

Desafíos bioéticos y equidad en la atención ginecológica inclusiva transgénero

Bioethical challenges and equity in inclusive gynecological care for transgender people

Karelllys Nathaly Saltos Bustamante¹ <https://orcid.org/0009-0008-9094-3622>

María Ilusión Solís Sánchez ¹ <https://orcid.org/0009-0001-8290-2926>

Nancy Yolanda Urbina Romo ¹ <https://orcid.org/0009-0004-1205-8813>

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.

*Correo para la correspondencia: karellysb38@uniandes.edu.ec

RESUMEN

La atención ginecológica inclusiva para personas transgénero constituye un desafío fundamental para los sistemas de salud que buscan garantizar el respeto por la diversidad y los derechos humanos. Esta población, históricamente marginada, enfrenta barreras significativas en el acceso a servicios ginecológicos adecuados, producto de prejuicios, desconocimiento clínico y vacío en la formación profesional. El objetivo de la presente revisión bibliográfica fue argumentar la importancia de la atención y salud ginecológica en personas transgénero, identificando los principales aspectos de la cirugía de afirmación de sexo como tratamiento hormonal y quirúrgico, preservación de la fertilidad y estrategias de anticoncepción, centrado en la medicina ética e inclusiva. Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, se encontraron algunos artículos científicos que fueron localizados en bases de datos electrónicas y escaneo de listas de referencias de artículos como PubMed, Scielo y Google Scholar. Esta revisión se limitó a las publicaciones que analizaron infecciones, tratamiento hormonal y quirúrgico, preservación de la fertilidad y anticoncepción. Fueron incluidos a su vez, los artículos que contenían información acerca de la salud ginecológica en personas transgénero. Se tradujo al idioma inglés y español respectivamente a los publicados



entre los años 2021-2025, así como textos pertenecientes a la literatura clásica, que contribuyeron al desarrollo de la investigación. Se excluyeron artículos que fueran antes del 2021 y no se consideraron los escritos en idiomas que no fuesen en español e inglés, ni los que contenían información de ámbitos diferentes a la ginecología y grupos distintos a los transgéneros.

Palabras clave: Salud transgénero; Ginecología; Bioética médica; Equidad sanitaria; Atención.

ABSTRACT

Inclusive gynecological care for transgender individuals constitutes a fundamental challenge for healthcare systems seeking to guarantee respect for diversity and human rights. This historically marginalized population faces significant barriers in accessing appropriate gynecological services, resulting from prejudice, clinical unfamiliarity, and gaps in professional training. The aim of this literature review was to argue the importance of gynecological care and health in transgender people, identifying the main aspects of sex-affirming surgery, hormonal and surgical treatment, fertility preservation, and contraceptive strategies, with a focus on ethical and inclusive medicine. Following a comprehensive bibliographic review, relevant scientific articles were located in electronic databases and through scanning reference lists of articles in PubMed, Scielo, and Google Scholar. This review was limited to publications that analyzed infections, hormonal and surgical treatment, fertility preservation, and contraception. Articles containing information on gynecological health in transgender individuals were also included. Publications between 2021-2025 were considered, with translations into English and Spanish as appropriate, as well as texts from classical literature that contributed to the development of the research. Articles published before 2021 were excluded, as were those written in languages other than Spanish or English, and those containing information from fields other than gynecology or pertaining to groups other than transgender individuals.

Keywords: Transgender health; Gynecology; Medical bioethics; Health equity; Healthcare.



Recibido: 17/03/2026

Aprobado: 20/08/2026

Introducción

El término transgénero, hace referencia a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer y la expresión transexual es utilizado para los sujetos transgénero que se han sometido a algún tipo de tratamiento quirúrgico de reafirmación de sexo. ⁽¹⁾

La ginecología es la rama de la medicina que estudia a la mujer, su sistema reproductor, mamario y sus enfermedades y cuidados médicos. A lo largo de la historia, la salud ginecológica se ha destinado mayoritariamente en mujeres cisgénero, sin tomar en cuenta a las mujeres homosexuales, mujeres bisexuales, mujeres fluidas, mujeres y varones transgénero, quienes al igual que las primeras mencionadas, tienen el derecho de recibir una atención digna e igualitaria debido a sus características biológicas. Gracias a las luchas de estas personas, se ha logrado reconocer sus derechos, especialmente en el ámbito de la salud, pudiendo verse involucrados en terapias preventivas de infecciones, tratamientos hormonales y quirúrgicos. ⁽²⁾

Tiempo atrás, los transgéneros eran asociados a trastornos mentales, suposición que ha sido negada a lo largo de la última década ya que en la actualidad se reconoce la identidad de género como un derecho humano. Sin embargo, a pesar de los avances en sus libertades, esta comunidad sigue presentando barreras en el acceso y la calidad del servicio, priorizando la capacitación profesional y un entorno inclusivo, debido a factores sociales como estereotipos que se creen sobre esta población, lo que condiciona su acceso a procesos como reafirmación sexual y un seguimiento constante, lo cual va afectando su salud sexual y reproductiva. ^(3,4)

Este tema es de gran importancia ya que gracias al reconocimiento de las diversas identidades de género y a la necesidad de atención a servicios de salud dignos, los profesionales de la ginecología, de la mano con la ética médica, han tenido que evitar caer en la presunción de la heteronormatividad (una mujer, con genitales femeninos, cuya orientación sexual se dirige a los hombres) e irse adaptando en la



inclusión a mujeres y varones transgénero dentro de un servicio de atención dirigido al acompañamiento y apoyo, en donde además de brindar una escucha atenta y respetuosa, se concientice e informe al paciente acerca de su salud, en un marco de respeto, intimidad y confidencialidad. ^(2,3)

En la transición de género es fundamental el tratamiento hormonal, ya que producen cambios en el sistema reproductivo, acompañado de tratamiento quirúrgico en el que interviene principalmente la cirugía de afirmación de género como la mamoplastia de aumento, orquiectomía bilateral, vaginoplastia, masculinización de tórax, histerectomía y faloplastia, procedimientos que modifican la parte anatómica del paciente. Estos 2 tratamientos deben llevar un seguimiento médico recurrente para apoyar la preservación de la fertilidad, o que hace posible la gestación y en caso de no desear embarazos y prevenir infecciones de transmisión sexual, informar sobre métodos anticonceptivos eficaces. ⁽⁴⁾

Tras la cirugía de afirmación de género, el tratamiento hormonal y quirúrgico generan cambios importantes en la función reproductiva y en la prevención de enfermedades, los cuales siempre van a necesitar de un monitoreo adecuado. Es importante la preservación de la fertilidad antes de someterse a terapia hormonal, así como informar sobre anticoncepción para evitar embarazos no deseados, factores que deben ser seguidos por el ginecólogo y sus controles para evitar cánceres e ITS. De esta forma sería una óptima educación sexual. ⁽⁵⁾

A partir de lo descrito, el objetivo de la revisión bibliográfica fue argumentar la importancia de la atención y salud ginecológica en personas transgénero, identificando los principales aspectos de la cirugía de afirmación de sexo como tratamiento hormonal y quirúrgico, preservación de la fertilidad y estrategias de anticoncepción, centrado en la medicina ética e inclusiva.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en el año 2026 donde fueron estudiados los periodos de enero 2021 a enero 2025. Para ello, se utilizaron artículos científicos localizados mediante búsqueda en bases de datos electrónicas y escaneo de listas de referencias de artículos. Esta exploración se aplicó a PubMed, Scielo y Google Scholar. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: “salud



ginecológica”, “personas transgénero”, “ginecología mujeres transgénero”, “ginecología hombres transgénero”, “cirugía de afirmación de género”, entre otros.

Esta revisión se limitó a las publicaciones que analizaron infecciones, tratamiento hormonal y quirúrgico, preservación de la fertilidad y anticoncepción.

El universo de estudio fueron todas las publicaciones realizadas en los periodos antes señalados y que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios inclusión:

1. Publicaciones que analizaron infecciones, tratamiento hormonal y quirúrgico, preservación de la fertilidad y anticoncepción.
2. Artículos que contengan información acerca de la salud ginecológica en personas transgénero.
3. Artículos en idioma inglés y español y aquellos publicados en los años 2021-2025, así como textos pertenecientes a la literatura clásica que contribuyeron al desarrollo de la investigación

Criterios de exclusión:

1. Fueron excluidos artículos que fueran antes del 2021, no se consideraron los escritos en idiomas que no sean español e inglés, contengan información de ámbitos diferentes a la ginecología y grupos distintos a los transgéneros.

Se realizó un análisis empírico mediante la recopilación y exploración de datos de artículos y revistas, con el propósito de obtener información sobre la resistencia a los hongos, su impacto en la salud humana y factores que contribuyeron a su resistencia. Exclusivamente se tomaron en cuenta los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión previamente mencionados y establecidos.

Para la recopilación de información, se siguieron las directrices metodológicas establecidas en 4 etapas fundamentales: identificación, cribado, filtración y selección. Lo anterior permitió la depuración de materiales no relacionados con el estudio, así como otros repetidos o que no cumplieran los criterios de inclusión.

La búsqueda manual complementó las bases de datos electrónicas con artículos adicionales que no aparecían en los principales motores de búsqueda, pero que se consideraron valiosos por su contenido y calidad metodológica. Esto demostró un esfuerzo adicional por garantizar exhaustividad y evitar sesgos derivados de la dependencia exclusiva de bases indexadas.



En conjunto, el proceso de cribado permitió depurar y lograr una mayor síntesis cualitativa. Esta reducción reflejó la aplicación rigurosa de criterios de inclusión y exclusión y aseguró que la revisión estuviera basada en evidencia relevante y de calidad. Además, la presentación por base de datos permitió visualizar qué fuentes fueron más productivas y cómo se depuraron los resultados en cada etapa, reforzando la transparencia y reproducibilidad del proceso.

Desarrollo

La cirugía de afirmación de sexo representó una serie de intervenciones médicas diseñadas para ayudar a las personas transgénero a ajustar su cuerpo de acuerdo con su identidad de género y pudo implicar un tratamiento hormonal y/o quirúrgico. ⁽⁶⁾

En cuanto al tratamiento hormonal, para mujeres transgénero se medicaron estrógenos orales: valerato de estradiol de 2,0 a 6,0 mg/día; estrógenos transdérmicos: parche transdérmico de estradiol de 0,025 a 0,2 mg/día, se colocó un nuevo parche cada 3 a 5 días; estrógenos vía parenteral: valerato o cipionato de estradiol de 5 a 30 mg intramuscular cada dos semanas o de 2 a 10 mg intramuscular cada semana. Para hombres transgénero se medicó testosterona por vía parenteral: enantato o cipionato de testosterona de 100 a 200 mg secuencialmente intramuscular cada dos semanas o secuencialmente subcutáneo, 50,0 % por semana; testosterona por vía parenteral: undecanoato de testosterona con una dosis inicial de 1000 mg, seguida de una aplicación a las 6 semanas y luego a intervalos de 12 semanas; testosterona por vía transdérmica: gel al 1,6 % de 50 a 100 mg/día. ⁽⁶⁾

Por ética médica fue importante informar a los pacientes del tiempo que tardarían en reflejarse los cambios esperados masculinizantes o feminizantes; en el caso de la testosterona en un intervalo de 1 a 6 meses implicó la piel grasa, acné, amenorrea (procedimiento más rápido si se administraba vía intramuscular), crecimiento del clítoris, atrofia vaginal y redistribución de la grasa corporal, pero si era administrado en un tiempo de 6 a 12 meses, iba a reflejar cambios como crecimiento del vello facial y corporal, caída del cabello, aumento de masa muscular y voz más grave; terapia con estrógenos de 1 a 3 meses, se mostró como



disminución en la libido y en erecciones espontáneas; de 3 a 6 meses, redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa muscular y fuerza, piel menos grasa y más suave, crecimiento mamario, bajo volumen testicular. ⁽⁵⁾

Entre los procesos quirúrgicos se encontró la mamoplastia de aumento, cirugía mamaria en la cual aumentaba el tamaño y la forma de las mamas, mediante la inserción de implantes de silicona, creando un aspecto más femenino y armonioso, con posibles riesgos como sangrado, infección, hematoma, rotura o desplazamiento del implante mamario. ⁽⁷⁾

Además se presentó la orquiectomía bilateral (fase de demolición), en la que se extirpan ambos testículos, con detención de la producción de andrógenos y vaginoplastia por inversión peneana (fase reconstructiva), donde se creaba una vagina funcional y estética que permitía la penetración y el orgasmo, riesgos como estenosis de la vagina, fístula recto-vaginal, retención de orina, pérdida de sensibilidad o dolor en el clítoris o los labios vulvares; colovaginoplastia, solo en casos que se dificulte o sea imposible una vaginoplastia. ⁽⁸⁾

Otro de los procedimientos quirúrgicos fue la masculinización de tórax en donde se extirpan las mamas, peligros de formación de hematomas, seromas, necrosis de la areola y del pezón; histerectomía con anexectomía, extirpación del útero, trompas y ovarios, amenaza de hematomas o infecciones, trastornos de la sensibilidad, tromboembolismo, lesiones en el intestino y tracto urinario; faloplastia, creación de un pene funcional y estético, siendo posible la micción y la erección, paciente en posible riesgo de necrosis del pene, estenosis y fístulas uretrales, infección o rechazo de los implantes peneanos. ⁽⁸⁾

La voz no cambió en la terapia hormonal, pero estuvo disponible la terapia del habla y cirugías como aproximación cricotiroides o tiroplastia tipo IV, donde se elevaba el tono de la voz al aumentar la tensión de las cuerdas vocales, con la posibilidad de remodelar la manzana de Adán en conjunto con su alternativa complementaria, la glotoplastia, que reduce la parte vibratoria de las mismas. ⁽⁹⁾

Preservar la fertilidad en personas transgénero iba de la mano con el tema ético. Se basó en proporcionar asesoramiento y mantener la autonomía del paciente, donde el médico, mediante comunicación asertiva, abordaba los deseos particulares de cada paciente de manera realista, informándole sobre las opciones de fertilidad y de los posibles efectos secundarios de la terapia. ⁽¹⁰⁾



En mujeres transgénero que no se han sometido a terapia hormonal o la cirugía de afirmación de género, fue buena opción la criopreservación (procedimiento de laboratorio en el que se conservaban células o tejidos a temperaturas muy bajas) de semen o tejido testicular. Si la mujer trans buscaba el embarazo con una mujer cisgénero, podría considerar la creación de embriones con la utilización de espermatozoides frescos antes de involucrarse con hormonas. En el caso de mujeres trans que han pasado por la pubertad, se pudo obtener semen a través de muestras eyaculadas para una inseminación intrauterina (IIU) como la fertilización in vitro (FIV). También se extrajeron espermatozoides del tejido testicular (TESE), de igual forma utilizadas en FIV.⁽¹¹⁾

Por otro lado, en hombres transgénero se dio la criopreservación de ovocitos, embriones o tejido ovárico, que requirieron de un proceso conocido como estimulación ovárica controlada (COS) con inyecciones diarias de gonadotropinas, ecografía transvaginal, cese del tratamiento con testosterona y el regreso de las menstruaciones. Además, con mayor interrupción de testosterona se reactivó la estimulación gonadotropina-ovárica intrínseca y se obtuvo folículos más fuertes. Los ovocitos se fecundaron con espermatozoides de la pareja masculina cisgénero o de un donante, también se pudo realizar una implantación planificada en una portadora gestacional utilizando los embriones.⁽¹²⁾

Tras evidencia de que los hombres transgénero sufrían más obstáculos durante la gestación y proceso de parto, fue importante dialogar con el paciente transgénero gestante acerca de las expectativas del embarazo, parto y postparto. Ahí se les informó también sobre los efectos teratogénicos que representaba el tratamiento hormonal con testosterona, con posibilidad de provocar alteraciones en los fetos femeninos, respecto a su desarrollo urogenital. En la vía del parto también fue posible la vaginal como se da en las mujeres trans, sin embargo, se tuvo en cuenta que representaba una situación traumática para ellos, por lo que la posibilidad de adoptar fue una opción que se consideró tanto para hombres como para mujeres transgénero.^(2,3)

La anticoncepción fue un tema relevante en el grupo transgénero, especialmente para los hombres trans ya que podían tener el pensamiento erróneo de que al estar dentro de un tratamiento hormonal con testosterona implicaba un método adecuado contraceptivo y creían que su uso garantizaría la inhibición de la



ovulación, por lo que no usaban métodos anticonceptivos. Con este contexto, los ginecólogos debían ofrecer asesoramiento al paciente, en dependencia del género autopercebido. Las opciones válidas fueron métodos de barrera, dispositivos intrauterinos o con levonorgestrel, ACO orales o inyectables de sólo progestágeno y ACO combinados. ^(2,3,5)

En cuanto a los controles ginecológicos, estos fueron importantes para ambos sexos, así se evitó infecciones de transmisión sexual (ITS) y diversos tipos de cáncer. En la prevención de ITS, como médico, fue importante brindar asesoramiento mediante una escucha activa y con atención personalizada a cada paciente. También se promovieron pruebas diagnósticas periódicas y se informaron sobre características que se asociaban a signos y síntomas de las ITS; reforzar el uso óptimo de los preservativos; vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y los virus de la hepatitis A y B, así como la administración de profilaxis post-exposición para el VIH y otras ITS. ⁽¹¹⁾

Gracias a las citas ginecológicas, en varones transgénero, se pudo prevenir el cáncer cervicouterino, con la realización del screening a toda persona con cuello de útero que haya tenido o no penetración vaginal, test de detección de VPH o Papanicolaou; cáncer de mama, ya que la mastectomía no es preventiva; cáncer de ovario; cáncer de endometrio, por lo que se sugirió ecografía ginecológica anual para control del grosor y características del endometrio. ^(12,13)

En mujeres transgénero, existió la prevención de cáncer de mama con las mismas pautas de rastreo que en una mujer cis; cáncer cervicouterino; cáncer de próstata, donde se tuvo en cuenta que el tratamiento hormonal con estrógenos redujo el tamaño de esta glándula sin reseques en la vaginoplastia; también del cáncer anal, mediante la muestra citológica del mismo junto con una anoscopía de alta resolución. De igual forma, se realizó la genitoscopía que consistía en la inspección con la colocación de un espéculo para evaluar el fondo de la neovagina y posibles lesiones. ⁽¹⁴⁾

La evidencia recolectada indicó que para preservar la salud y fomentar la atención ginecológica en personas transgénero, se abarcaban diversos aspectos. La cirugía de afirmación de género, con tratamientos como la mamoplastia, vaginoplastia y faloplastia, fueron los más comunes y eficaces en torno a los cambios físicos, con necesidad de un óptimo seguimiento postoperatorio. ⁽¹⁵⁾ Los autores Marín ⁽⁶⁾ et al.,



indicaron que las cirugías de reasignación de sexo han evolucionado a lo largo de los años, capacitando de mejor manera a los médicos al momento de brindar procedimientos menos invasivos. Este punto de vista difiere con los estudios de Coleman et al., ⁽⁷⁾ que mencionaban la necesidad de protocolos postoperatorios más eficientes para reducir complicaciones como infecciones, fallos en la cicatrización y la falta de comodidad o confianza de la persona trans consigo misma.

El tratamiento hormonal ayudó a obtener cambios fisiológicos y se tomó en cuenta que también puede implicar efectos sobre la densidad ósea (osteoporosis), sistema reproductivo y cardiovascular. ^(6,8)

La voz fue muy importante para completar el cambio de género, aunque dependiese del compromiso por ambas partes (el médico y el paciente), como lo indican Leyns et al. ⁽¹⁶⁾ a enfatizar que los resultados óptimos en mujeres trans dependían del cumplimiento del paciente y de una intervención rápida. En comparación, D'haeseleer et al. ⁽¹⁷⁾ dijeron que los cambios de voz a consecuencia de las hormonas fueron más evidentes en varones trans, dado que la testosterona engrosaba las cuerdas vocales, pero el estradiol no funcionaba igual en las mujeres trans, lo que devino necesaria una intervención quirúrgica.

Antes de iniciar con tratamientos hormonales y quirúrgicos, se debió concientizar sobre la oportunidad de criopreservación de gametos en parejas transgénero que deseaban formar una familia, pero esta información no era proporcionada a todos los pacientes como lo expresó Jalowiecka et al. ⁽¹⁴⁾ quienes afirmaron que la criopreservación dependía de factores personales y sociales; sin embargo, muchos pacientes no fueron informados acerca de esta alternativa. Mediante una encuesta a 79 jóvenes transgénero, se encontró que 66,0 % de los hombres y 67,0 % de las mujeres querían ser padres. En menos de 15,0 % de los casos se tocó el tema de la preservación de fertilidad y apenas en 5,0 % sobre la criopreservación de gametos. Estos datos que reflejaron la necesidad de fomentar las decisiones informadas en personas trans. ^(14,15)

Por el contrario, en parejas que no desearon concebir y para evitar infecciones de transmisión sexual, el hecho de conocer sobre los métodos anticonceptivos fue muy importante, ya que prevalecía un pensamiento erróneo entre los hombres transgénero quienes creían que la testosterona actuaba como anticonceptivo, lo



que conllevó a embarazos no deseados. A este punto se le hizo énfasis en las investigaciones aportadas por Cruz. ⁽¹⁴⁾

González ⁽¹¹⁾ destacó la adaptación de anticonceptivos de acuerdo con las necesidades del paciente, donde incluyó opciones como métodos de barrera, dispositivos intrauterinos e inyectables hormonales de solo prostágeno. Se consideró que algunos de estos últimos pudieron generar disforia en hombres trans. En la actualidad, los recursos educativos en torno a la prevención de ITS son escasos, opinión apoyada por National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine ⁽¹⁸⁾ quien argumentó que muchas campañas de salud sexual no manejaron información transgénero específica; causa para mayores riesgos de contagio.

Braun et al. ⁽¹⁹⁾ apuntaron que los hombres trans que mantuvieron su útero y ovarios tenían un mayor riesgo de cáncer endometrial debido al uso de testosterona sin bloqueadores hormonales adecuados, por lo que fue importante una revisión recurrente y atención médica especializada.

Núñez et al. ⁽⁵⁾ refirieron que las mujeres trans en terapia con estrógenos presentaron reducción en la densidad mineral ósea, lo que aumentó el riesgo de osteoporosis, además de que someterse a terapia hormonal pudo influir en la salud cardiovascular en paciente con antecedentes preexistentes. Pero, Chrisostomo et al. ⁽²⁰⁾ contradijeron esto tras mencionar que los cambios ocurridos en la densidad ósea no siempre fueron clínicamente relevantes; además, algunos pacientes de estrógeno estuvieron protegidos gracias a su administración. Iguales resultados a los anteriores se reflejaron en los estudios de Antsaklis y col. ⁽²¹⁾

En conjunto con el tratamiento quirúrgico, sin los controles médicos adecuados, también se podrían presentar cánceres como el cervicouterino, de mama y de próstata. Esta idea se sustentó por Uchimira et al. ⁽¹⁰⁾ quienes señalaron que el estar bajo los efectos de hormonas ajenas al sexo asignado al nacer se podía asociar con un mayor riesgo de padecer diversos tipos de cáncer.

Dentro de las complicaciones en el aparato cardiovascular, Masumori et al. ⁽²²⁾ observaron un aumento en la incidencia de eventos trombóticos en el grupo de mujeres trans con terapia de estrógeno oral, mientras que Mullins et al. ⁽²³⁾ identificaron que este riesgo podría ser menor al usar estrógeno transdérmico en



lugar de administrarlo de manera oral. Iguales resultados se vio reflejados en los estudios de Ferrando y col. ⁽²⁴⁾

En el caso de los hombres, los autores Miranda ⁽²⁵⁾ y Nicholls ⁽²⁶⁾ et al. mencionaron que los varones en terapia de testosterona pudieron experimentar un aumento en el colesterol LDL y la presión arterial. Se sugirió también la necesidad de un monitoreo regular para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en ambos géneros.

Autores como Allen ⁽²⁷⁾, Gerritse ⁽²⁸⁾ y Sundus ⁽²⁹⁾ et al., en sus trabajos realizaron importantes aportes para tener en cuenta por cualquier investigador en esta rama y en sus investigaciones aportaron muchas ideas a tan importante y controversial tema que concierne en estos días a todo el personal de salud.

Consideraciones finales

La salud ginecológica en personas transgénero, a pesar de haber sido excluida en el pasado por temas discriminatorios o pensamientos erróneos, ahora debe estar en conocimiento tanto del equipo médico como del grupo estudiado, para dar cumplimiento a sus derechos en base a la inclusión y respeto, ya que ellos al igual que las mujeres y hombres cisgénero requieren una atención de calidad al tener sus mismas características morfológicas. Aunque la información estadística y literaria en el contexto nacional es limitada, se intensifican los esfuerzos investigativos para aumentar el conocimiento de la población y garantizar salud ginecológica para todas las personas trans. Es fundamental continuar con el trabajo investigativo para obtener más información.

Referencias bibliográficas

1.Ovies Carballo G, García García Y, Monteagudo Peña G. Terapia hormonal cruzada en personas transgénero y riesgo cardiovascular. Revista Cubana de Endocrinología. 2025 [citado 3/03/2025];36(3):e515. Disponible en:



<https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/515/440>

2. Capandegui C. Ginecología y diversidad sexual. Servicio de urología del hospital Dr. Ricardo Gutiérrez» (La Plata). 2022 [citado 3/03/2025];1232-40. Disponible en:

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147943/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Cristancho CA. Barreras que presenta la población transgénero en la atención en salud sexual y reproductiva. Revisión de literatura. [Tesis]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA; 2023 [citado 3/12/2025]. 2-66 p. Disponible en:

<https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/74109253-ca6f-4f37-94c1-d52db18bfb80/content>

4. Hormaza Ángel MP, Jaramillo Jaramillo LI. Endocrinología Ginecológica: Claves para la práctica en la actualidad. Primera Edición. Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2024. [citado 3/03/2025];317 p. Disponible en: https://investigacion.upb.edu.co/ws/portalfiles/portal/70608947/LIBRO_Endocrinologia_ginecologica.pdf

5. Núñez MF, Masson W, Falconi M, Iroulart JM, Blanco R, Pizarro R. Impacto de la terapia hormonal de reafirmación de género en la salud cardiovascular. Rev Argent Cardiol. 2024 [citado 3/03/2025];92(6):448-56. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10221530.pdf&ved=2ahUKEwjU18Ll3d-WAxUqQzABHQe2AfeQFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw05OnqV3Wu-N5zoz5i-aUqK>

6. Marín Suarez LC, Ravelo Brochero K. Atención en salud de la población LGBTIQ+ para las cirugías de reasignación de sexo 2017-2023: revisión documental. [Tesis]. Barranquilla, Colombia: Corporación Universidad de la Costa; 2024. 1-58 p. [citado 3/12/2025]. Disponible en:

<https://repositorio.cuc.edu.co/server/api/core/bitstreams/503471f2-a05f-4b07-b8a5-9145b0f76401/content>

7. Coleman E, Radix AE, Bouman W. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 [citado



3/12/2025];23(Suppl 1):S1-S259. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

8.Ramírez Arroyo G, Salín Pascual RJ, Dávalos Fuentes MS. Relevance of the voice in the process of gender affirmation in transsexual women: A cross-sectional study. *Salud Ment.* 2022 [citado 3/12/2025];45(3):115-23. Disponible en:
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2022.016>

9.Viana Pareja A. Preservación de la fertilidad en personas transgénero: un enfoque multidisciplinario. [Tesis]. Alcobendas, Madrid: Universidad Europea de Madrid; 2023. 1-28 p. [citado 3/12/2025]. Disponible en:
<https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/6454/Ai%20noa%20VIANA%20PAREJA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10.Teruya Uchimura LY, Yonekura T, Figueiró MF, Quintans JR, Freire P, Maia FHA. (2025). Hormone therapy and cancer risks in transgender people: a systematic review. *Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil.* 2025 [citado 3/12/2025];33(spe1):e2024319. Disponible en:
<https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024319.especial.en>

11.González Mariño MA. La mama en la mujer transgénero. Revisión sistemática. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2022 [citado 3/12/2025];82(3):373-82. Disponible en:
<https://ve.scielo.org/pdf/og/v82n3/0048-7732-og-82-03-373.pdf>

12.Berni AC, Wamboldt R, Baranchuk A. Arritmias en personas transgénero. *Arch. Cardiol. Méx.* 2023 [citado 3/12/2025];93(Suppl 3):18-22. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402023000700006&lng=es.

13.Torres Cruz C. La cisheterosexualización de la atención biomédica al Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer cervicouterino (CaCu) en México. DF. 2024 [citado 3/08/2025];67:95-126. Disponible en:
https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/2448/2183

14.Jalowiecka I, Gomez Balanguer M, Hurtado Murilo F, Morias Ariño C, Martínez Fernandez GS, Fernandez Colazo P, et al. Deseo reproductivo y de preservación de gametos en personas transgénero: encuesta sobre el interés real en una cohorte de un hospital terciario español. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.* 2023 [citado



3/12/2025];66(1):8-13.

Disponible

en:

<https://sego.es/documentos/progresos/v66-2023/n1/02%20Deseo%20reproductivo%20y%20de%20preservacion%20de%20gametos.pdf>

15. Urology Care Foundation. Linthicum: Marican Urologycal Association; c2022 [citado 3/12/2025]. Preservación de la fertilidad y concepción en personas de género diverso. Lo que debe saber; [aprox. 2 p.]. Disponible en:

<https://www.urologyhealth.org/documents/Product-Store/Spanish/SexualHealth-AdultGender-FertilityPreservation-FS-2022-Spanish.pdf>

16. Leyns C, Papeleu T, Tomassen P, T'Sjoen G, D'haeseleer E. Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. Int J Transgend Health. 2021 [citado 3/12/2025];22(4):360-80. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10553375/>

17. D'haeseleer E, Depypere H, Claeys S, Baudonck N, Van Lierde K. The impact of hormone therapy on vocal quality in postmenopausal women. J Voice. 2012 [citado 3/12/2025];26(5):671.e1-7. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089219971100213X>

18. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Sexually Transmitted Infections: Adopting a Sexual Health Paradigm. Washington, DC: The National Academies Press (US);2021 [citado 3/12/2025]. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573154/pdf/Bookshelf_NBK573154.pdf

19. Braun H, Nash R, Tangpricha V, Brockman J, Ward K, Goodman M. Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. Epidemiol Rev. 2017 [citado 3/12/2025];39(1):93-107. Disponible en:

<https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>

2. Chrisostomo KR, Skare TL, Chrisostomo HR, Barbosa E JL, Nisihara R. Transwomen and bone mineral density: a cross-sectional study in Brazilian population. Br J Radiol. 2020 [citado 3/12/2025];93:20190935. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7336062/>

21. Antsaklis A, Capito LB, Pandit SN; FIGO Committee on Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethics in the provision of obstetric and gynecologic health care for non-binary and transgender individuals. Int J Gynaecol



Obstet. 2024 [citado 19/08/2026];167(3):968-71. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15925>

22.Masumori N, Nakatsuka M. Cardiovascular Risk in Transgender People with Gender-Affirming Hormone Treatment. *Circulation reports*. 2023 [citado 3/12/2025];5(4), 105–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-23-0021>

23.Mullins TLK, Mullins ES. Thrombotic risk associated with gender-affirming hormone therapy. *Journal of thrombosis and haemostasis: JTH*. 2024 [citado 3/12/2025];22(8),2129–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtha.2024.05.015>

24.Ferrando CA. Gynecologic care of transgender and gender-diverse people. *Obstet Gynecol*. 2024 [citado 19/08/2026];143(2):243-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005440>

25.Miranda Malpica E, López Cuéllar J. Riesgo de enfermedad cardiovascular en la población transgénero. *Archivos de cardiología de México*. 2023 [citado 19/08/2026];93(Supl),26–30. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ACM.M23000091>

26.Nicholls EJ, McGowan CR, Miles S, Baxter L, Dix L, Rowlands S, et al. The provision of cervical screening for transmasculine patients: a review of clinical and programmatic guidelines. *LSHTM Research Online*. 2022 [citado 19/08/2026];49(2):1-17. Disponible en: https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4667975/7/Nicholls_etal_2022_The-provision-of-cervical-screening-for-transmasculine-patients.pdf

27.Allen LR, Adams N, Ashley F, Dodd C, Ehrensaft D, Fraser L, et al. Principlism and contemporary ethical considerations for providers of transgender health care. *Int J Transgend Health*. 2024 [citado 19/08/2026];26(3):611-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2303462>

28.Gerritse K, Hartman LA, Bremmer MA, Kreukels BPC, Molewijk BC. Decision-making approaches in transgender healthcare: conceptual analysis and ethical implications. *Med Health Care Philos*. 2021 [citado 19/08/2026];24:687-99. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-021-10023-6>

29.Sundus A, Shahzad S, Younas A. Ethical and culturally competent care of transgender patients: a scoping review. *Nurs Ethics*. 2021 [citado



Conflicto de interés

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Karellys Nathaly Saltos Bustamante: Análisis formal, investigación, validación, redacción, administración del proyecto, redacción-revisión y edición. Participación: 40,0 %.

María Ilusión Solís Sánchez: Conceptualización, investigación, redacción-revisión, validación y supervisión. Participación: 35,0 %.

Nancy Yolanda Urbina Romo: Adquisición de fondos, investigación, validación y supervisión. Participación: 25,0 %.

Revisores: Dr. C. Grisell Argilagos Casasayas

Dr. C. Maribel Brull González

Corrector: Lic. Eslaine Regalado Juan

