

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Anticoncepción para personas trans y nb

María Garrido Contreras
GdT Salud LGTBIQ+ SEMFYC
Centro de Saúde Palas de Rei, Lugo



Cambio de paradigma

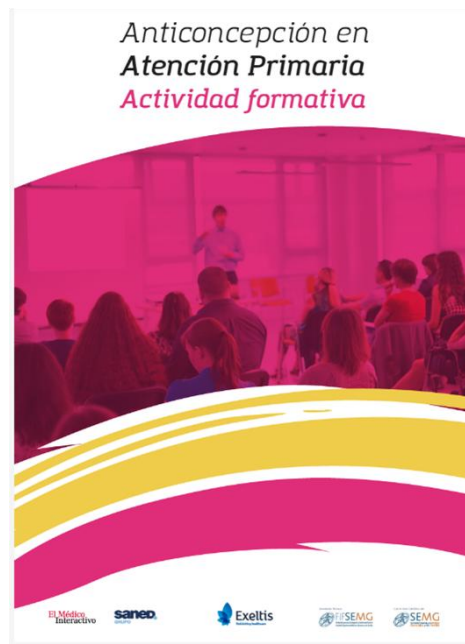
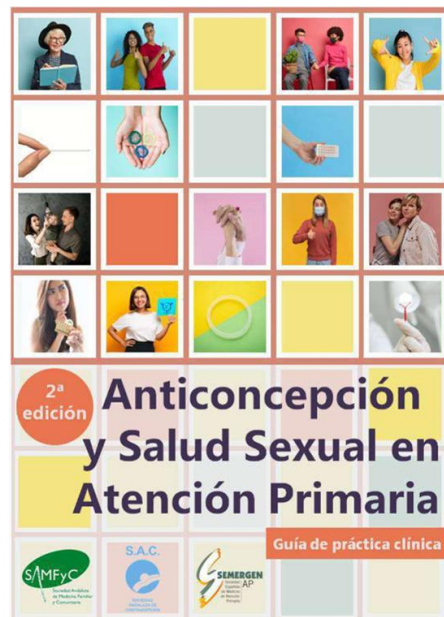
Salud trans-específica vs servicios de salud trans-competentes
(*Transgender care and wellbeing*. The Lancet, 2016)

Médico de familia actor principal en el acompañamiento de la salud de personas trans, incluyendo transición médica.
(*WPATH Standards of care* ed. 8)



Conflicto de intereses

- No tengo interés comercial ni pecuniario en torno al tema de la ponencia.
- La organización del Congreso ha cubierto mis costes de inscripción y transporte.
- En todo caso, tengo interés personal, profesional y político por la mejor atención clínica para las personas LGTBIQ+.



¿DÓNDE APRENDER PARA SABER DE ANTICONCEPCIÓN?

Tu fuente fiable de información en Internet

¿QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HAY?

Se pueden dividir en 3 tipos

DE BARRERA

- El preservativo, tanto masculino como femenino
- El diafragma
- El capuchón cervical

HORMONALES

- La píldora anticonceptiva
- El anillo vaginal
- El implante
- El parche

QUIRÚRGICOS

- La vasectomía
- La ligadura de trompas

OTROS

No son métodos anticonceptivos la marcha atrás, mantener relaciones sexuales durante la menstruación, orinar tras las relaciones sexuales u otros mitos populares.

Aparte de los métodos anteriores existe el DIU, que puede actuar como barrera o como hormonal depende del tipo de dispositivo

También existe la famosa "píldora del día después", compuesta de hormonas. NO ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, sino una píldora de emergencia ante el fallo de los previos.

PUNTOS DE INFORMACIÓN

Colegio o instituto: lo normal es que en los centros educativos se hagan charlas para informar sobre la salud sexual, por personal experto. Suele haber personal formado para orientar en esta materia.

Profesional de la salud.

- Centro de planificación familiar, asociado al centro de salud: suele constar de médico, enfermera o matrona y trabajador social.
- Su médico de atención primaria: tiene formación para aconsejar sobre qué método es el ideal en cada caso y prescribirlo si fuese necesario.
- Matrona: suele haber una en los centros de salud. Abarca toda la atención de la mujer, desde la adolescencia al climaterio.
- Su enfermera de atención primaria: al igual que el médico también puede dar información concreta sobre anticoncepción.
- Asociaciones locales: por ejemplo, en Castilla y León existen Dialogasex y la Fundación Triángulo, entre otras.

Laura Polo Galán, MIR Medicina Familiar y Comunitaria C.S Arturo Eyries Valladolid Oeste





Álex

es un hombre trans gay de 30 años, no fumador, lleva 4 años utilizando testosterona a ½ dosis. Ha oído que con la testosterona no puede quedarse embarazado, pero con las dosis que utiliza él sigue teniendo reglas.

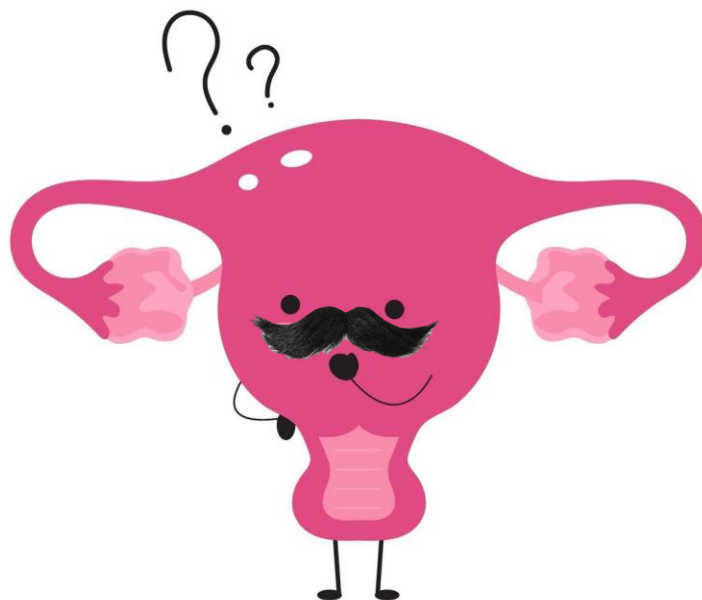
Solicita información y consejo médico sobre cómo prevenir embarazo no deseado...

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



#MADsemFYC
CONGRESODELASEMFYC.COM

SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

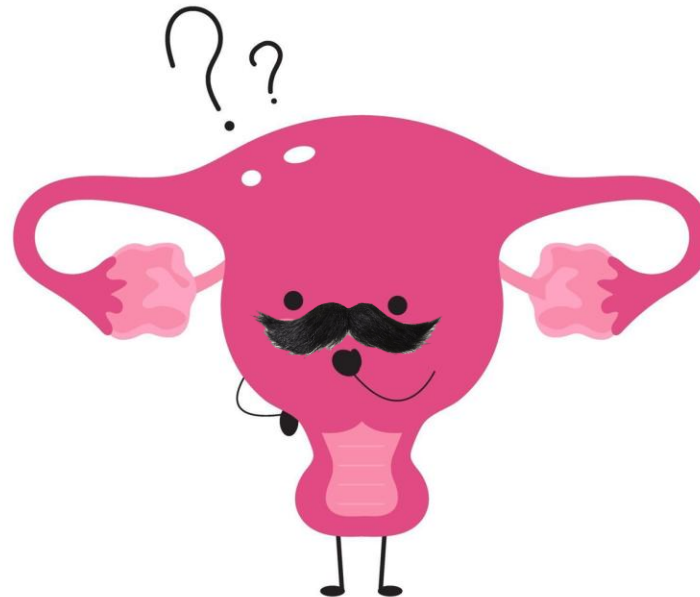


¿Hay alguna
interacción entre la
testosterona y los
ACHs que pueda
poner en riesgo la
salud?

¿Qué efectos de los
ACHs pueden afectar
de forma diferente a un
paciente trans frente a
una paciente cis?

¿Es la testosterona
un anticonceptivo
seguro?

¿Cómo hablo de todo
esto con mi paciente?



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Relacionados con el tratamiento

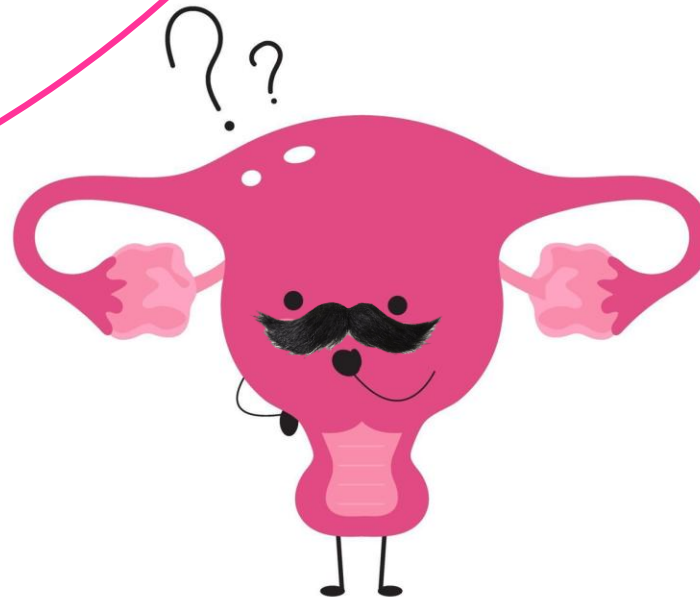
¿Hay alguna interacción entre la testosterona y los ACHs que pueda poner en riesgo la salud?

¿Es la testosterona un anticonceptivo seguro?

Relacionados con el paciente

¿Qué efectos de los ACHs pueden afectar de forma diferente a un paciente trans frente a una paciente cis?

¿Cómo hablo de todo esto con mi paciente?





¿Es la testosterona un anticonceptivo seguro?

Varios estudios (EEUU) muestran tasas de **embarazo no deseado** similares la población general.

El **20%** de los embarazos en hombres trans habían ocurrido estando en **amenorrea** por el tratamiento con testosterona.



¿Hay alguna interacción entre la testosterona y los ACHs que pueda poner en riesgo la salud?

No hay datos de interacciones farmacológicas entre ningún anticonceptivo y la testosterona.

Todos los métodos anticonceptivos disponibles para mujeres cis deben ser ofrecidos a las personas trans, con o sin uso de testosterona a la vez.

Las **contraindicaciones** por cuestiones de seguridad son las **mismas** que para mujeres cis.



	Testosterona	ACHO
Riesgo cardiovascular	No demostrado pero sí aumenta LDL y TA	Sí
Riesgo tromboembólico	No (salvo en teoría casos de poliglobulia)	Sí



1. **Stroke and Myocardial Infarction With Contemporary Hormonal Contraception: Real-World, Nationwide, Prospective Cohort Study.** Yonis H, Løkkegaard E, Kragholm K, et al. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2025;388:e082801. doi:10.1136/bmj-2024-082801.
2. **Combined Oral Contraceptives: The Risk of Myocardial Infarction and Ischemic Stroke.** Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, et al. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(8):CD011054. doi:10.1002/14651858.CD011054.pub2.
3. **Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones.** van Kesteren PJM , Asscheman H , Megens JAJ , Gooren LJG. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1997;47(3):337–343.
4. **Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses.** Elamin MB , Garcia MZ , Murad MH , Erwin PJ , Montori VM . *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(1):1–10.
5. **Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review.** Teal S, Edelman A. *JAMA*. 2021;326(24):2507-2518. doi:10.1001/jama.2021.21392.
6. **Assessing the Risk of Venous Thromboembolism in Trans Masculine Persons on Gender-Affirming Hormone Therapy: A Literature Review.** Hugueny J, de Ricolfis A, Johnson N, Chabbert-Buffet N, Cristofari S. *Thrombosis Research*. 2025;256:109516. doi:10.1016/j.thromres.2025.109516.
7. **Effects of Gender Affirming Hormone Therapy With Testosterone on Coagulation and Hematological Parameters in Transgender People Assigned Female at Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Tienforti D, Pastori D, Barbonetti A. *Thrombosis Research*. 2024;236:170-178. doi:10.1016/j.thromres.2024.02.029.



¿Qué efectos de los ACHs pueden afectar de forma diferente a un paciente trans frente a una paciente cis?

ACH combinados:

- Sensibilidad mamaria interfiere con uso del **binder**.
- Pueden interferir ligeramente con **efectos masculinizantes** de testosterona.

ACH solo gestágenos:

- Menos probable sensibilidad mamaria, pero cuando aparece más persistente.
- Puede hacer que reaparezca **sangrado menstrual**.

DIU:

- **Exploración vaginal** más dolorosa por atrofia secundaria a testosterona.
- Rechazo a acudir a ginecología por disforia, mala experiencia previa.
- Población trans más prevalencia de historia de trauma sexual.



¿Cómo hablo de todo esto con mi paciente?

Exponer que para mí es un **tema nuevo** que he tenido que estudiar y que no tengo experiencia previa con otros pacientes.

Explicar la **información** que he encontrado de manera comprensible, incluyendo las lagunas o incertidumbres.

Preguntar **cómo de importante** es para él cada cosa, no dando por hecho (tener sangrado o no, hacer una exploración genital o no...).

Preguntar si hay algo en particular que no tiene claro o que le **preocupe**.

Agradecer la confianza y la oportunidad de aprendizaje.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Guía de Antic*ncepción para personas trans y/o NB

María Garrido,
médica del grupo de trabajo de Salud LGTBI+ de la SEMFYC
en colaboración con EUFORIA. Familias Trans-Aliadas





2 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS TRATAMIENTOS HORMONALES AFIRMATIVOS Y LA FERTILIDAD



A. Testosterona



- El tratamiento con **testosterona a dosis plenas suele suprimir el sangrado menstrual a los 6 meses** (la palabra técnica para la interrupción del sangrado es amenorrea). Esto no es así en todas las personas, especialmente si se emplean dosis bajas de testosterona. En caso de que pasados 6 meses con dosis completas no haya una desaparición de los sangrados, sería conveniente consultar con tu médique para hacer algunos estudios.
- El hecho de **estar en amenorrea no garantiza que no pueda producirse un embarazo**, según un estudio el 20% de los embarazos no deseados en hombres trans/personas NB fueron en situación de amenorrea por testosterona. Por lo tanto, **la testosterona no se puede considerar un método anticonceptivo fiable**.

- La **testosterona puede producir malformaciones importantes en el feto si se administra durante el embarazo**, por lo que mientras se está usando testosterona está muy desaconsejado tener un embarazo.
- Precisamente **al estar en amenorrea, es fácil que un embarazo pase desapercibido** durante demasiadas semanas, por lo que es aconsejable ante cualquier duda hacerse un test.
- Hay escasez y necesidad de investigación sobre el efecto del tratamiento mantenido con testosterona en la fertilidad futura. Se sabe que **en muchos casos al interrumpir el tratamiento con testosterona se recupera la fertilidad, pero no está claro que siempre sea así**. Por tanto, **si te planteas tener hijos en el futuro con tus propios óvulos, quizás quieras plantearte la posibilidad de congelar ovocitos**, que es algo a lo que tienes derecho dentro de la asistencia sanitaria pública en el estado español.





B. Estrógenos y bloqueadores de andrógenos



Hay algunos estudios que miran los efectos de los tratamientos hormonales con estrógenos y bloqueadores de andrógenos sobre la producción de espermatozoides en personas alosexuales con testículos, pero no son muy clarificadores:

- En la mayor parte de los casos, **al cabo de unas semanas con tratamiento a "dosis plenas" se dejan de producir espermatozoides, pero no siempre es así.** En un porcentaje que varía entre un estudio y otro se encontraban personas que seguían produciendo cierta cantidad de espermatozoides.
- Es muy difícil interpretar bien estos resultados, porque **los tratamientos con estrógenos y con bloqueadores de andrógenos son mucho más variados que los tratamientos con testosterona.** No se han estudiado específicamente los efectos de cada uno de los tratamientos por separado y en los estudios no se explica claramente que son "dosis plenas" para cada tratamiento. Incluso en algunos de los estudios se había detenido el tratamiento unas semanas antes.

- Lo que sí se sabe es que **en bastantes casos la ausencia de espermatozoides seguía viéndose bastante tiempo después de interrumpir el tratamiento,** es decir, que podría perderse la fertilidad a largo plazo después de un tiempo de tratamiento hormonal afirmativo.

En resumen:

- Aunque **parece que en la mayoría de casos con dosis plenas de los tratamientos no hay espermatozoides,** faltan estudios para saber el porcentaje de fiabilidad de los tratamientos afirmativos para personas trans con testículos como método anticonceptivo. **Para mayor seguridad, se recomienda emplear algún método anticonceptivo.**
- Si te planteas tener hijos en el futuro con tus propios espermatozoides, quizás quieras plantearte la posibilidad de congelarlos antes de empezar el tratamiento, que es algo a lo que tienes derecho dentro de la asistencia sanitaria pública en el estado español.





6 SANGRADO/AMENORREA



No hay datos sobre la aparición/desaparición de sangrados al añadir un anticonceptivo al tratamiento con testosterona. Lo que se sabe y no se sabe, más o menos, es lo siguiente:

- La experiencia clínica sugiere que **la aparición de sangrado tras iniciar un anticonceptivo en una persona que previamente está en amenorrea por testosterona es improbable.**
- De hecho, **en personas en las que no se está consiguiendo la amenorrea con testosterona a dosis plenas, después de una valoración médica para descartar causas importantes de ese sangrado, si la persona quiere no tener sangrados se suelen utilizar anticonceptivos hormonales para suprimirlos.**
- Los métodos que logran tasas de amenorrea mayores son: DIU de Levonorgestrel e inyección de medroxiprogesterona depot (cada 3 meses). Ambos son métodos de progestágenos solos. Puede tardar hasta 1 año en lograrse la amenorrea y no está garantizada.
- Los ACHC son alternativa para lograr la amenorrea en plazo más corto pero tienen otros problemas (riesgo tromboembólico, posible pequeña disminución de efecto de testosterona).

- **El DIU de cobre y el implante de progestágeno son los que más sangrados provocan, en ocasiones hay que retirarlos por ese motivo.**





7 BIBLIOGRAFÍA

- 1) Light A, Wang L, Zeymo A, Gomez-lobo V. Family planning and contraception use in transgender men Contraception [Internet]. 2022;98(4):266-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- 2) Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Clinical Opinion Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2022;222(2):134-43. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30955-X/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30955-X/abstract)
- 3) Bentsianov S, Gordon L, Goldman A, Jacobs A, Steever J. Use of Copper Intrauterine Device in Transgender Male Adolescents. Contraception [Internet]. 2022;98(1):74-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- 4) Bonnington A, Dianat S, Kerns J, Hastings J, Hawkins M, Haan G De. Society of Family Planning clinical recommendations : Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth q , qq. Contraception [Internet]. 2022;102(2):70-82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>

- 5) Alvisi S, Gava G, Seracchioli R, Cristina M. Contraception across transgender. Your Sex Med J. 2021;710-9.
- 6) Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. 2019;134(1):81-90.
- 7) Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(4):674-86.
- 8) Francis A, Jasani S, Bachmann G. Contraceptive challenges and the transgender individual. Women's Midlife Heal. 2018;10-3.
- 9) Choi, J.Y.; Kim, T.J. Fertility Preservation and Reproductive Potential in Transgender and Gender Fluid Population. Biomedicine 2022,10, 2279.
- 10) F. Schneider, S. Kliesch, S. Schlatt and N. Neuhaus. Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. Andrology 2017.



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¡Muchas gracias!

lgdtbiqqdt@semfyc.es