

I Jornada Catalina Santana 2022

Atención ginecológica a personas Trans

STA. CRUZ DE TENERIFE



GINECOLOGÍA

Entradas

Virtuales
Gestora de casos
Endocrino
Otros



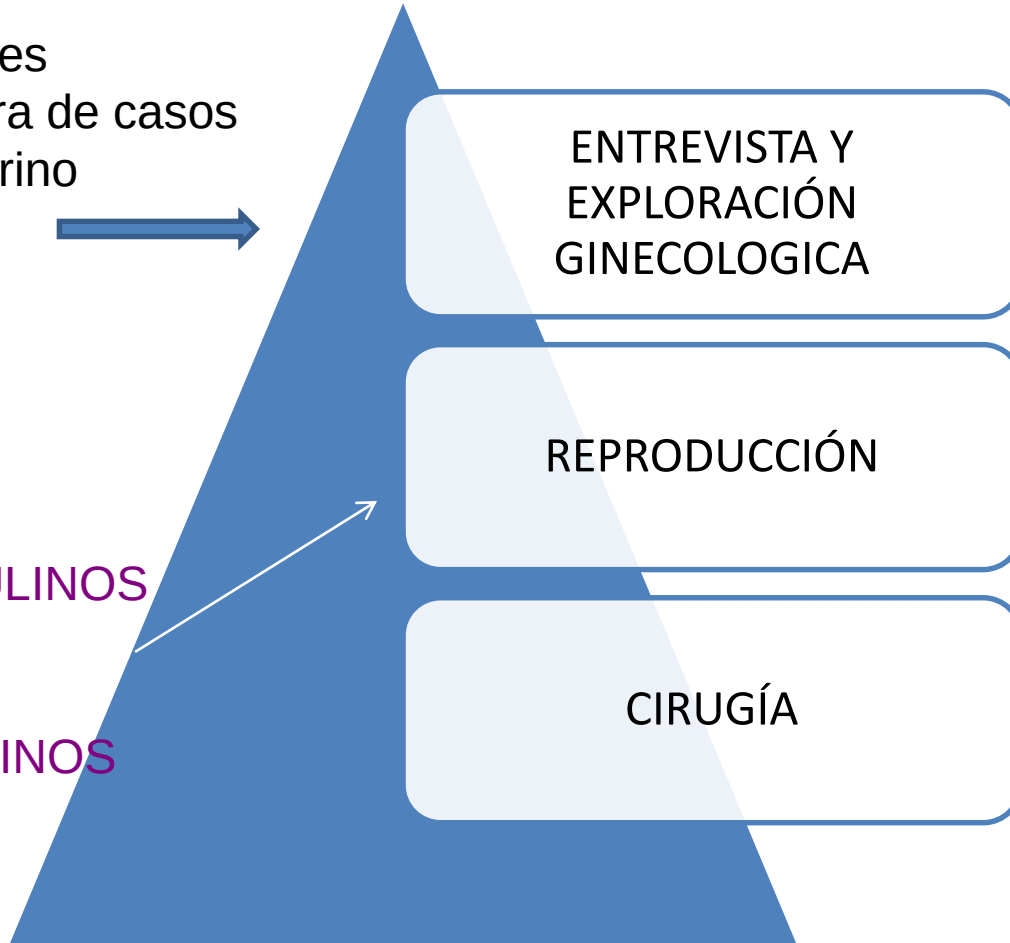
ENTREVISTA Y
EXPLORACIÓN
GINECOLÓGICA

REPRODUCCIÓN

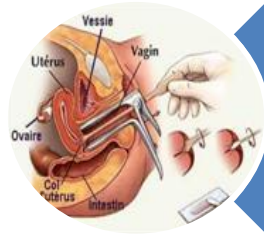
CIRUGÍA

PERSONAS
TRANS MASCULINOS

PERSONAS
TRANS FEMENINOS



GINECOLOGIA



REVISIÓN

COMPLICACIONES



ASESORAMIENTO

ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLOGICA



- LA IMPORTANCIA DE LLAMAR POR SU NOMBRE
- LA EMPATIA Y EL RESPETO
- LA NORMALIZACIÓN

ANDROGENIZACIÓN DE LA PIEL

GENITALES EXTERNOS, MAMAS

HIMEN INTEGRO

ECO TRANSRECTAL

PERSONA

- MIEDOS
- PUDOR
- VERGUENZA

PROFESIONALES

- DESINFORMACIÓN
- EXTRAÑEZA
- FALTA DE EMPATIA O DE INTERIORIZACIÓN

EFFECTOS DE LA TESTOSTERONA

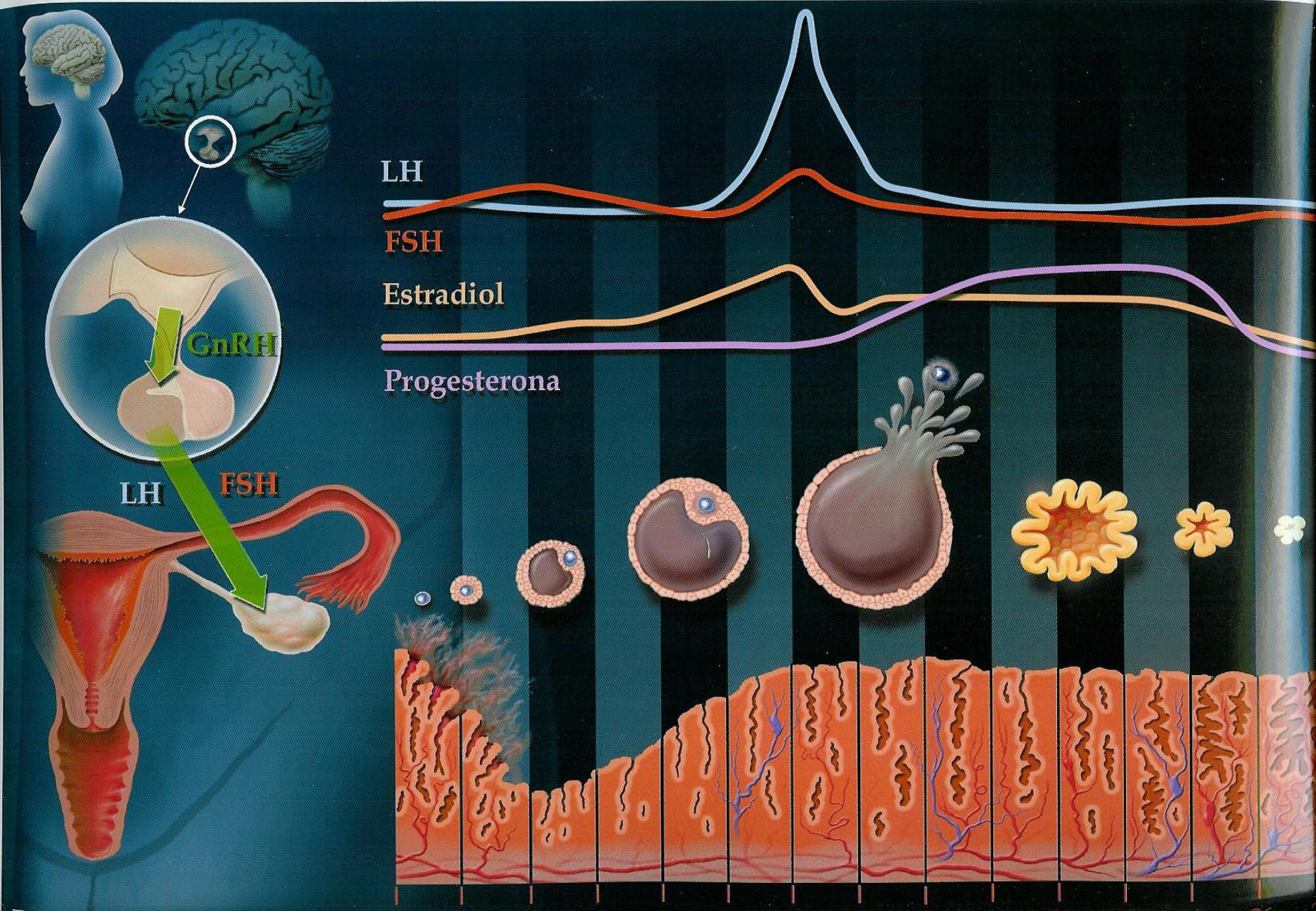


TRATAMIENTO HORMONAL

Suprimir los caracteres secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible.



Ciclo menstrual



TRANSGENERO

Inconvenientes → pérdida de la función reproductiva en la paciente

Pérdida de la fertilidad → Estrés emocional



IMPORTANCIA PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD



ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLOGICA

“Sexo es lo que se ve género es lo que se siente.
La armonía entre ambos es esencial para la
felicidad del ser humano”



Harry Benjamin, 1976



DERECHO A LA REPRODUCCIÓN

- Convenio para la *Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales* contempla el derecho de cualquier mujer u hombre, a partir de la edad núbil, a formar una familia.
- **Principios de Yogyakarta (2007):**
Aplicar el derecho internacional de los Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, donde se reconoce la personalidad jurídica y el derecho a formar una familia de las personas con disforia de género.

Ley de Igualdad

Decreto 14/11/2021 de la cartera de servicios de la seguridad social

DESEOS REPRODUCTIVOS

Deseos reproductivos:

- *Sutter et al*: 120 transexuales femeninos: 40% deseo genésico.
- Wierckx et al: 50 transexuales masculinos: 54% deseos reproductivos y 8% en el pasado.

Algunos estudios > 65% (Báez, et al., 2010)

De Sutter P, Kira K, Verschoor A, Hotimsky A. The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. Int J Transgenderism. 2002;6. Wierckx K, van Caenegem E, Pennings G, Elaut E, Dedeker D, van de Peer F, et al. Reproductive wish in transsexual men. Hum Reprod. 2012;27:483---7.

Parenthood wishes and attitudes of transgendered people

Delia Báez 1,2, Pablo Hernández 1,3, Pedro Gutiérrez 1,3, Manuel Mas 1,4

Studies (CESEX)

1 University of La Laguna (ULL), Center for Sexual Health

2 University Hospital (HUC), Dept Obstetrics & Gynecology

3 University Hospital (HUC), Dept Urology

4 Department of Physiology, ULL.

Objectives

38071 Tenerife, Canary Islands, Spain

Child rearing by transgendered people is being debated on ethical and legal grounds in several countries including Spain (1,2). However, little is known about the actual feelings and attitudes of the transgendered subjects on this matter. This study explores the prevalence of parenting concerns in transsexual patients.

Design and Methods

The study participants were 64 male-to-female (M-to-F) and 40 female-to-male (F-to-M) transsexual patients going through hormonal sex reassignment therapy at the CESEX-HUC Gender Identity Disorder unit. Most of them were "primary" (i.e. feeling transgendered since childhood), heterosexually oriented (attracted towards people of the same biological sex), and had a stable partnership with non transgendered persons. None of them had biological children. They answered a questionnaire inquiring about their willingness to rearing children and their attitudes towards adoption and use of assisted reproduction techniques.

Results

- Male to Female transsexuals (Figure 1).

The subjects mean age ($\pm$ SEM) was 32 ± 1.4 yrs. Almost one half of the subjects (48.4%) have considered of child rearing; 62.5 % would like to have had their own child; 20.31 % preferred using their own sperm, but a vast majority (78.13 %) would prefer adoption. As for the parental role, the overwhelming majority (81.25%) would raise their children as mothers, rejecting the father role.

- Female to Male transsexuals (Figure 2)

The subjects mean age ($\pm$ SEM) was 27 ± 1.5 yrs. It was found that 57.5 % have considered of child rearing, although only 25 % would like to have borne a child. As for assisted reproduction options 58% of the F-M subjects would consider donor insemination of their partners; 45 % would use sperm from an anonymous donor and 25% from a known donor. Like the M-to-F subjects, most of the F-to-M patients (82.5 %) would prefer adoption. Again, virtually all of them (95%) would bring up their children as fathers, rejecting the maternal role.

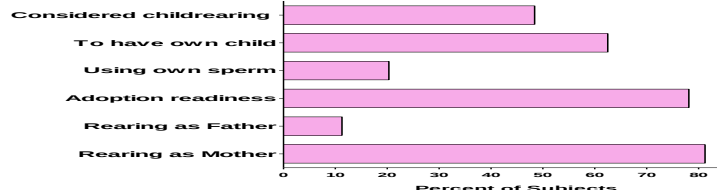


Figure 1

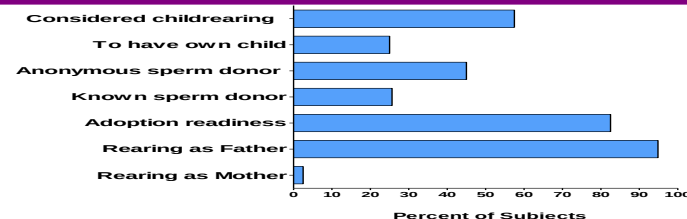


Figure 2

Discussion

There is a dearth of information on the issue of parenthood desires of transgendered people making it difficult contrasting the present findings. Thus, we are not aware of any published survey on reproductive wishes of F-to-M transsexuals. The only published survey we know of was conducted on the Internet by De Sutter et al (3) on 121 M-to-F transsexuals resulting in a far more heterogeneous sample (regarding country of residence, language, age, sex orientation, and treatment stages) than ours. They found that one half of their respondents would prefer having their own biological child, which is at variance with the 20 % of our patients willing to use their own sperm. In this regard it must be taking into account that at the time of the survey all of our patients were already receiving hormone therapy; quite likely that prevented many of them from choosing their own sperm as an option.

Regardless of their gender, both groups of the transsexual patients reported here show some commonalities. Thus, about one half of them expressed wishes for parenthood. Most of them were open to adoption, albeit a substantial fraction would consider using assisted reproduction techniques. The overwhelming majority would assume the parental role of the desired gender.

As current reproductive technology makes it feasible, we agree with De Sutter (4) and Greenman (5) in that gamete preservation possibilities should be discussed with, and eventually be offered to the transsexual patient before starting hormonal and surgical sex reassignment.

Conclusions

These data, albeit drawn from a rather small sample, show that concern about parenthood is common in transsexual patients. This usually neglected aspect of the transgendered health care deserves further in-depth studies also addressing preservation of fertility options as sperm and egg banking.

References

- Murphy TF. The ethics of helping transgender men and women have children. *Perspect Biol Med* 2009; 53 :46-60.
- Alvarez-Díaz JA. A father's motherhood... or a mother's fatherhood? *Transgender, assisted reproduction and bioethics*. *Gac Med Mex* 2009; 145:151-7.
- De Sutter P, Kira K, Verschoor A, Hotimsky A. The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *Int J Transgenderism* 2002; 6 (3) (http://www.symposium.com/ijtl/jtvo06no03_02.htm).
- De Sutter P. Gender reassignment and assisted reproduction: present and future reproductive options for transsexual people. *Hum Reprod* 2001; 16: 612-4.
- Greenman Y. The endocrine care of transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:1014

Dra. Delia Baez Quintana
Jefe Sección en funciones
Unidad de Reproducción Humana

Asunto: Informe sobre congelación gametos en transexual.

Solicitado informe sobre la posibilidad de criopreservar semen a paciente transexual, comenzaremos tomando como punto de partida la Resolución del Parlamento Europeo de 12 de septiembre de 1989, sobre la discriminación de los transexuales (Doc. A3-16/89), mediante el cual se recomienda a los Estados miembros la toma de decisiones políticas encaminadas a reducir la discriminación social de este colectivo.

La Constitución Española, por su parte, en su artículo 10, establece: "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social". La norma fundamental habla de "persona" sin distinción de género. Continúa en su artículo 14 "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social", estableciendo el principio de igualdad, en lo que nos atañe, particularmente referido a la no discriminación por razón de sexo, en el mismo sentido que el art. 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que defiende el derecho a la no discriminación entre otros, por motivos de género.

La Ley estatal 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, aborda de manera parcial la no discriminación, referida al aspecto Registral, lo cual es parte del avance dirigido a reconocer como derecho humano fundamental el derecho de toda persona al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género.

La ley autonómica 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales (BOC 215, de 5.11.2014), recoge una perspectiva más integral, buscando la participación en condiciones de igualdad efectiva en la vida política, económica, cultural y social del archipiélago. La Ley habla de igualdad de oportunidades, de eliminar la discriminación por orientación sexual e identidad de género, y concretamente, en el Título II "De la atención sanitaria de las personas transexuales", estableciendo que tienen derecho en hospitales y centros sanitarios:

"A que se adopten todas las medidas administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar sus derechos reproductivos, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, dentro del marco de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios del SNS".

La ley canaria es mucho más explícita pues establece, no sólo expresamente el derecho de aseguramiento de los derechos reproductivos (sin distinción de si es varón o mujer), sino además, a que se haga con cargo a la Seguridad Social.

La **preservación de la fertilidad** se encuentra expresamente regulada en nuestro ordenamiento jurídico en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Su exposición de motivos comienza hablando del derecho a la protección de la salud en condiciones



19.10.16

76.781

El documento ha sido firmado electrónicamente por:

TA PENIA MACHIN - GRUPO TÉCNICO FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha: 18/10/2016 - 13:17:04

La verificación de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
0Qf0x07QWxN0vA1_Yr-H7uk6ag61



El documento ha sido descargado el 19/10/2016 - 08:17:55

- *Ley 14/2006, en el artículo 11 “Sobre la crioconservación de gametos y preembriones”, puntualiza que el semen puede ser crioconservado durante la vida del varón de quien procede.*
- *Ley 3/2007, conservación de derechos inherentes a la persona previo cambio registral.*

DOS OPCIONES

1. Reproducción natural antes o después de la hormonoterapia
2. Conservación de gametos +/- TRA.
 - Otras opciones...
 - Adopción de niños ajenos
 - O de hijos de pareja



REPRODUCCIÓN NATURAL

- 2008, Thomas Beatie (EE. UU). Primer TM, parto normal a niña sana.
- 2 PN posteriores.



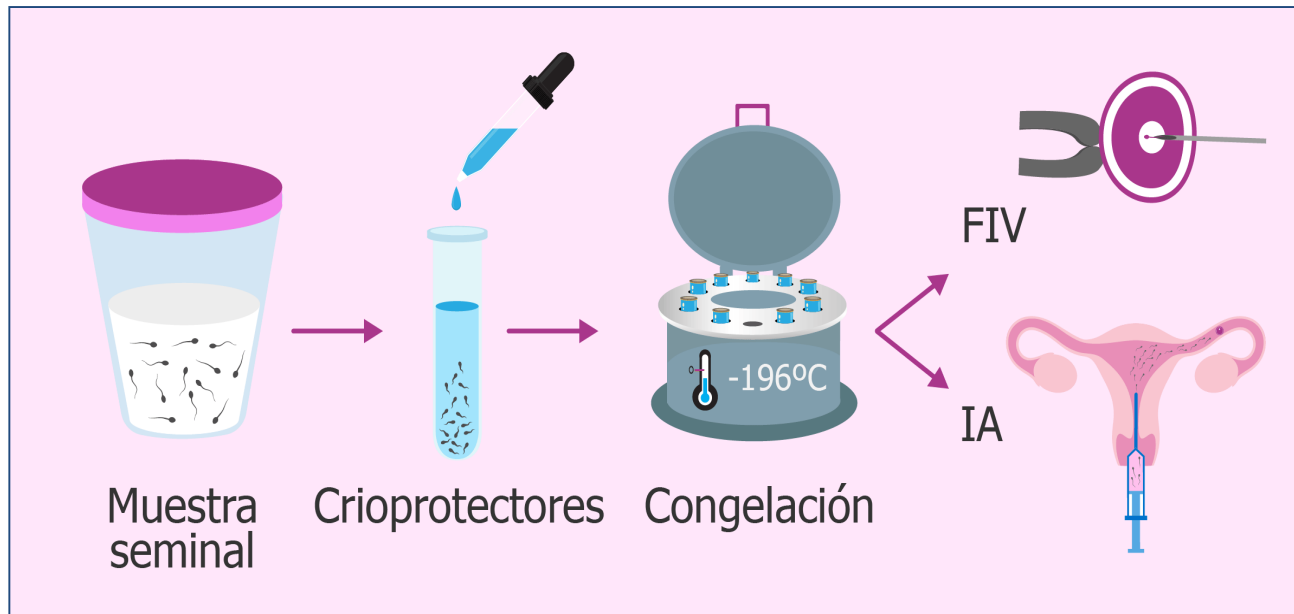
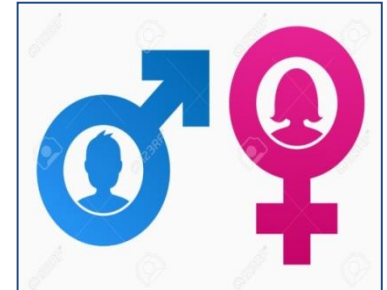
TRATAMIENTO HORMONAL TRANS FEMENINO

- ANTIANDRÓGENOS
- ESTRÓGENOS



TRANSEXUAL FEMENINO:

- Criopreservación espermática:
Sherman 1953.



Fotos históricas: Primera donación de semen en España. Antxón Lizarramendi Bengoechea. Bilbao 1948

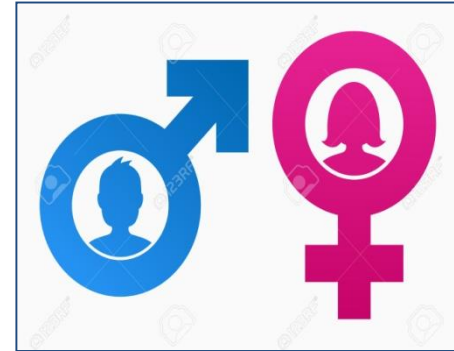


Sherman JK, Bungerer RG. Observation on preservation of human spermatozoa at low temperatures. Proc Soc Exp Biol Med. 1953;82:686---8.

CONTROVERSIAS

TRANSEXUAL FEMENINO:

- Criopreservación espermática:
 - ¿PARA QUIÉN?
 - ¿MUJER TRANS HOMOSEXUAL?
 - ¿UTERO SUBRROGADO?
 - ¿ES LEGAL CONGELAR PARA ALGO PROHIBIDO EN ESPAÑA?
 - PAREJAS DE INTERÉS



ESPERANZA.
Teleoperadora. Logró
cambiar su sexo
legal sólo tras
pasar por cirugía
de reasignación.

TRANSEXUALES FEMENINOS

- Sutter et al:
 - 77% consideraron debía ofrecerse previo a inicio tratamiento.
 - 51% habría realizado la técnica.
 - TM bisexuales u homosexuales: 56%.
 - TM heterosexuales o asexuales: 13%.

¿Por qué no?

- Semen congelado: imposibilidad romper con pasado masculino.
- Dificultades masturbación.
- Motivos económicos



De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the 101 preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3)

REPRODUCCIÓN



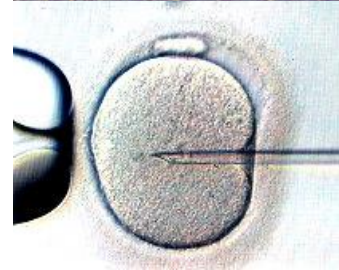
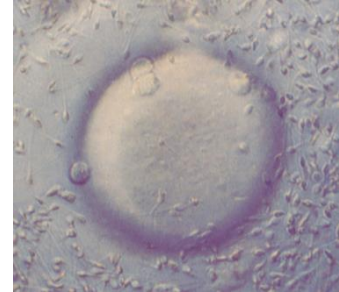
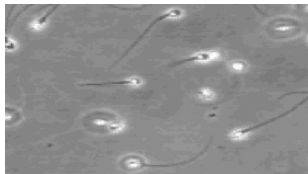
- ¿QUE PODEMOS OFRECER A LA PERSONA TRANS MASCULINA ?

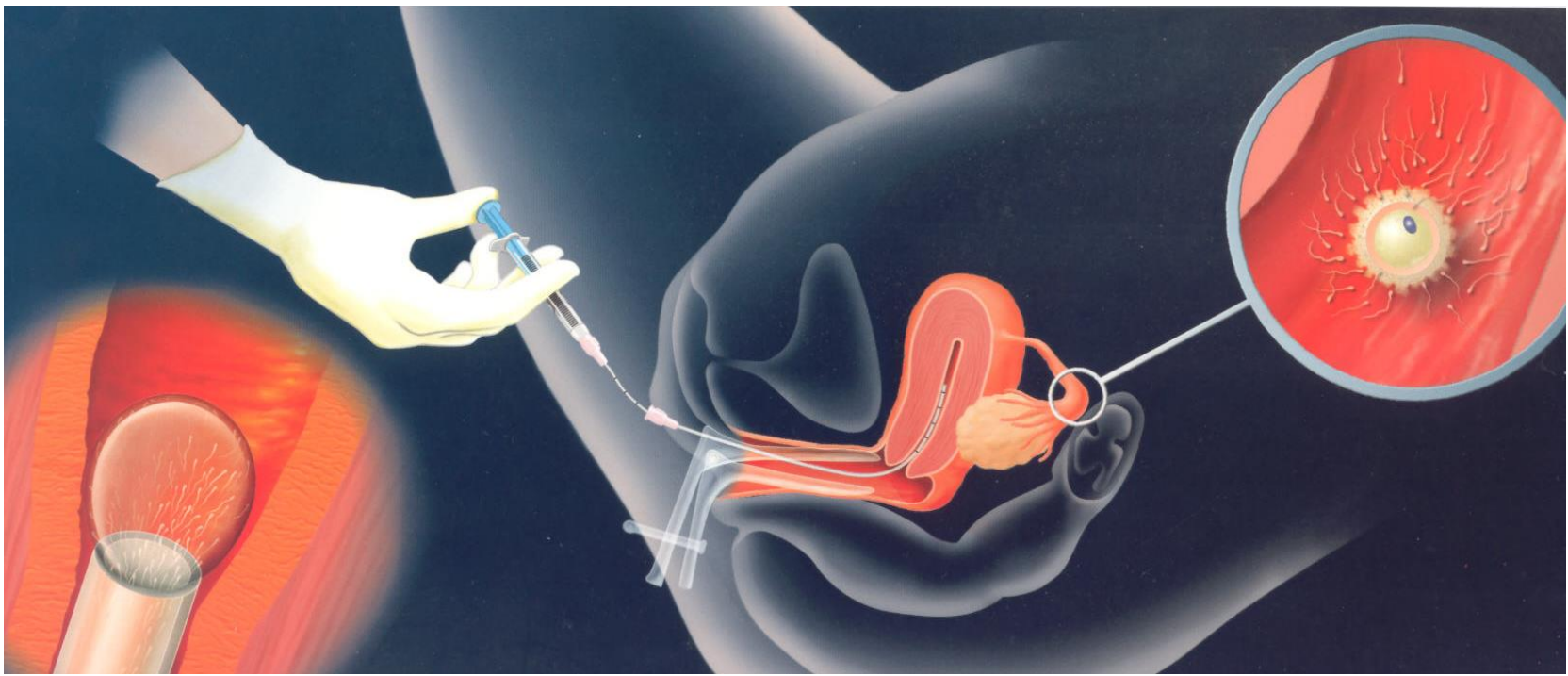
- CRIOPRESERVACION DE OVULOS

- CRIOPRESERVACION DE TEJIDO OVARICO ???

- REPRODUCCION ASISTIDA COMO VARON ESTERIL

- IAD
- FIV-D
- ICSI-D





INSEMINACIÓN ARTIFICIAL IAD

- pareja mujer

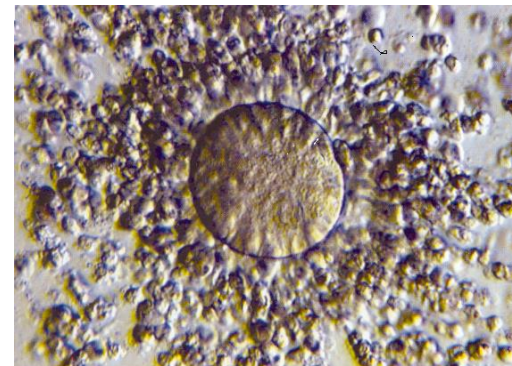
ESTIMULACIÓN DE LA OVULACIÓN PARA FIV/ICSI

(hiperestimulación ovárica
controlada)

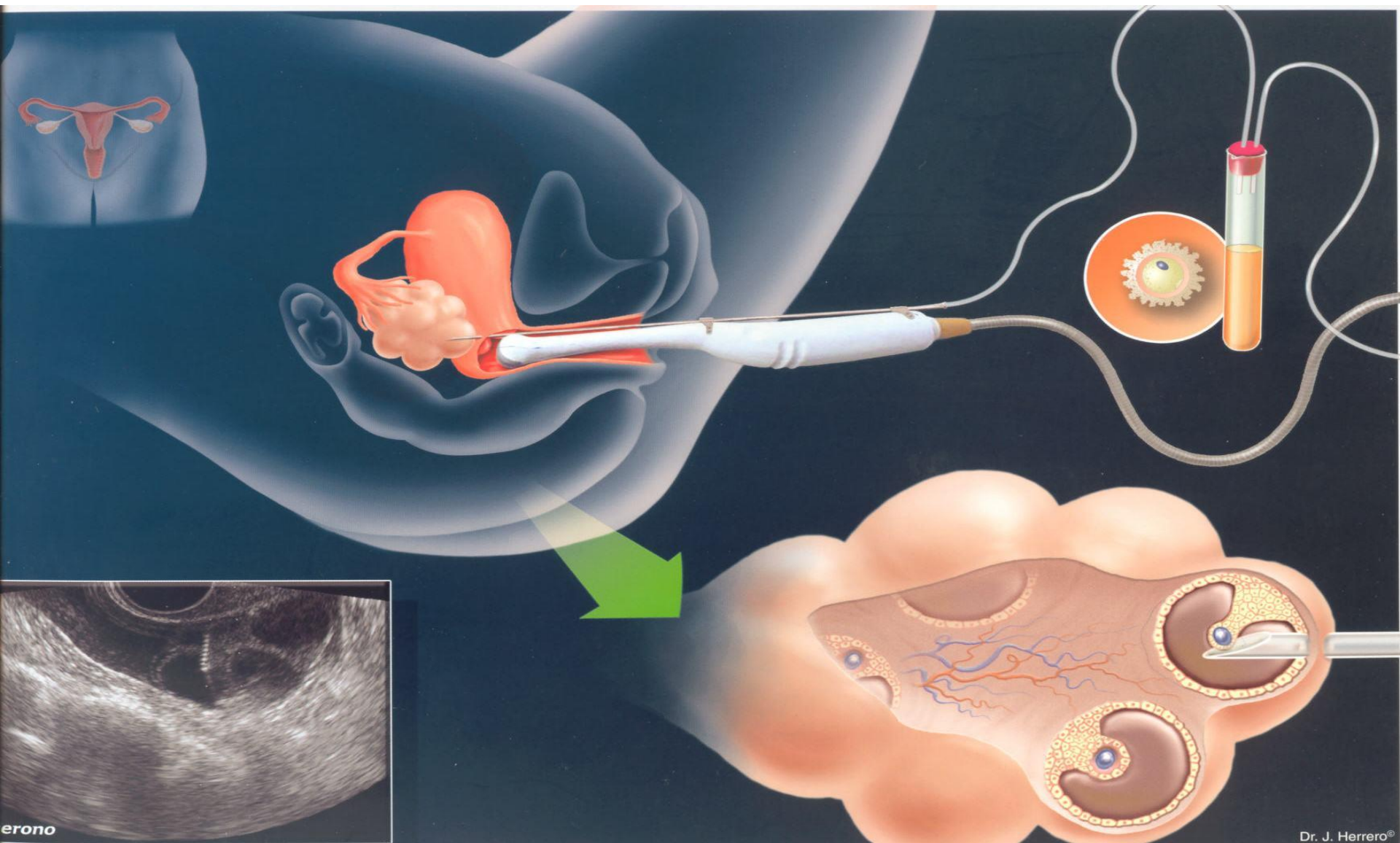
A) Supresión Hipofisaria: Análogos de la GnRH

B) Estimulación Ovárica Controlada:
Gonadotropinas

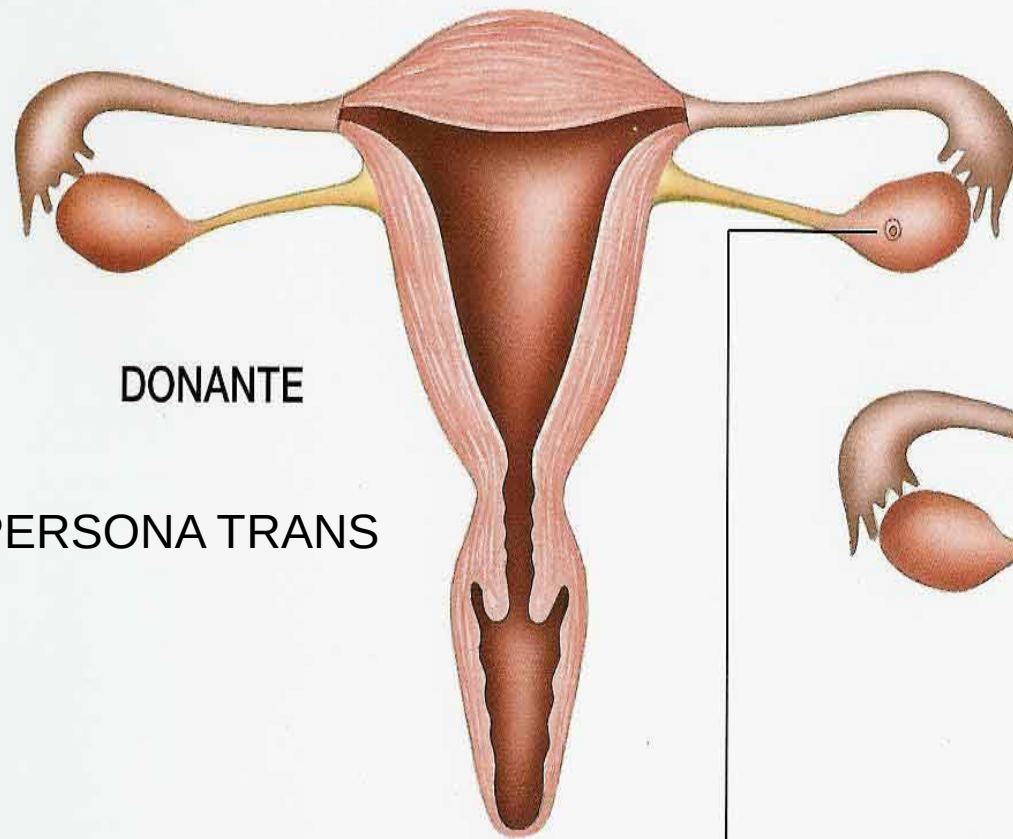
C) Inducción de la Ovulación:
HCG o Bolo de agonista



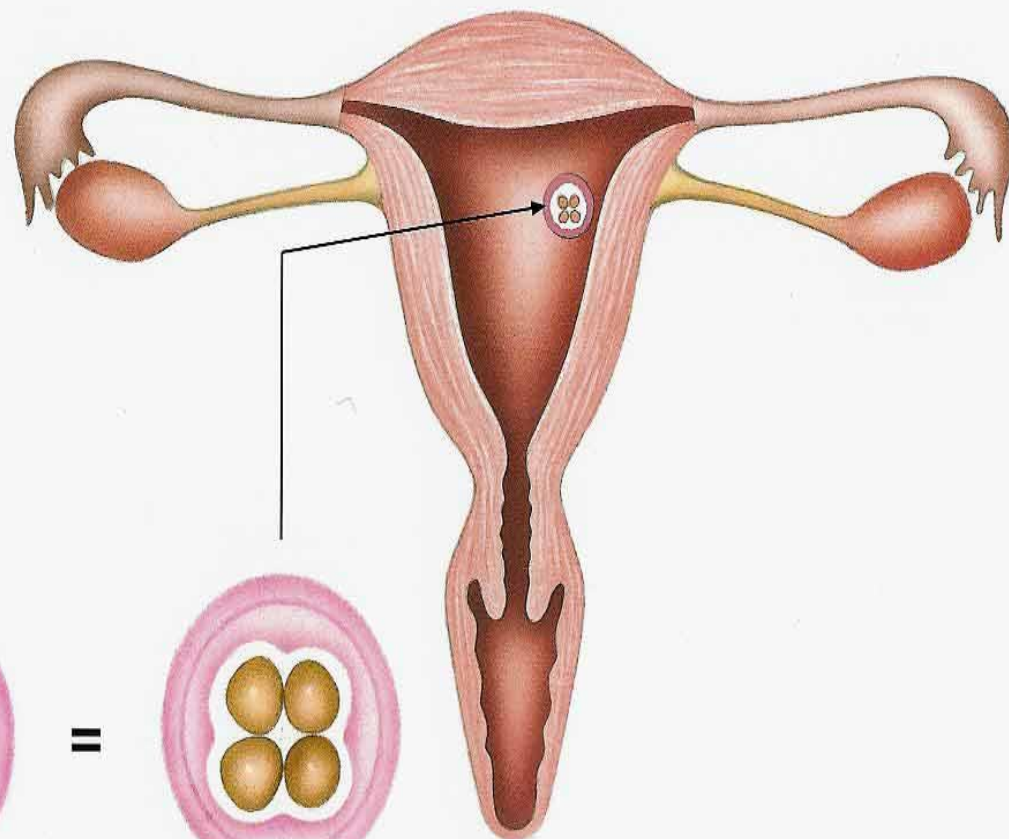
FERTILIZACION IN VITRO / ICSI



A la pareja mujer



RECEPTORA



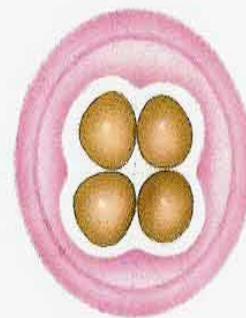
Espermatozoides
cónyuge o donante

+



Ovocitos donados

=



Embriones para
transferir

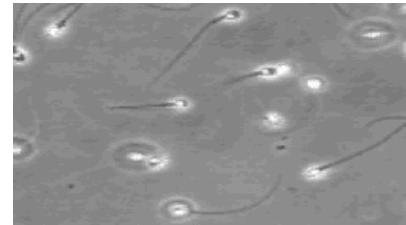
REPRODUCCIÓN

- ¿QUE PODEMOS OFRECER A LA PERSONA TRANS MASCULINA ?

»ROPA ???



- Estimulación y transferencia de los embriones a la pareja mujer si cumple criterios de inclusión
 - Considerando los óvulos como espermatozoides? Donación
 - Efectos de la testosterona sobre el DNA ovocitario
 - Calidad embrionaria
 - Epigenética



TRANSEXUALES MASCULINOS

- Efecto atrófico endometrio.
- Hiperplasia cortex ovárico.
- Número normal de folículos primordiales y primarios
- Buen resultado postestimulación con FSH

The female-to-male transsexual patient: a source of human ovarian cortical tissue for experimental use. Van Den Broecke, Van Der Elst J, Liu J, Hovatta O, Dhont M.

Perrone et al, 2009

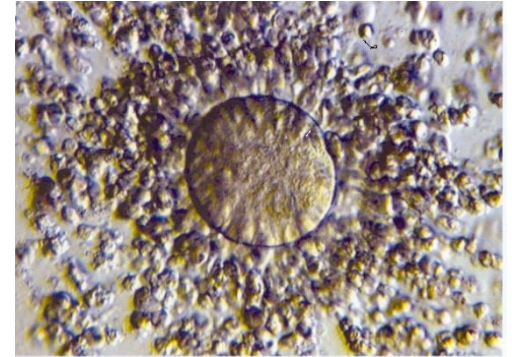
Ikeda et al, 2013.

CRIOPRESERVACIÓN OVOCITOS:

Pocos estudios...

Requiere:

- Examen ginecológico
- Ecografía transvaginal
- Estimulación ovárica con gonadotropinas.
- Proceso largo
- Retirada tto hormonal previo hasta menstruación (3-6 meses).



- Rodríguez-Wallberg et al:
 - 9 pacientes TM:
 - 7 consejo reproductivo:
 - 2 inmediatamente tras diagnóstico.
 - 3 tto parches testosterona
 - 2 testosterona IM.
 - Protocolo antagonista GnRH+ letrozol.
 - Media 13 ovocitos → 88% maduros.

Preserving eggs for men's fertility. a pilot experience with fertility preservation for female-to-male transsexuals in Sweden K.A. Rodriguez-Wallberg, C. Dhejne, M. Stefenson , M. Degerblad, J.I. Olofsson Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden



- Armuand et al:
 - 18 pacientes, TM:
 - Experiencia en PF:
 - Derivación a FP.
 - Procedimiento FP:
 - Abandono de progesterona → menstruación.
 - Tratamiento hormonal: aumento de la disforia.
 - Exámenes ginecológicos
 - Mecanismos de adaptación/supervivencia
 - Puede incrementar riesgo de disforia.
 - Importancia profesionales implicados.

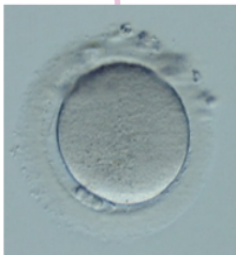
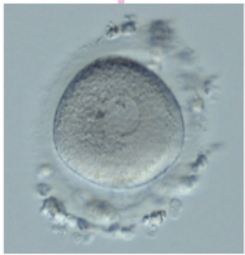
Transgender men's experience of fertility preservation: a qualitative study.
G.Armuand, C. Dhejne, J.I. Olofson and K.A. Rodríguez-Wallberg.
Karolinska Institutet. Human Reproduction; 2016.

ÉXITO EN LA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD

NÚMERO DE OVOCITOS

INMADUROS (VG)

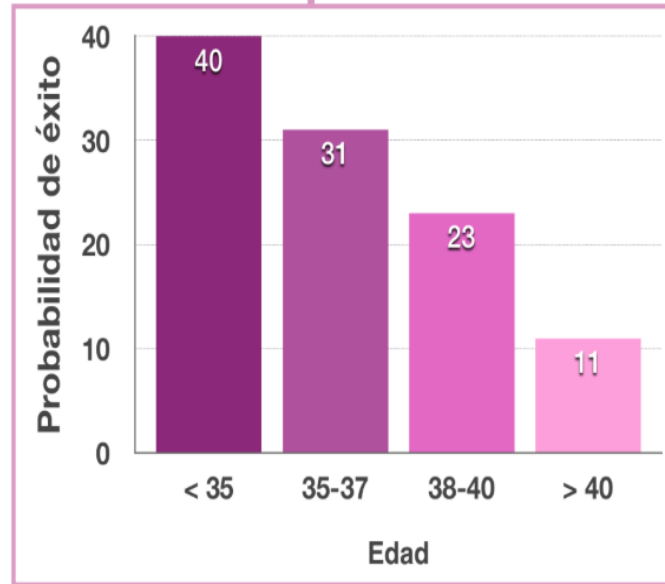
MADUROS (MII)



11-15

PROBABILIDAD DE EMBARAZO: MAYOR DE 37%

EDAD



OTROS FACTORES

MORFOLOGÍA DEL OVOCITO

IMC < 30

The New England Journal of Medicine

February 28, 2019

Correspondence To the Editor

Oocyte Cryopreservation in a Transgender Male Adolescent : Since the effects of genderaffirming therapy on fertility are unknown, multiple medical societies endorse the preservation of fertility in persons who identify as transgender.



No se interrumpen los análogos durante la estimulación



Utero: gestational carrier.



No deseaba eco transvaginal, se hacia trasnabdominal
5 oocytes se obtuvieron ; 4 maduros que se congelaron.
Depresión por sangrado vaginal a los 7 días y aumento de la
mama que precisó tratamiento psiquiátrico

Testosterone therapy was then initiated as planned. The patient and his parents were satisfied with the process and outcome, although the prognosis regarding his fertility was guarded given the small number of oocytes that were cryopreserved.

MERECE LA PENA ?????





Oocyte cryopreservation in a transgender man on long-term testosterone therapy: a case report

Jenna Gale,., Bryden Magee,., Amanda Forsyth-Greig, Hasina Visram, M.Sc., and Aaron Jackson,

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; Ottawa Fertility Centre, Ottawa, Ontario, Canada; Department of Obstetrics and Gynecology, Queens University, Kingston, Ontario, Canada; and Centre for Excellence in Transgender Medicine, West Ottawa Specialty Care, Ottawa, Ontario, Canada
Fertility and Sterility 2021

Se obtienen 25 ovocitos que se criopreservan
Histerectomía al mes

MADURACION IN VITRO DE OVOCITOS DESDE EL TEJIDO OVARICO

Demographic and clinical characteristics of participants.	
Characteristic	Value
Age, y, median (min; max)	20.0 (17.6; 38.4)
Body mass index, kg/m ² , median (Q1; Q3)	24.2 (21.7; 27.6)
Testosterone treatment, n (%)	83 (100)
Testosterone isocaproate (Sustanon) 125–250 mg, once every 2–3 weeks	47 (56.6)
Testosterone undecanoate (Nebido) 1,000 mg	31 (37.3)
Testosterone undecanoate (Pantestone) 40 mg, unknown dosage	1 (1.2)
Testosterone enanthate (Androtardyl) 250 mg, every 3 weeks	1 (1.2)
Unknown	3 (3.6)
Duration of testosterone treatment, weeks, median (Q1; Q3)	83.0 (64.0; 113.2)
Cycle-suppressing treatment, n (%)	52 (62.7)
Injectable progestogens	3 (5.8)
Oral progestogens	48 (92.3)
Oral combined contraceptives	1 (1.9)

Duration of cycle-suppressing treatment, months, median (Q1; Q3)	
Overall	24.0 (13.0; 32.5)
In subjects still on treatment at the time of surgery	29.0 (20.0; 34.0) ^a
In subjects having discontinued treatment	11.5 (4.8; 19.5) ^a
Serum sexual hormones levels (overall population), median (Q1; Q3)	
Total testosterone (ng/dL)	540.5 (306.4; 799.8)
Estradiol (ng/L)	38.9 (29.4; 54.4)
Progesterone (μg/L)	0.5 (0.2; 1.0)
AMH (μg/L)	2.8 (1.8; 4.4)
LH (U/L)	1.1 (0.1; 3.7)
FSH (U/L)	2.8 (0.5; 5.6)
SHBG (nmol/L)	23.4 (16.7; 316)

Note: AMH = antimüllerian hormone; LH = luteinizing hormone; FSH = follicle-stimulating hormone; Q1 = Quartile 1; Q2 = Quartile 2; Q3 = Quartile 3; SHBG = sex hormone binding globulin.

^a P value between these categories is < .001.

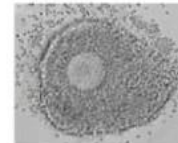
Lierman. OTO-IVM in transgender men under testosterone. Fertil Steril 2021.

MADURACION IN VITRO DE OVOCITOS DESDE EL TEJIDO OVARICO

Results embryology

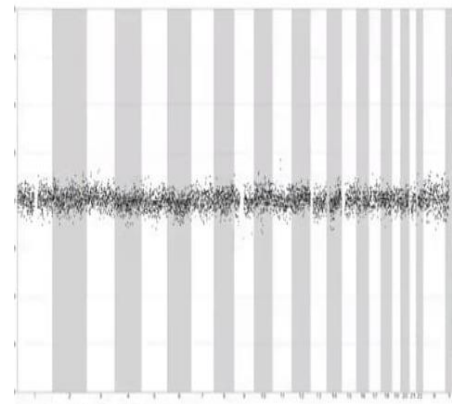
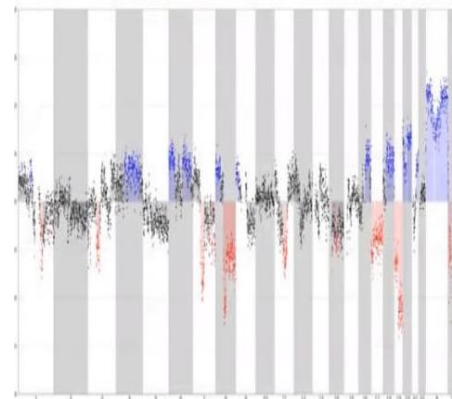
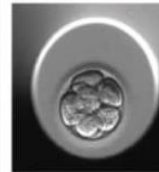
Fertilization and embryo developmental outcomes.

Characteristic	Value
No. of participants	83
No. of COCs retrieved	1,903
Mean $\pm$ SD/median (min; max) per patient	23 $\pm$ 15.8/20 (3; 73)
Ovarian tissue oocyte IVM outcomes, n (mean $\pm$ SD/median [min; max] per patient)	
Matured	453 (23.8 $\pm$ 1.4/23.8 [0; 55])
Mature oocytes (MII) to be vitrified	410 (4.9 $\pm$ 4.2/4 [0; 19])
Degenerated MII	43 (0.52 $\pm$ 0.8)/0 [0; 3])
Germinal vesicle	575 (6.9 $\pm$ 5.2)/6 [0; 28])
MI	524 (6.3 $\pm$ 5.0)/5 [0; 24])
Degenerated	351 (4.2 $\pm$ 3.8)/3 [0; 16])
Vitrified MII oocytes, n/N (%)	410/1,903 (21.5)
Mean $\pm$ SD/median [min; max] per patient	4.9 $\pm$ 4.2/4 [0; 19]
Thawed oocytes, n/N (%)	208/410 (50.7)
Mean $\pm$ SD/median [min; max] per patient	3.6 $\pm$ 2.9/3 [1; 17]
Survived after warming, n/N (%)	151/208 (72.6)
Mean $\pm$ SD/median [min; max]	2.6 $\pm$ 2.1/2 [0; 13]



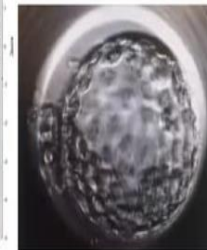
MADURACION IN VITRO DE OVOCITOS DESDE EL TEJIDO OVARICO

Fertility outcomes	
2PN embryos, n/N (%)	48/139 (34.5)
Mean $\pm$ SD/median [min; max] per patient	0.8 $\pm$ 0.9/1 [0; 3]
Abnormally fertilized (1PN, $\geq$ 3PN)	38/139 (27.3)
Unfertilized (OPN)	27/139 (19.4)
Degenerated oocytes	26/139 (18.7)
Cleavage outcomes, n/N (%)	
Day 3 embryos	25/48 (52.1)
<6 cells	14/25 (56.0)
6 cells	4/25 (16.0)
>6 cells	7/25 (28.0)
Aberrant cleavage patterns	
No extrusion of second polar body	22/48 (45.8%)
Direct cleavage	5/48 (10.4)
Reverse cleavage	7/48 (14.6)
Early embryo arrest	
No. of embryos arrested at day 1	44/48 (91.7%)
No. of embryos arrested at day 2	17/48 (35.4%)
No. of embryos arrested at day 3	6/48 (12.5%)
No. of embryos arrested at day 4	13/48 (27.1%)
No. of embryos arrested at day 5	8/48 (16.7%)
No. of day 5 blastocyst	1
Quality	4BB
No. of day 6 blastocyst	1
Quality	5BA



32 embryos genetically screened
30/32 successful analysis

13/30 (43%)
normal chromosomal patterns



CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS Y/O TEJIDO OVÁRICO
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD



D^a. []
mayor de edad, con DNI/Pasaporte n^o [], estado civil [], y
con domicilio en la ciudad de []
calle [] n^o [] C.P. [] País []

DECLARO:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito a la criopreservación de mis **ovocitos y/o tejido ovárico** (táchese lo que no proceda), al objeto de que puedan ser utilizados más adelante para intentar generar preembriones que me puedan ser transferidos.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **"Documento Informativo sobre congelación de Ovocitos/Tejido ovárico"**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - a. Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de ovocitos/tejido ovárico previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - b. La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - c. La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - d. La obligación de renovar o modificar periódicamente y como mínimo cada 2 años, mi consentimiento respecto de los ovocitos/tejido ovárico criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino.
 - e. Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento con el fin de lograrla y en el embarazo, así como para su descendencia.
 - f. Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
- 4) El equipo médico me ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis circunstancias personales:
[]
- 5) Que de no utilizarlos en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que deseáramos para los posibles preembriones congelados sobrantes sería: *(marcar lo que proceda)*
 - ☐ donación con fines reproductivos
 - ☐ donación con fines de investigación
 - ☐ cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

Firma de los interesados:

Página 1 de 2

- 6) He comprendido toda la información, que considero adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra
- 7) De igual forma afirmo:
 - a. Que la información dada es veraz sin haber omitido ningún dato de tipo médico conocido y/o legal.
 - b. Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan ovocitos/tejido ovárico congelados restantes.

Y una vez debidamente informada,

AUTORIZO:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento Congelación de Ovocitos/Tejido ovárico.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro

podiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus ovocitos y/o tejido ovárico podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas -armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, etc.).

En [] a [] de [] de []

Fdo. El/La Médico/a (Col.n^o []))

Firma D^a.

ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

D^a. []
mayor de edad, provista de DNI / pasaporte n^o [] y domicilio en la calle/plaza [] de []
en este acto solicito la **SUSPENSIÓN** de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

En [] a [] de [] de []

Fdo. El/La Médico/a (Col.n^o []))

Firma D^a.

Firma de los interesados:

Página 2 de 2

REPRODUCCIÓN

- CONTROVERSIAS

- CRIOPRESERVACION DE GAMETOS

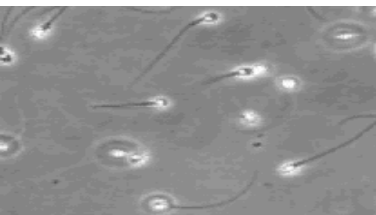
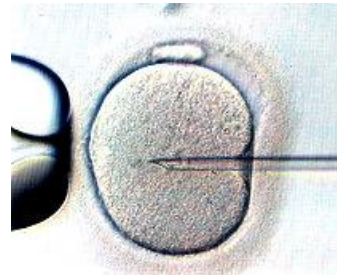
- PARA EL ? (Deseo de gestar, capacidad de gestar)
 - PARA SU FUTURA PAREJA MUJER → ORIENTACIÓN

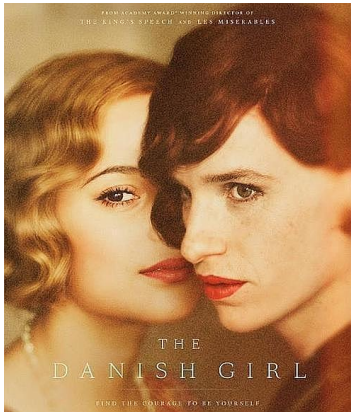
- CRIOPRESERVACION DE TEJIDO OVÁRICO ???

- QUIEN DECIDE? EL NIÑO? LA MADRE?EL PEDIATRA?
 - LAPAROSCOPIA?

- REPRODUCCION ASISTIDA COMO VARON ESTÉRIL

- DESARROLLO PSICOFISICO DEL NACIDO
 - VIVENCIA DEL PROCESO EMBARAZO PARTO



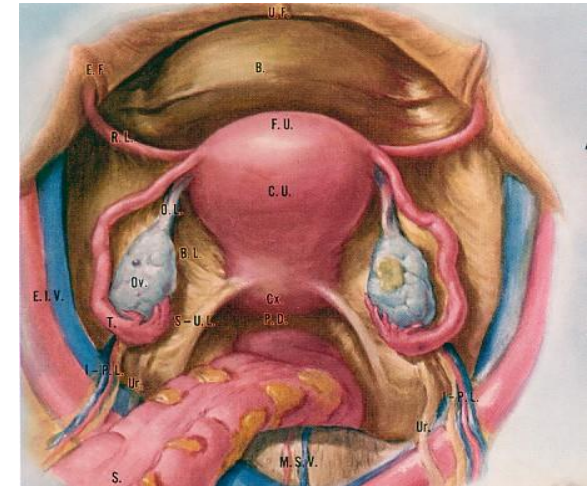


NUESTRA EXPERIENCIA EN LA REASIGNACIÓN QUIRÚRGICA F-M

LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE DISFORIA DE GÉNERO

ASOCIACION HARRY BENJAMIN (1979)

HISTERECTOMIA MAS DOBLE ANEXECTOMÍA
(vias laparoscópica, laparotómica),



The standards care of gender identity disorders. (6ª Edition). Mineápolis: HBGDA; 2001

CIRUGIA



- HISTERECTOMIA Y DOBLE ANEXECTOMIA



LAPAROTOMIA

LAPAROSCOPIA



NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN

NO: Prevenir el arrepentimiento
No eliminar órganos sanos

SI: Prevenir los efectos de la acción
crónica de los andrógenos sobre estas estructuras.
Facilitar la desconexión de la vagina para un 2º tiempo



CONDICIONES

A FAVOR

- UTEROS PEQUEÑOS
- SIN PATOLOGÍA
- NULIPARIDAD ??

EN CONTRA

- TRATAMIENTO HORMONAL
 - MÚSCULO
 - POLIGLOBULIA/COAGULACIÓN
 - AUMENTO LÍPIDOS



COMPLICACIONES

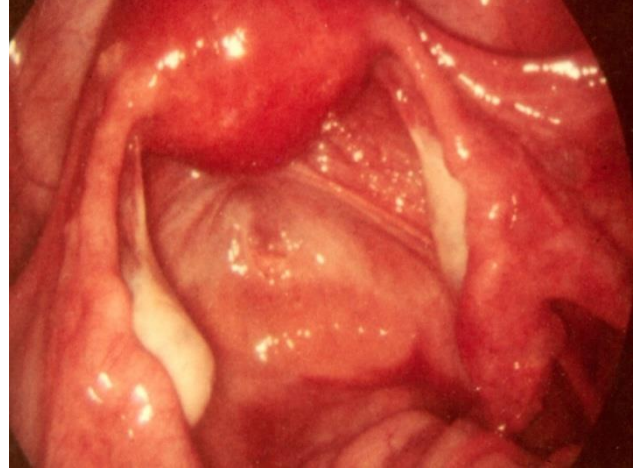
CUATRO ACCIDENTES HEMORRÁGICOS GRAVES
(HEMATOMA SEVERO, HEMOPERITONEO). 23%

- 1 vena epigástrica
- 1 pedículo del infundíbulo
- 1 hemorragia del músculo

PRECISARON TRANSFUSIÓN Y TRES
RELAPAROTOMÍA. 17.6%



INVESTIGACION DE LAS COMPLICACIONES



TRES GRUPOS

- 1.- PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA CON COMPLICACIÓN (n₄)
- 2.- PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA SIN COMPLICACIÓN (n₁₃)
- 3.- PACIENTES SIN TRATAMIENTO HORMONAL (n_{>30})

INVESTIGACION DE LAS COMPLICACIONES

TRES GRUPOS

- 1.- El grupo de pacientes tratados con testosterona difiere del grupo no tratado en la edad, la paridad y el tamaño del útero.
- 2.- No se detectan diferencias en el protocolo asistencial ni en el procedimiento.
- 3.- Las complicaciones hemorrágicas son significativamente más frecuentes en el grupo tratado.

¹Hospital Universitario de Canarias, ²Facultad de Medicina Universidad de La Laguna, ³Agrupación

¹Hospital Universitario de Canarias. ²Facultad de Medicina Universidad de La Laguna. ³Asesor



La Asociación Internacional de Difusión de Género y la Asociación Harry Benjamin, promueven la histerectomía y doble anexectomía, como tratamiento quirúrgico de la disforia de género en trans-hombres.

Como tratamiento quirúrgico de la infertilidad de género mujer, se recomienda el histeroalopexia de órganos sexuales. Los que están a favor, argumentan el efecto positivo de la cirugía en la capacidad de tener hijos. Sin embargo, los que están en contra, argumentan que la cirugía puede causar problemas de fertilidad en el futuro. Los que están a favor, argumentan que la cirugía puede causar problemas de fertilidad en el futuro. Los que están en contra, argumentan que la cirugía puede causar problemas de fertilidad en el futuro.

Se estudió un total de 20 pacientes, con edades comprendidas entre 21 y 56 años, con una edad media de 27,4 años. Se estudió la plaza de hipertensión valodubna asociado al Oeso esgazar andorral y miorral, y dimensiones de los cuartos, así como presencia de lesiones, quistes, en los mismos. Microscópicamente se valoró actividad y esgazar de andorral, así como presencia de metaplasia en región cervical. Se relevó la historia clínica para ver dentro de máximo de seis meses hasta la hipertensión (Tabla 1).



Figura 1. Imagen macroscópica de pieza de histosección, observándose el espesor endometrial y miometrial, así como los anillos.



Figura 2. Imagen macroscópica de la pieza de aneurisma donde se observó al cono abundante formaciones quísticas, correspondientes a folículos quísticos.

[illegible]

Tabla 1.
con: cervicite crónica
me: metaplasia escamosa
mo: metaplasia mucinosa

Existen escasas publicaciones que analicen los cambios producidos por la testosterona en los órganos genitales internos. El manejo endocrino de la masculinización requiere la asesoría en las Guías Clínicas de la Sociedad Americana de Endocrinología (22). Si comparamos las pruebas con aquellas procedidas de mujeres sin tratamiento hormonal y en edad fértil, los cambios más llamativos se producen a nivel de endometrio y de los ovarios.

En la mayoría de los ovarios, se observan múltiples formaciones quísticas, correspondientes con quistes folliculares, predominantemente antrales, así como de menor tamaño, 2-3 mm, con una pared de 1-2 mm.

Diferencias, oscilando del tamaño entre 2 y 17 mm con un máximo del 15 mm. En el región cervical se observa, en cinco casos de 21, en el ectoparacervical, o sobre áreas de metaplasia en el ectoparacervical, cambio tipo metaplasia transicional. En un tipo de metaplasia con displasia, en la que el ectoparacervical toma aspecto de útero hiperplásico. Este hecho se observa generalmente en mujeres parmenopausadas. En dos grandes series la media de edad era de 50 y 59 años (Ege et al., 1987). Well et al., 1985, no supone una diferencia de edad entre las dos categorías de la lesión. En el foto de la acción anómala de la lesión se ilustra.

La ausencia de efectos celulares aporta seguridad en el manejo de esta hormona sobre los tejidos sanos. La investigación puede desarrollarse con otros marcadores de acción hormonal biológicos.

The Endocrine Society's Clinical Guidelines: Endocrine Treatment of Transsexual persons
2009

Figure 4. Russell R (2007). Transitional (ciliated) cell metaplasia of the uterine cervix: morphological assessment of 31 cases. *Int J Gynecol Pathol* 167:2008

State-111, East 24, Young Rd, 0271, Townsend and all imitations of the design and/or design elements are hereby disclaimed and may be used with no legal obligation. Copyright © 2005, David Young, 0271-0271.

Cheng C, Li H, Hsiao H, Hsiao M, Johnson A, Li L, Long J, Chen M, Lin J, Liang L. 2011. Long-term follow-up of the status of patients undergoing a one-stage minimally invasive approach of early-stage breast cancer. *Ann Surg Oncol* 18: 261.

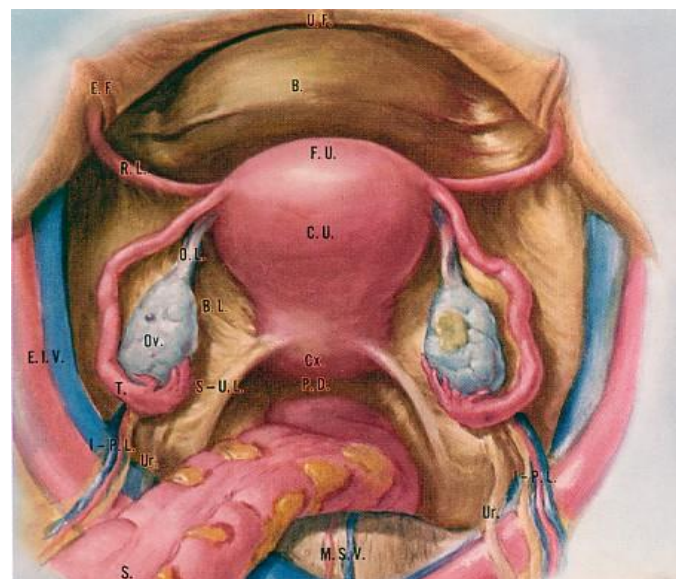


Figura 9. A: Imagen microscópica de mucosa endometrial proliferativa, con glándulas revestidas por epitelio pseudoestratificado con mitosis y núcleos hiperocrómicos (100x). B: Imagen microscópica de mucosa endometrial hiperocrómica donde destaca la mucosa endometrial con estas glándulas tubulares y gajetas (20x). C: Imagen microscópica de la mucosa cervical con metaplasia tipo transicional (100x). D: Imagen microscópica de carcinoma papilífero invasivo con pared de foliculocitos (200x).

CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA LA CIRUGÍA GENITAL:

Mayoría de edad.

Un año de tratamiento hormonal continuo.

Un año de experiencia de la vida real continua con éxito.

Control regular por psicólogo durante la experiencia de la vida real.

Expectativas reales sobre la cirugía, costes, resultados, complicaciones, etc.

CONTROVERSIAS

LA EDAD

DEPENDENCIA DE LAS HORMONAS

EL ARREPENTIMIENTO



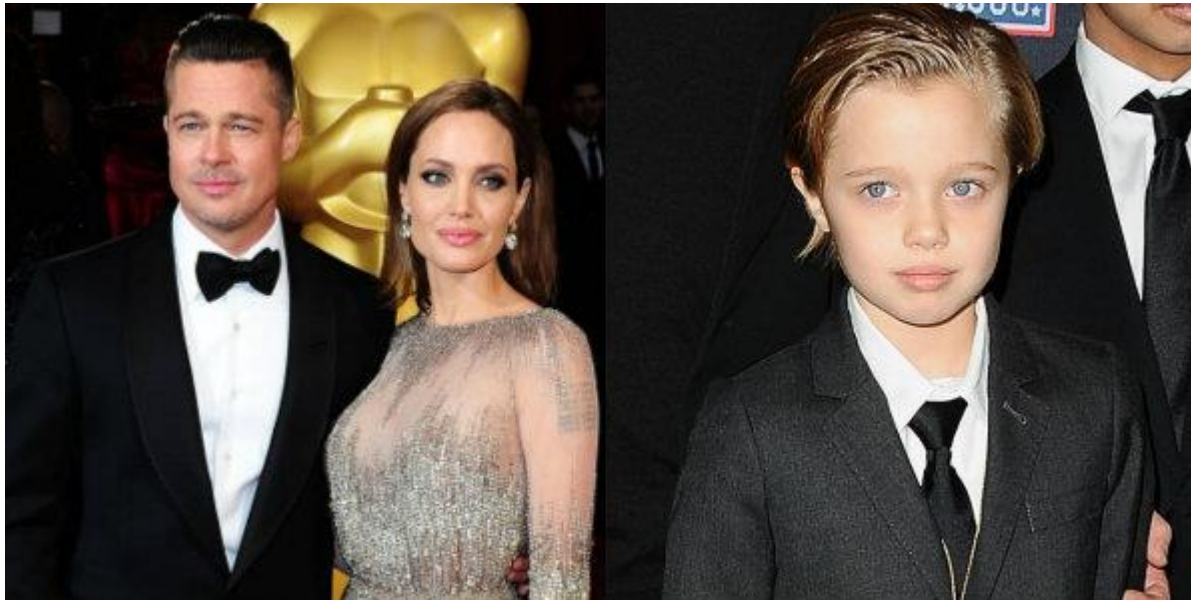
Keira Bell, en diciembre delante de los Reales Tribunales de Justicia británicos, en el centro de Londres. / SAM TOBIN (PA)

Un incremento de las consultas por encima del 2.200%

No hay una recopilación oficial de datos de los tratamientos a menores transexuales en España. La sentencia del caso Bell recoge que en el Reino Unido los menores derivados al servicio de identidad de género —que no necesariamente acabaron recibiendo tratamiento— pasaron de 97 en 2009 a 2.519 personas en 2018, un

aumento de más de un 2.600%, sobre todo chicas que se declaran chicos trans. En Trànsit, la unidad del Servicio Catalán de Salud han tratado a 609 menores de nueve a 16 años desde abril de 2014. El incremento progresivo año tras año supera el 2.200% desde ocho casos a los 179 del 2020. Son 407 chicos trans, 179 chicas trans y 23 con

identidad no binaria. También hay más transiciones a chicos. Para la parte del movimiento feminista español critica con la futura ley, esta diferencia en los números es un claro reflejo de las presiones sexistas que sufren las mujeres. Desde la otra parte, lo achacan a que la sociedad tiene más dificultad para aceptar a una mujer trans sin caricaturizarla o a que hasta ahora los hombres trans están más invisibilizados porque sus cambios físicos no son tan obvios para la sociedad.



OBJETIVOS

UNA CIRUGÍA SIN
RIESGO AÑADIDO

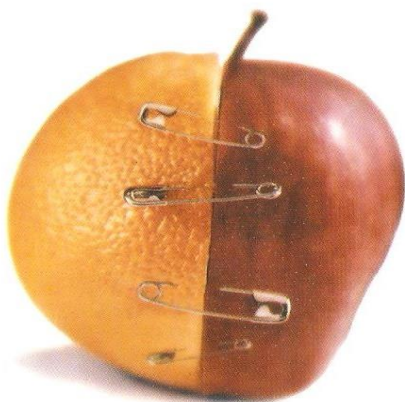
VIA LAPAROSCOPICA



X

Jornadas Canarias de Andrología y Sexualidad Humana

26, 27 Y 28 DE JUNIO DE 2003
Sala de Grados, Facultad de Medicina



Transexualidad, Disfunciones Eréctiles y Eyaculatorias



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE CANARIAS



Revista Internacional de
Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

La transexualidad y el proceso de reasignación sexual desde la perspectiva de los varones transexuales: un enfoque cualitativo

Desireé González-González^{a,*}, Vinita Mahtani-Chugani^{b,c}, Delia Báez-Quintana^{a,d} y Miguel Fernández-Sánchez-Barbudo^{a,c}

^a Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Unidad de Investigación, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Gerencia de Atención Primaria Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

^d Hospital Universitario de Canarias (CESEX), San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 13 de junio de 2016; aceptado el 24 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Transexualidad;
Identidad de género;
Sexualidad;
Procedimiento de cambio de sexo

Resumen

Objetivo: Entender el proceso de reasignación sexual desde la perspectiva de las personas que lo realizan, conocer cómo influye en su día a día su imagen corporal y el impacto en su sexualidad, y aprender de los varones transexuales para orientar a los equipos sanitarios implicados, de forma que puedan ofrecer una atención más ajustada a las necesidades reales. **Método:** Estudio cualitativo con un total de 7 varones transexuales mayores de 18 años, sometidos como mínimo a una intervención quirúrgica, utilizando como técnica de recogida de datos las entrevistas individuales, semiestructuradas, abiertas grabadas en audio y la redacción de diarios reflexivos.

Resultados: El decidir someterse a una intervención con el fin de modificar la imagen corporal para ajustarla a su identidad de género es compleja. Los factores que influyen se relacionan con: la necesidad de aceptación de su propio cuerpo, la experiencia con los tratamientos hormonales, la relación con la familia y el entorno social y de pareja, el manejo de los propios miedos, la organización de los servicios sanitarios y la relación y comunicación con los profesionales sanitarios y aspectos económicos.

Conclusiones: Tanto los profesionales como los servicios sanitarios deben tener en cuenta y profundizar en el tema de conocer el significado de las intervenciones de reasignación sexual para asegurar una mejor atención a la transexualidad.

© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

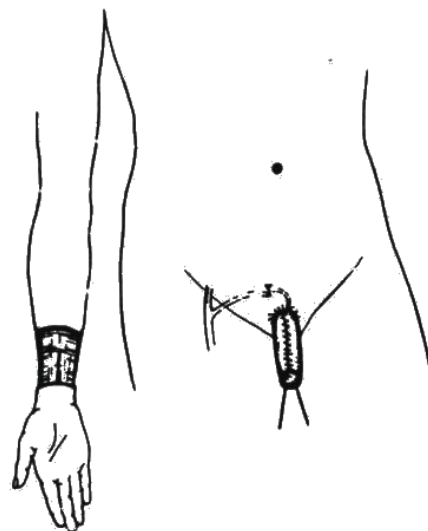
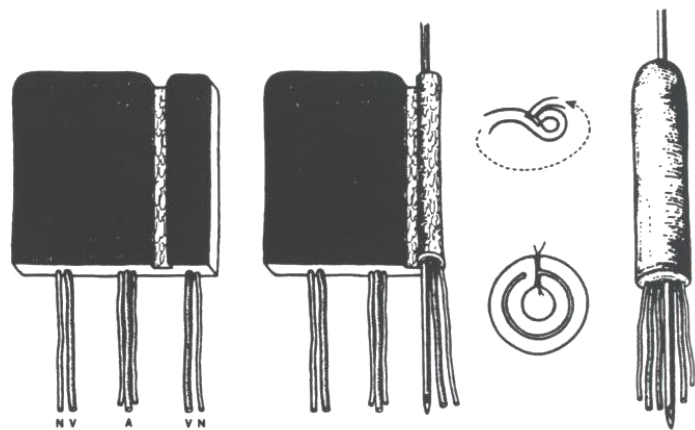
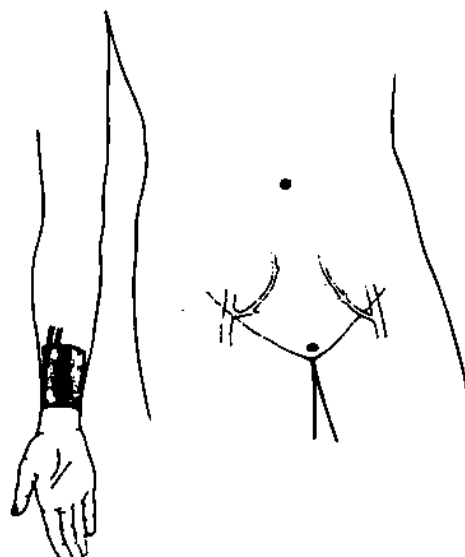
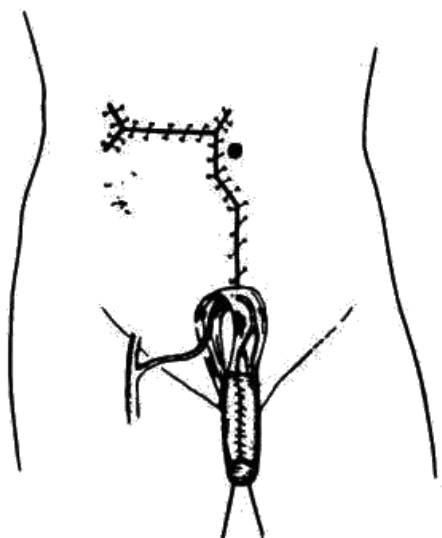
* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: desireegonzalezgl@gmail.com (D. González-González).

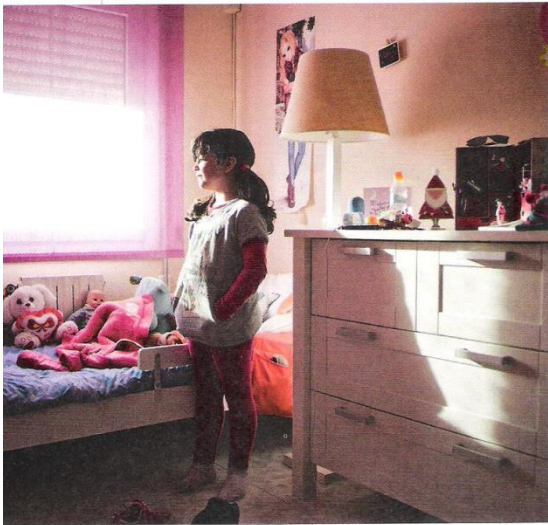
<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2017.02.003>

1698-031X/© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: González-González D, et al. La transexualidad y el proceso de reasignación sexual desde la perspectiva de los varones transexuales: un enfoque cualitativo. Rev Int Androl. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2017.02.003>



Desde muy temprano sintió que el género y el nombre que le fueron asignados al nacer no se correspondían con su identidad. Se lo dijo y repitió a su familia, hasta que en casa lo entendieron e iniciaron con ella el delicado proceso de romper en plena infancia con el más primario de los esquemas sociales. Así fue la revolución de Cora en su hogar, en su escuela y ante la mirada del resto.

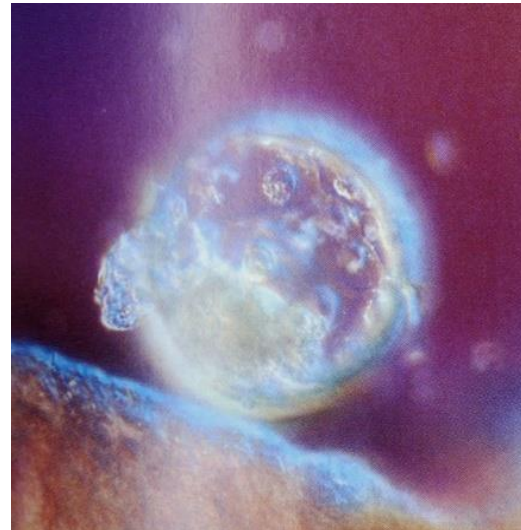
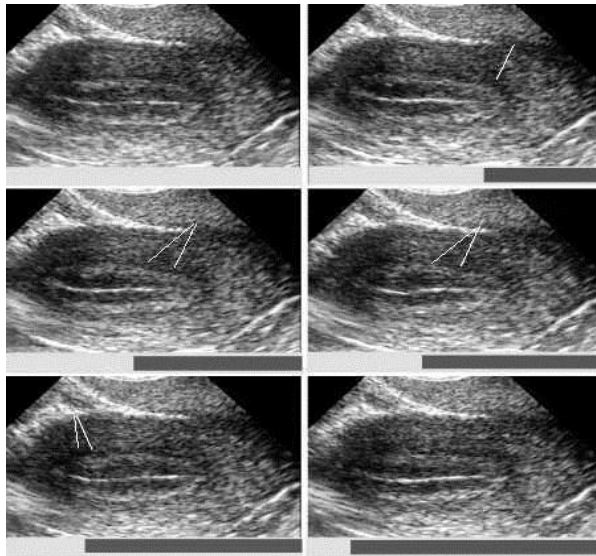
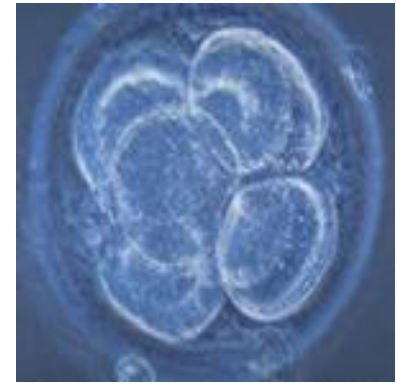
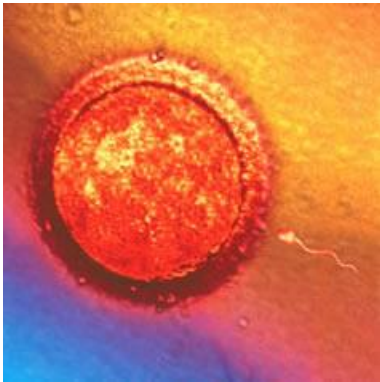


UNA NOCHE DE 2014, en su cama, antes de dormir, le dijo a su madre: "De mayor quiero ser una niña". Tenía tres años. Le gustaba usar vestidos y jugar con muñecas. Pero Cora aún no era Cora. Dos años después, la situación se volvió insostenible. Mientras caían las primeras hojas del otoño, miró a su madre en el parque y le dijo: "Mis amigas tienen suerte porque quieren ser niñas y son niñas. A mí, en cambio, nadie me ve". Cora todavía no era Cora, pero ya le faltaba poco. Solo unos días.

Ana Valenzuela siempre llevará clavadas estas palabras de su hija: "Nadie me ve". Desde muy temprano, había percibido con intensidad lo que la pequeña sentía, por las señales que le enviaba y por aquella "tristeza de fondo" que emanaba. La familia y sus amistades le decían a Ana que todo se debía a que le tenía adoración, a que quería ser como ella, o que tal vez se le ocurrían "esas ideas" porque era homosexual. Pero aquella tarde Ana se dijo: "Hasta aquí podemos llegar". Se agachó a su altura, abrazó a su hija de cinco años y le dijo al oído: "Tienes que hablar con papá ¿sí?". Recuerda eso y cómo en aquel parque, abrazada a ella, se sintió helada de miedo. Tres días después de aquella frase que lo cambiaría todo, a Ana le sonó

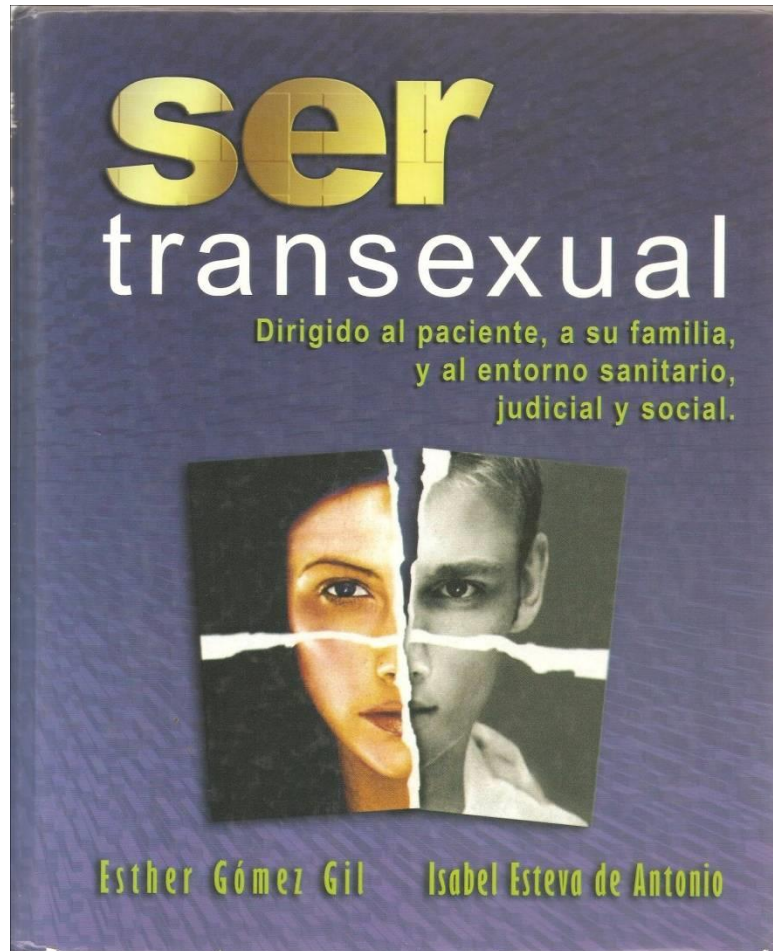
Yo soy Cora





GRACIAS POR SU ATENCIÓN...

DESEOS DE REPRODUCCIÓN



Gracias

