexuales con pubertad muy avanzada

Posible desarrollo de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

Reducción de talla adulta o final

Inhibición reversible de la fertilidad

Desproporción en segmentos corporales

Migraña

Epifisiolisis de la cabeza femoral

Reacción alérgica generalizada y/o reacción local

Tejido prepucial insuficiente si el bloqueo es precoz en mujeres transexuales para una posterior vaginoplastia

Metrorragia (autolimitada a primeras dosis) en hombres transexuales

2.12.2 Tratamiento hormonal cruzado:**Efectos de la terapia hormonal cruzada****Mujer transexual****Hombre transexual****Favorables**

Mejora de la autoestima

Mejora de la autoestima

Descenso TT, aumento E2

Incremento TT, descenso E2

Hiperplasia mamaria

Atrofia mamaria parcial

Descenso de erección, espermatogénesis y volumen testicular

Hipertrofia de órgano eréctil 3-4 cm

Descenso de vello terminal sexual

Aumento vello terminal sexual

Leve modificación tono voz

Modificación tono de voz

Composición corporal, distribución ginoide de grasa

Composición corporal, aumento masa muscular, distribución androide grasa

Amenorrea secundaria



Actividades**Características de calidad****2º
VALORACIÓN
INICIAL**

Efectos de la terapia hormonal cruzada	
Mujer transexual	Hombre transexual
Desfavorables	
Depresión (antiandrógenos)	Conductas agresivas, psicosis
Descenso libido	Incremento libido
Aumento bilirrubina, prolactina	Acné facial
Trombosis venosa	Alopecia androgénica
Colelitiasis	Poliquistosis ovárica
	Hiperplasia endometrial
	Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

TT: Testosterona total E2: estradiol.

La mayoría de los efectos favorables se inician entre 3 y 6 meses del inicio de la terapia. Efecto máximo entre 2 y 5 años.

2.13 (i) (bc) Se informará de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal, para que llegado el momento se otorgue el consentimiento por escrito³².

2.14 (bc) En la historia de salud quedará reflejada la información recogida y los contenidos de la información dada al/ la menor y adolescente, sus tutores o representantes legales.

2.15 No se aplicarán códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad (AG).

2.16 (i) Una vez adecuadamente informada la persona, o sus padres o tutores legales, de los beneficios y riesgos del tratamiento hormonal, si toma la decisión de seguir este tratamiento, se solicitará interconsulta a la UAPT para tratamiento hormonal (AG):

- Las/os niñas/os cuyo desarrollo puberal se encuentre ya iniciado, en estadio de Tanner II (botón mamario en niños transexuales), testículos con volumen igual o superior a 4 cc en niñas transexuales) serán derivados en un plazo no superior a 3-6 meses desde que se produzca dicha circunstancia.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="188 186 344 288">2º VALORACIÓN INICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 192 1359 261">• Las/os niñas/os con desarrollo puberal correspondiente a un estadio Tanner III ó IV, deberán ser remitidos de forma inmediata, para inicio de bloqueo hormonal. <li data-bbox="437 282 1359 431">• Las/os niñas/os con desarrollo puberal completo correspondiente a un estadio Tanner V (niños transexuales con menarquia, niñas transexuales con testículos con volumen de 20 cc o superior), se debe valorar el inicio de la terapia hormonal cruzada o alguna terapia puente. <p data-bbox="379 451 1359 527">2.17 (i) Se informará de la composición del equipo multidisciplinar que constituyen la UAPT, así como de los procedimientos para el acceso a consulta.</p> <p data-bbox="379 560 1359 594">2.18 La solicitud de interconsulta constará de los siguientes aspectos (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 625 1359 694">• Datos relevantes de la anamnesis y exploración física. Especialmente posibles patologías que puedan condicionar el tratamiento hormonal. <li data-bbox="437 717 1015 752">• Aspectos biográficos y del apoyo familiar y social. <li data-bbox="437 774 767 809">• Tratamiento farmacológico. <li data-bbox="437 831 1359 901">• Pruebas de imagen: Radiografía de la mano y muñeca no dominantes para valorar o calcular la edad ósea. <li data-bbox="437 923 826 958">• Valoración del estadio de Tanner. <p data-bbox="379 981 1359 1130">2.19 Se recomienda mantener, independientemente de la interconsulta a la UAPT, una adecuada relación terapéutica del Pediatra/Médico/a de Familia con niños/as y adolescentes transexuales y sus familias en el trascurso de posibles cambios sociales o intervenciones médicas posteriores.</p> <p data-bbox="379 1173 1359 1322">2.20 (i) Es importante dar información y referencia para ayuda entre pares (personas con igual situación), tales como grupos de apoyo para padres y madres de niños y niñas transexuales, así como redes sociales del medio comunitario y asociaciones específicas.</p>

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UAPT : PEDIATRA, ENDOCRINÓLOGA/O

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="237 237 477 384">3º VALORACIÓN INICIAL EN LA UAPT (ENDOCRINOLOGÍA)</p>	<p data-bbox="509 237 1412 384">3.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) dirigiéndose a ella respetando su identidad de género manifestada (Δ) (AG) ^{20, 21, 22}.</p> <p data-bbox="509 414 1412 523">3.2 Se comprobará si en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía está actualizada su identidad de género y su nombre manifestado. En el caso de no estar modificado, se le informará de esta posibilidad (Δ) ³⁰.</p> <p data-bbox="509 553 1412 621">3.3 Dirigirse al niño/a o adolescente con el nombre elegido por él/ella y/o padres o tutores (AG).</p> <p data-bbox="509 652 1412 983">3.4 Se realizará una anamnesis y exploración física que complete la historia de salud realizada por el/la Pediatra/Médico/a de Familia, de forma que quede registrada la siguiente información en el caso de no estar recogida:</p> <ul data-bbox="560 793 1412 983" style="list-style-type: none"><li data-bbox="560 793 1412 901">• Identidad de género y sexo asignado al nacer, edad de desarrollo puberal, métodos empleados para eliminar caracteres sexuales secundarios, y estilos de vida.<li data-bbox="560 915 1412 983">• Antropometría (peso, talla, IMC y perímetro de cintura), presión arterial, caracteres sexuales secundarios. <p data-bbox="509 1013 1412 1081">3.5 En función de la exploración realizada, y en el caso de considerarse necesario, se solicitarán las siguientes pruebas complementarias (AG):</p> <ul data-bbox="560 1111 1412 1443" style="list-style-type: none"><li data-bbox="560 1111 1412 1140">• Ecografía abdominopélvica.<li data-bbox="560 1154 1412 1222">• Ante la sospecha de Alteraciones del Desarrollo Sexual, se solicitará cariotipo para confirmar el sexo asignado al nacer.<li data-bbox="560 1236 1412 1304">• Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S), 17-OH-progesterona y androstendiona.<li data-bbox="560 1318 1412 1443">• Estudio de coagulación, sobre todo si existen antecedentes personales de trombosis o en familiares de primer grado, preferentemente en mujeres transexuales. <p data-bbox="509 1473 1412 1657">3.6 Si se han detectado señales de alarma, factores de riesgo psicopatológicos, señales de alerta de salud mental infanto-juvenil en atención primaria o dudas sobre la autenticación de la identidad sexual, se establecerá colaboración con profesionales de salud mental, con el objeto de coordinar y participar en las decisiones de las intervenciones a realizar (AG).</p> <p data-bbox="509 1688 1412 1796">3.7 Se garantizará la transmisión de información entre los profesionales de diferentes ámbitos de atención (AH-AP), para asegurar la continuidad asistencial (Δ).</p>

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UAPT: PEDIATRA ENDOCRINÓLOGA/O, ENDOCRINÓLOGO/A

Actividades	Características de calidad
<p>4º VALORACIÓN SUCESIVA E INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL</p>	<p>4.1 Se valorarán las pruebas complementarias solicitadas y los informes de las interconsultas realizadas con otros especialistas de la UAPT.</p> <p>ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA HORMONAL:</p> <p>4.2 (i) Se informará al niño/adolescente y padres/tutores, en los menores de 16 años, de forma detallada del plan terapéutico a realizar, de los posibles efectos secundarios de la medicación, de la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico y de la reversibilidad/ irreversibilidad de los efectos⁶. Obteniéndose el consentimiento informado escrito por representación, atendiendo al marco legal^{32,33}.</p> <p>4.3 (i) (bc) Se informará de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal, para que llegado el momento se otorgue el consentimiento por escrito^{32,33}.</p> <p>4.4 (i) Se reforzará la información sobre la necesidad de mantener estilos de vida saludable (abordar el inicio del hábito tabáquico y del alcohol, alimentación equilibrada, actividad física regular).</p> <p>4.5 (i) Se dejará constancia escrita en la historia de salud acerca de toda la información ofrecida sobre el tratamiento hormonal, con especial hincapié si se utiliza un medicamento en condiciones diferentes de las autorizadas³⁴.</p> <p>4.6 Se recomienda antes del inicio del tratamiento que de coexistir problemas médicos, psíquicos, sociales o familiares que puedan interferir con el mismo, éstos sean abordados para garantizar la elegibilidad. Debe constatarse que la situación del/la niño/a es suficientemente estable (AG).</p> <p>TRATAMIENTO HORMONAL DE SUPRESIÓN DE LA PUBERTAD</p> <p>4.7 Se utilizarán como fármacos de primera elección análogos de GnRH sin distinción entre niños y niñas. Dada la experiencia de uso acumulado en otras situaciones (especialmente en niños o niñas con pubertad precoz), se recomienda utilizar la triptorelina o leuprorelina en sus formas depot mensuales^{6,7,10,11}.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triptorelina acetato 80-100 µg/Kg im o sc cada 21-28 días • Leuprorelina acetato 150-200 µg/Kg im cada 21/28 días <p>Otras alternativas como el empleo de progestágenos, antiestrógenos o antiandrógenos, son menos eficaces y presentan más eventos adversos⁷.</p> <p>4.8 (i) Se informará que durante el tratamiento con análogos de GnRH, las características sexuales en estadios iniciales puberales regresaran, mientras que la instauración en estadios más avanzados conllevarán su detención, con atrofia parcial de la mama y ausencia de menstruación en los niños transexuales y paro de la virilización y descenso del volumen testicular y peneano en niñas transexuales^{6,7}.</p>

4º
VALORACIÓN
SUCESIVA E
INICIO DEL
TRATAMIENTO
HORMONAL
CRUZADO

TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO

4.9 Se iniciará en función de la situación clínica concreta, teniendo en cuenta el sexo, la talla, la edad ósea, la edad de inicio del bloqueo para inducir una pubertad del sexo sentido, mediante una titulación progresiva del tratamiento. Se distinguen dos situaciones diferenciadas (AG):

- Adolescentes que han recibido tratamiento bloqueador previo, en los que a partir de cierta edad se les inducirá la pubertad según el sexo sentido.
- Adolescentes que han completado el desarrollo puberal sin haber recibido tratamiento hormonal bloqueador. En este supuesto, se procederá de forma similar a lo indicado para personas transexuales adultas.

4.9.1 Inicio de tratamiento hormonal cruzado en niñas/mujeres adolescentes transexuales en las que ya se esté realizando bloqueo puberal^{6,7,10}:

- Se utilizará valerato de 17-β-estradiol a dosis de inicio de 5 µg/Kg/día vía oral con ascenso semestral durante 2 años hasta la dosis adulta.
- Se comienza con dosis de estradiol de manera escalonada y se irá aumentando la dosis y ajustando en función a la respuesta clínica de la persona y el índice de masa corporal.
- La administración de análogos de GnRH debe continuar junto con los estrógenos hasta alcanzar dosis plena de tratamiento hormonal cruzado.
- Si se suspendieran los análogos de GnRH, las dosis de estrógenos han de aumentarse al menos hasta el doble, para asegurar el desarrollo de los caracteres sexuales femeninos y la supresión de la producción de testosterona endógena.

Estrógenos	Posología y vía de administración
Valerato de estradiol (*)	5 µg/Kg/día oral 10 µg/Kg/día oral 15 µg/Kg/día oral 20 µg/Kg/día oral Dosis adulta: 2-6 mg/día oral

*Medicamento no financiado por el SNS.

- Para adolescentes con situaciones preexistentes de riesgo (enfermedad tromboembólica, fumadoras, enfermedad hepática o diabetes mellitus), o bien por decisión o preferencia del usuario el estrógeno de elección podrá ser el estradiol transdérmico (AG).

4.9.2 Inicio de tratamiento hormonal cruzado para niños/hombres adolescentes transexuales en los que ya se esté realizando bloqueo puberal^{6,7,11}:

- Se utilizarán los ésteres de testosterona: cipionato, propionato o undecanoato. La pauta posológica dependerá de la persona pudiendo considerarse desde 25 mg/m² hasta 100 mg/m² con ascensos semestrales.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="180 179 352 441">4º VALORACIÓN SUCESIVA E INICIO DEL TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO</p>	<ul data-bbox="432 186 1361 298" style="list-style-type: none"> • En la actualidad, la tendencia es mantener de forma prolongada el uso de análogos de GnRH desde su inicio en estadio II-III de Tanner hasta obtener dosis plenas de tratamiento hormonal cruzado. <p data-bbox="416 322 1361 435">4.9.3 Inicio de tratamiento hormonal cruzado en mujeres adolescentes transexuales en las que no se ha realizado bloqueo puberal y tienen completado su desarrollo puberal^{5,6,7,10}:</p> <p data-bbox="483 455 1361 605">Se recomienda la administración de un antiandrógeno o un análogo de GnRH¹⁰ en aquellos casos en que no sea posible usar el primero (intolerancia, alergia, contraindicación clínica por comorbilidad, etc.), en combinación con un estrógeno^{6,7,10}, al igual que se hace en personas adultas transexuales.</p> <p data-bbox="483 619 1361 690">Los progestágenos no están recomendados, dado el riesgo potencial de cáncer de mama.</p> <p data-bbox="432 711 783 748">Tratamiento antiandrogénico:</p> <ul data-bbox="432 772 1361 1089" style="list-style-type: none"> • El antiandrógeno de elección en nuestro medio será el acetato de ciproterona con una dosis de 25-50 mg/día vía oral, con una dosis máxima de 100 mg/día vía oral. La dosis y la duración del tratamiento debe ser ajustado dependiendo del grado de impregnación androgénica de cada persona y sobre todo de la edad de comienzo del tratamiento. • Como alternativa, en personas afectadas por una enfermedad hepática o contraindicación, se utilizará la espironolactona. La dosis de inicio será de 50 a 100 mg/día, con una dosis máxima de 200 mg/día vía oral. <p data-bbox="432 1105 879 1142">Tratamiento con análogos de la GnRH:</p> <ul data-bbox="432 1156 1361 1473" style="list-style-type: none"> • Estos fármacos, por su menor experiencia y alto coste sólo serán utilizados en situaciones especiales: contraindicaciones y/o efectos adversos con el acetato de ciproterona o espironolactona⁷. • Están disponibles los agonistas GnRH que inhiben la secreción de gonadotropinas y por tanto inducen la supresión de la producción testicular de testosterona (Leuprorelina acetato 3,75 mg sc mensual o 11,25 mg trimestral, triptorelina 3,75 mg sc mensual o 11,25 mg trimestral y goserelina 3,6 mg sc mensual o 10,8 mg sc trimestral). <p data-bbox="432 1490 727 1526">Tratamiento estrogénico:</p> <ul data-bbox="432 1541 1361 1821" style="list-style-type: none"> • Para las adolescentes transexuales sin situaciones preexistentes de riesgo, el estradiol oral (valerato de 17β estradiol) será el de elección, por su fácil administración, flexibilidad y monitorización plasmática. La dosis variará entre 2-6 mg/día, en función de las propias características de la persona, de sus necesidades, de los efectos obtenidos y de la tolerabilidad. • Para las adolescentes transexuales con situaciones preexistentes de riesgo (enfermedad tromboembólica, fumadoras, con enfermedad hepática o Diabetes 

4º
VALORACIÓN
SUCESIVA E
INICIO DEL
TRATAMIENTO
HORMONAL
CRUZADO

Mellitus), o bien por decisión o preferencia del usuario el estradiol de elección será el estrógeno transdérmico. La dosis de inicio será 50-100 mcg/ 2 veces semana hasta una dosis máxima de 200 mcg 2 veces/semana, en función de las propias características, de sus necesidades, de los efectos obtenidos y de la tolerabilidad.

4.9.4 Inicio de tratamiento hormonal cruzado en hombres adolescentes transexuales en los que no se haya realizado bloqueo y tengan completado su desarrollo puberal^{6,7,11}:

- Se recomienda la administración de ésteres de testosterona IM o gel de testosterona de aplicación tópica, siguiendo los principios generales de la terapia hormonal sustitutiva para varones no transexuales con hipogonadismo. Las presentaciones disponibles así como las dosis recomendadas actualmente se reflejan en la tabla siguiente:

Forma farmacéutica disponible	Dosificación
Propionato de testosterona 25 mg solución inyectable	50-100 mg im semanal
Cipionato de testosterona 100 ó 250 mg solución inyectable	100-250 mg im cada 2-4 semanas
Undecanoato de testosterona* solución inyectable	1.000 mg im c/10-14 semanas.
Gel de Testosterona tópico	5-10 gr que contienen 50-100 mg de testosterona aplicado diariamente
Gel de testosterona tópico sobres 5 g	5-10 gr que contienen 50-100 mg de testosterona aplicado diariamente
Gel de testosterona tópico monodosis 5 g	5-10 gr que contienen 50-100 mg de testosterona aplicado diariamente

*Medicamento no financiado por el SNS.

- El andrógeno que se recomendará inicialmente serán las formulaciones parenterales (propionato de testosterona 50-100 mg semanal; cipionato de testosterona 100 mg-250 mg c/2-4 semanas o undecanoato de testosterona 1.000 mg c/10-14 semanas).
- La dosis de inicio de propionato de testosterona será de 25-50 mg semanal, hasta una dosis máxima de 100 mg/semanal.
- La dosis de inicio de cipionato de testosterona será 100 mg c/2-4 semanas, hasta una dosis máxima de 250 mg c/2-4 semanas.
- El undecanoato de testosterona no está actualmente financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS). La dosis y el intervalo de administración variarán, en función de las propias características de la persona, de sus necesidades, de los efectos obtenidos, de los niveles plasmáticos de testosterona, de la tolerabilidad y de los efectos secundarios que aparezcan.

Actividades	Características de calidad
	<p>(La dosis de inicio de undecanoato de testosterona será de 1.000 mg IM seguidos de 1.000 mg a las seis semanas hasta llegar a una dosis máxima de 1.000 mg c/10-14 semanas).</p> <p>4.10 Se realizará informe de continuidad que garantice la transmisión de información con los profesionales de Atención Primaria (Δ).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos relevantes de la anamnesis y exploración física. • Tratamiento farmacológico. • Resultados de pruebas complementarias relevantes. • Periodicidad del seguimiento.

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UAPT: PEDIATRA ENDOCRINÓLOGO/A, ENDOCRINÓLOGO/A, PROFESIONAL DE SALUD MENTAL, TRABAJADOR/A SOCIAL, MÉDICO/A DE FAMILIA Y PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Actividades	Características de calidad
<p>5º SEGUIMIENTO CONJUNTO UAPT</p>	<p>PERSONAS EN TRATAMIENTO HORMONAL DE SUPRESIÓN DE LA PUBERTAD:</p> <p>5.1 Tras inicio del tratamiento hormonal de supresión de la pubertad, se recomienda visitas trimestrales durante el primer año y semestrales a partir del segundo por el pediatra endocrinólogo/a o endocrinólogo/a. En cada visita se monitorizarán (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos referentes al cumplimiento terapéutico, aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción. • Los estilos de vida saludable. <p>5.2 Se recomienda el siguiente cronograma (AG)⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el primer año se recogerán trimestralmente datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y talla sentado), estadio de Tanner, y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona). • A partir del primer año se recogerán semestralmente datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y talla sentado), estadio de Tanner, y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona). • Anualmente se realizará una analítica general, que incluya función renal y hepática, lipidograma, glucemia/insulinemia y HbA1c. • La edad ósea se realizará anualmente hasta que alcance los 14 años en niños transexuales y 15 años en niñas transexuales.

Actividades	Características de calidad
<p>5º SEGUIMIENTO CONJUNTO UAPT</p>	<p>5.3 Se recomienda realizar los ajustes necesarios de dosis, ante la falta de frenación o bien por un descenso excesivo en la velocidad de crecimiento. En el primer caso se puede aumentar la dosis hasta el límite superior del intervalo óptimo, o incluso adelantar la administración del fármaco a cada 21 días. En el caso de que la velocidad de crecimiento se vea afectada, pueden ser necesarios descensos en la cantidad administrada.</p> <p>5.4 Se mantendrá la frenación con análogos de GnRH, de forma ideal hasta los 18 años de edad y durante los primeros años de Terapia Hormonal Cruzada (THC). Se discontinuará en caso de que el/la niño/a desista continuar con el mismo, aparezca algún efecto secundario grave o enfermedad que desaconseje su uso (AG).</p> <p>5.5 Se recomienda ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal por el profesional de Salud Mental de la UAPT.</p> <p>PERSONAS EN TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO</p> <p>5.6 Tras el inicio del tratamiento hormonal cruzado, deberá realizarse un primer seguimiento clínico y analítico a los 3 meses, el segundo a los 6 meses y posteriormente anual (AG).</p> <p>5.7 Se realizará anamnesis dirigida a (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar signos de feminización/masculinización y grado de satisfacción con el tratamiento. • Se explorarán parámetros antropométricos (peso, IMC, TA, perímetro abdominal). • Se realizará analítica: PRL, LH, Test, E2 y hemograma, metabolismo hidrocarbonado, ácido úrico, función hepática, renal, perfil de lípidos). • Se recordará la necesidad de mantener estilos de vida saludable. • Se recomendará el uso de métodos anticonceptivos adecuados si existe potencial riesgo de embarazo. • Deberán monitorizarse la aparición de factores de riesgo cardiovascular o el grado de control de los mismos si existían previamente. <p>5.8 Deberá mantenerse seguimiento estricto de todos los factores reseñados de por vida.</p> <p>5.9 Se recomienda ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal por el profesional de Salud Mental de la UAPT.</p> <p>Adolescente/Mujer Transexual (AG)</p> <p>5.10 El momento de determinación de los niveles de estrógenos dependerá de la forma farmacéutica empleada: a las 24 h de la última dosis de estrógeno administrado vía oral o a las 48 h de la aplicación del estrógeno transdérmico.</p>

Actividades Características de calidad

5º SEGUIMIENTO CONJUNTO UAPT

- Las concentraciones plasmáticas de estradiol deberán mantenerse en los valores medios de una mujer premenopáusica (<200 pg/mL) o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia (100 pg/mL determinado por radioinmunoanálisis).
- Las concentraciones de testosterona total deben mantenerse en los límites femeninos (inferior a 0,5-0,8 ng/mL) determinado por inmunoanálisis de quimioluminiscencia o <1,8 nmol/L³.

5.11 En el caso de usar espironolactona deben ser monitorizados los niveles de electrolitos por el riesgo potencial de hiperpotasemia. Dicho fármaco estaría contraindicado en personas con insuficiencia renal de moderada a grave.

5.12 Deben monitorizarse los niveles de PRL tras el inicio de tratamiento con estrógenos, al menos anualmente, niveles <40 ng/ml solo requieren observación, niveles por encima de 40 ng/ml requieren disminuir dosis de estrógenos a la mitad, niveles >100 ng/ml deberá suspenderse el tratamiento. Si tras la supresión del tratamiento estrogénico la PRL no desciende deberá realizarse Resonancia magnética hipofisaria para descartar prolactinoma.

5.13 Para aquellos/as personas que vayan a ser sometidas a una intervención quirúrgica mayor deberán suspender el estrógeno 2-4 semanas antes. Se reanudará tras el alta hospitalaria.

	Datos clínicos	Datos analíticos	Pruebas hormonales	Densitometría ósea	Pruebas adicionales
Visita 0	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Hemograma Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado Despistaje de DM (si riesgo)	LH, FSH, TT, SHBG, E2, PRL	Sólo si riesgo de osteoporosis con los datos de la anamnesis. Anual o bianual.	Electrolitos durante el 1er año si tratamiento con espironolactona
1er año (trimestrales)	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado	TT, E2 PRL semestral		
Tras 1er año (semestrales)	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado	PRL bianual TT, E2		

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">5º SEGUIMIENTO CONJUNTO UAPT</p>	<p>Adolescente/Hombre Transexual (AG)</p> <p>5.14 Se deberán mantener las concentraciones plasmáticas de testosterona dentro de los valores de referencia para la población masculina de su misma edad (320-1.000 ng/dl) ³ en aquellos usuarios que deseen una masculinización completa. En otros casos, será suficientes dosis inferiores de testosterona.</p> <p>5.15 Determinar los niveles de estradiol plasmático durante los 6 primeros meses de THC con testosterona o hasta que no haya sangrado uterino durante 6 meses. El nivel de estradiol plasmático debe situarse en cifras <50 pg/mL.</p> <p>5.16 Para los ajustes de dosis y/o de intervalo de administración, se determinará la concentración plasmática de testosterona cada 3 meses (primer año), luego semestral-anual³. Se determinará según la forma farmacéutica de testosterona empleada: justo antes de la siguiente inyección (niveles mínimos), algunos autores prefieren medirla a mitad del ciclo, justo entre 2 inyecciones (niveles máximos)⁸, en los usuarios del gel de testosterona, la medición puede ser en cualquier momento, a partir de la primera semana del inicio del tratamiento.</p> <p>5.17 Para aquellas personas con factores de riesgo preexistentes susceptibles de empeorar o que presentan efectos adversos durante el tratamiento (disfunción hepática, policitemia con hematocrito >55%, HTA, ganancia de peso, alteración del perfil lipídico, acné severo, cambios en estado de ánimo, etc.) se deberá disminuir la dosis de testosterona, alargando el intervalo de administración en caso de uso de testosterona parenteral o cambiar a testosterona transdérmica (gel de testosterona 5g, 50 mg de testosterona; 1-2 aplicación/día), por presentar un perfil farmacocinético más estable y previsible.</p> <p>5.18 El tratamiento con testosterona puede producir acné y piel grasa⁸, así como cambios de humor: sensación de bienestar y en algunos casos puede producir síntomas psiquiátricos como manía, agresividad y psicosis. Habitualmente estos síntomas pueden estar relacionados con el uso de dosis supra-fisiológicas. El cambio a testosterona transdérmica es aconsejable en esta situación.</p> <p>5.19 Si tras 3-6 meses de tratamiento androgénico, a dosis que se consideran adecuadas, persiste la menstruación se discutirá con la persona la posibilidad de añadir un gestágeno (por ej. medroxiprogesterona 5-10 mg/día) o un análogo de GnRH.</p> <p>5.20 Es recomendable la realización de una ecografía pélvica al inicio de la THC y posteriormente bianual, con el objetivo de monitorizar tanto el grosor del endometrio como la integridad de los ovarios.</p>

Actividades	Características de calidad					
5º SEGUIMIENTO CONJUNTO UAPT		Datos clínicos	Datos analíticos	Pruebas hormonales	Densitometría ósea	Pruebas adicionales
	1ª visita	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Hemograma Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado Despistaje de DM (si riesgo)	LH, FSH, TT, SHBG, E2, PRL, Vitamina D	Sólo si riesgo de osteoporosis con los datos de la anamnesis.	Ecografía pélvica
	1er año (3 meses)	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Hemograma Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado	TT, E2		Ecografía pélvica bianual
Tras 1er año (6-12 meses)	Peso, Talla, IMC, TA, Perímetro abdominal	Hemograma Función renal y hepática Perfil lipídico Metabolismo hidrocarbonado	TT, E2			
6º SEGUIMIENTO CONJUNTO Pediatra/ Médico/a de Familia	6.1 Dentro de la atención integral prestada, y propia de este nivel asistencial, se abordará con especial atención la exploración a la evolución de la curva estatural y desarrollo de los genitales y caracteres sexuales secundarios.					
	6.2 Se realizarán las siguientes actividades específicas: <ul style="list-style-type: none"> • En cada visita se monitorizará datos referentes al cumplimiento del tratamiento, aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción. • Se recordará la necesidad de estilos de vida saludable. • Se recomienda ofrecer, en el proceso de transición, el acompañamiento psicoemocional que requiera la persona en tratamiento hormonal. • Se considerará con la persona, los padres o tutores la oportunidad de realizar interconsulta a las unidades de trabajo social si se detectan factores sociales que condicionan la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria. 					
	6.3 Se dará el adecuado acompañamiento a la familia, con especial atención en: <ul style="list-style-type: none"> • Aportar recursos para que mantengan su estabilidad y funcionalidad. • Reforzar sus estrategias de afrontamiento positivo. • Ayudar a fomentar una autoestima saludable en su hijo/a. • Ayudar en las estrategias de integración social. 					

Actividades	Características de calidad
<p>6º SEGUIMIENTO CONJUNTO Pediatra/ Médico/a de Familia</p>	<p>6.4 Se dará el adecuado acompañamiento al menor, con especial atención en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir riesgos en cuanto a la salud sexual, manteniendo una vigilancia activa en relación a la presión social, el rechazo, la eventual falta de atención temprana o de apoyo familiar. • Prevenir el fracaso escolar que pudiera sobrevenir y el abandono escolar. <p>6.5 Participar en actividades de sensibilización a nivel escolar y/o comunitario.</p>

La atención sanitaria a personas transexuales en el SSPA está garantizada por las **UGC de AP** y por las **Unidades de Atención a Personas Transexuales (UAPT)^a**, de carácter hospitalario, que tienen las siguientes características generales:

- Equipos multidisciplinares integrados por profesionales de diferentes áreas de conocimiento, que dan respuesta a la atención hospitalaria a personas transexuales, dependientes de las UGC de Endocrinología de cualquier edad.
- Tienen carácter provincial para los mayores de 14 años.
- La atención en los menores de 14 años la realizarán los Pediatras Endocrinos de las Unidades asignadas.
- Las UAPT cuentan con Comités provinciales constituidos, como mínimo, por profesionales de Endocrinología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Digestiva, Cirugía Plástica y Reparadora, Urología, Medicina Física y Rehabilitación, Otorrinolaringología, Salud Mental y, en las UAPT que atiendan a menores de 14 años, Pediatras Endocrinos.

(a) Reguladas en la actualidad por:

- Instrucciones a los Centros Sanitarios del SSPA para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla, 26 de febrero de 2015.
- Instrucciones a los Centros Sanitarios del SSPA para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales menores de 14 años de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Sevilla, 17 de marzo de 2016.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los/as diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos/as los/as profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los/as diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los/as profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los/as usuarios/as y en el desarrollo individual de los/as profesionales.

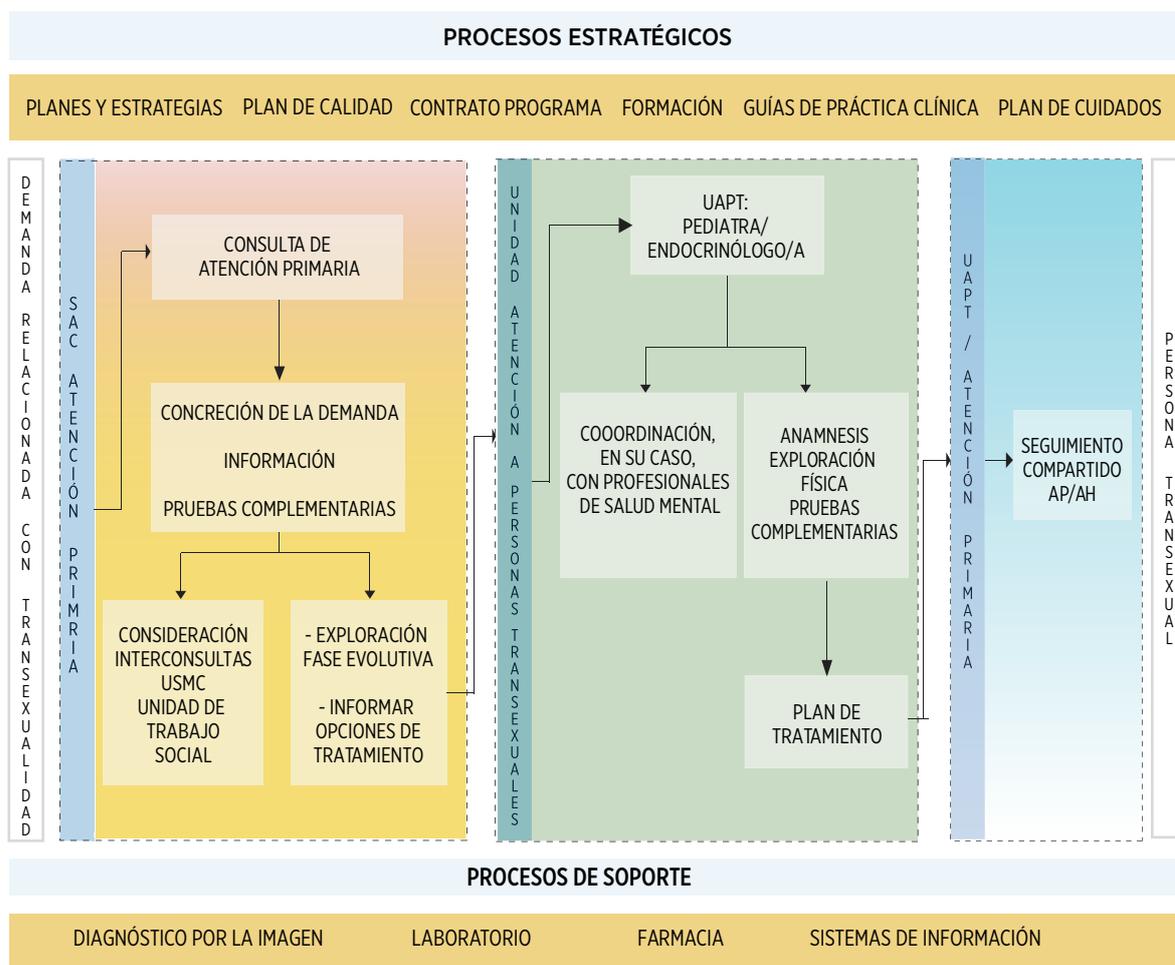
Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración del mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en el sitio web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles, y la atención de los/as profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria; dándose continuidad a la asistencia de la persona transexual/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	INTERCONSULTA A UAPT
FÓRMULA	Número de niños/as/adolescentes transexuales que son derivados a endocrinología de la UAPT con estadio evolutivo, como mínimo, de Tanner II / N° total de niños/as /adolescentes transexuales derivados a endocrinología de la UAPT X 100.
DEFINICIÓN	Porcentaje de niños/as/adolescentes transexuales en estadio Tanner II que se derivan Endocrinología de la UAPT.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad de la atención/Adecuación/Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Derivar correctamente los niños/as/adolescentes que se puedan beneficiar de tratamiento hormonal.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Niños/as/adolescentes transexuales atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS RECOMENDADA	Auditoría Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	TASA DE ABANDONO DEL BLOQUEO HORMONAL
FÓRMULA	N° de niños/as/adolescentes transexuales que abandonan el bloqueo hormonal / N° total de niños/as/adolescentes transexuales que reciben tratamiento de bloqueo hormonal x 100.
DEFINICIÓN	Porcentaje de niños/as/adolescentes transexuales que abandonan el tratamiento de bloqueo hormonal.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad de la atención/Adecuación/Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Algunos niños/as/adolescentes transexuales abandonan el tratamiento porque los resultados no satisfacen sus expectativas iniciales.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Niños/as/adolescentes transexuales atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS RECOMENDADA	Auditoría Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	INTERCONSULTA A SALUD MENTAL
FÓRMULA	Nº total de niños/as/adolescentes transexuales en seguimiento por Endocrinología Pediátrica, que son derivados a SM/Nº total de niños/as/adolescentes transexuales en seguimiento por Endocrinología Pediátrica x 100.
DEFINICIÓN	Porcentaje niños/as/adolescentes transexuales que son derivados a SM desde Endocrinología Pediátrica.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad de la atención/Adecuación/Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	En algún momento del Proceso los niños/as/adolescentes transexuales y/o sus familias pueden requerir asesoramiento, acompañamiento y/o valoración por Salud Mental.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Niños/as/adolescentes transexuales atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS RECOMENDADA	Auditoría Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	TIEMPOS DE REMISIÓN A ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
FÓRMULA	Nº de días que transcurren desde que niños/niñas/adolescentes transexuales son derivados desde Pediatría de AP a la consulta de Endocrinología Pediátrica/ Nº total de niños/niñas/adolescentes transexuales remitidos a Endocrinología Pediátrica.
DEFINICIÓN	Demora media para la atención de los niños/as/adolescentes transexuales en Endocrinología Pediátrica.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad de la atención/Adecuación/Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Necesidad de disponer de información sobre tiempos adecuados de derivación desde Pediatría de AP a Endocrinología Pediátrica.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Niños/as/adolescentes transexuales atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS RECOMENDADA	DIRAYA.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	DEMORA MEDIA PARA INICIAR TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO
FÓRMULA	Nº días que transcurren desde que se indica el bloqueo hormonal hasta que se inicia el tratamiento hormonal cruzado / Nº total de niños/as/adolescentes transexuales que inician tratamiento hormonal cruzado x 100.
DEFINICIÓN	Demora media para iniciar el tratamiento hormonal cruzado.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad de la atención/Adecuación.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Es importante conocer el tiempo que transcurre entre el bloqueo hormonal y el tratamiento hormonal cruzado.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Niños/as/adolescentes transexuales atendidos en el SSPA.
FUENTE DE DATOS RECOMENDADA	Auditoría Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

AETSA:	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AG:	Acuerdo de Grupo
AH:	Atención Hospitalaria
AP:	Atención Primaria
BDU:	Base de Datos de Usuarios de Andalucía
DHEA-S:	Dehidroepiandrosterona sulfato
E2:	Estradiol
FSH:	Hormona folículo estimulante
GIRES:	Gender Identity Research and Education Society
GnRH:	Hormona liberadora de gonadotropina
GPC:	Guías de Práctica Clínica
HbA1c:	Hemoglobina Glicosilada
HDLc:	Lipoproteína de alta densidad
HTA:	Hipertensión Arterial
ICSI:	Institute for Clinical Systems Improvement
IMC:	Índice de Masa Corporal
LGTB:	Lesbianas, Gais, Bisexuales y Personas Transgénero
LH:	Hormona Luteinizante
NHMRC:	Australian National Health and Medical Research Council
NIC:	Nursing Interventions Classification
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence
NOC:	Nursing Outcomes Classification
NUHSA:	Número Único de Historia de Salud de Andalucía
SAS:	Servicio Andaluz de Salud
SEEN:	Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición
PAI:	Proceso Asistencial Integrado
PAI PTIA:	Proceso Asistencial Integrado a Personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia.
PRL:	Prolactina
SHBG:	Globulina Fijadora de Hormonas Sexuales

SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SSPA:	Sistema sanitario Público de Andalucía
TA:	Tensión Arterial
TSH:	Hormona Estimulante de la Tiroides
TT:	Testosterona Total
UAPT:	Unidad de Atención a Personas Transexuales
UGC:	Unidad de Gestión Clínica
WPA:	World Psychiatric Association
WPATH:	World Professional Association for Transgender Health

Referencias Bibliográficas

1. Ley integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía [internet]. Ley 2/2014, de 8 de julio. [citado, 25 nov 2016] BOJA nº 139 (18/07/2014). Disponible en: <https://goo.gl/ocx6YO>
2. Adelson SL. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender non-conformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [internet], 2012[citado, 25 nov 2016];51(9):957-974. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085671200500X>
3. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* [internet], 2015[citado, 25 nov 2016];70(9), 832. Disponible en: <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
4. Bourns A. Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care. Rainbow Health Ontario, Sherbourne Health Centre [internet]; 2015[citado, 25 nov 2016], 66p. Disponible en: <https://goo.gl/s4Tp07>
5. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People [internet]. 7th Version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012[citado, 25 nov 2016], 124p. Disponible en: <http://www.wpath.org>
6. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [internet], 2009[citado, 19 dic 2016]; 94(9), 3132–3154. Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2009-0345>
7. Moreno-Pérez O, Esteve de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) (anexo 1). (2012). *Endocrinol Nutr* [internet], 2102[citado, 25 nov 2016]; 59(6), 367-382. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509221200054X>
8. Interim NHS England Gender Dysphoria Protocol and Guideline 2013/14 – CPAG [internet]; Approved 12th July 2013. [citado, 25 nov 2016], 28p. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/int-gend-protocol.pdf>
9. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. College Report CR181 [internet]. London: Royal College of Psychiatrists 2013[citado, 25 nov 2016], 59p. Disponible en: http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR181_Nov15.pdf
10. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople Part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse events in transwomen [internet]. *Clin Endocrinol* 2015[citado, 25 nov 2016]; 83: 607-15. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cen.12754/full>
11. Meriggiola MC, Gava G. Endocrine care of transpeople Part I: A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse events in transmen [internet]. *Clin Endocrinol* 2015[citado, 25 nov 2016]; 83: 597-606. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cen.12753/full>
12. Andrews JI, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. [internet] *J Clin Epidemiol*. 2013 [citado, 19 dic 2016];

- Jul;66(7):719-25 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435612001382>
13. Daniel H, Butkus R. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Disparities: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015 Jul 21;163(2):135-7.
 14. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 [Internet]. 2015 Jun [citado, 25 nov 2016];64(RR-03):1-137. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
 15. Fisher AD, Ristori J, Bandini E, Giordano S, Mosconi M., Jannini EA et al. i. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *J Endocrinol Invest* (2014) 37: 675-687.
 16. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler A.E., Green, R., Menvielle et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav* (2012) 41: 759. -796.
 17. De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach [Internet]. *J Homosexual* 2012[citado, 25 nov 2016]; Vol 59: 301-320. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2012.653300>
 18. Hembree WC. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011 Oct;20(4):725-32.
 19. Dotor Gracia M, Fernández García E (coordinadores). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª edición [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2009 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/FmTH26>
 20. Barrera C, Bejarano MD, Cortes C, Fernández E, Lácida M, Llanes F et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Salud; 2006 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/VoSRrE>
 21. Barrera C, Del Río S, Dotor M, Santana V, Suárez G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud; 2011 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/9UULNz>
 22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/gQwhWU>
 23. Simón P, Esteban MS (coordinadores). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Salud; 2011 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/7TE0rz>
 24. Esteban MS, Simón P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/18XCQ7>
 25. Consejería de Salud. Catálogo de formularios de consentimiento informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 (última revisión) [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/afq5NA>
 26. Simón P, Tamayo MI, Esteban MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/o58a52>
 27. Junta de Andalucía – Consejería de Salud. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía última versión 24/05/2016) [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <http://www.junta-deandalucia.es/salud/rva>
 28. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
 29. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2009

30. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Procedimiento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el cambio de nombre de personas transexuales en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y emisión de documentos de acreditación [Internet]. 6 de junio 2016.) [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/k3n4A5>
31. Sánchez, L. Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2010). [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/wBYdrK>
32. Ley básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre [citado 25 nov 2016]. BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
33. Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio [citado 25 nov 2016]. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222
34. Real Decreto por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. RD 1015/2009 de 19 de Junio BOE número 174 de 20 de Julio de 2009 [citado 25 nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/07/20/pdfs/BOE-A-2009-12002.pdf>

