

Criterios homologados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud

111. ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANS O CON DIVERSIDAD DE GÉNERO

El propósito del CSUR es proporcionar una atención especializada a las personas trans cuya complejidad asistencial requiera ser tratada en un centro de referencia, especialmente en el ámbito quirúrgico. Este centro está destinado prioritariamente a la realización de intervenciones quirúrgicas siempre y cuando no puedan llevarse a cabo en la comunidad autónoma de origen del usuario o que, debido a complicaciones o necesidades específicas, requieran un nivel superior de especialización pero, en los casos en que fuera necesario, a efecto asistencial, el CSUR también podrá valorar, atender consultas y realizar el seguimiento de personas trans que cumplan los criterios de derivación y precisen asistencia en el proceso de transición, más allá del tratamiento quirúrgico.

Todo CSUR que se acredite para la atención a personas trans, más allá de los criterios clínicos y técnicos debe regirse por los siguientes principios generales de acuerdo con lo establecido en el art. 56 de la ley 4/2023:

- No patologización
- Respeto a la libre autodeterminación de género
- Autonomía en la toma de decisiones tras una exhaustiva información
- Consentimiento adecuadamente informado
- Acompañamiento psicosexualógico en los casos en que sea requerido
- Posibilidad de explorar de forma consensuada vías psicoeducativas alternativas a la medicina
- Atención sanitaria integral y de calidad según los mejores estándares disponibles, garantista, igualitaria y realizada por profesionales con formación específica adecuada, en proximidad y sin segregación.
- Igualdad entre ciudadanos con independencia de su origen y lugar de residencia
- Atención de proximidad cuando sea viable

Una atención garantista y de calidad debe procurar prevenir y evitar las posibles destransiciones, tanto las primarias como las secundarias. Este punto adquiere especial significado si los procedimientos a realizar son irreversibles dado que además se realizan sobre un cuerpo sano y en la mayoría de las ocasiones en personas jóvenes. La seguridad debe ser garantizada mediante actuaciones realizadas en el seno de equipos multidisciplinares, siguiendo los criterios establecidos por la *Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*.

Trabajo en equipo: La atención integral a sujetos con diversidad de sexo y género es un proceso complejo en el que sólo se pueden garantizar la calidad de la transición médica tras un abordaje multidisciplinar, mediante equipos que integren a profesionales con formación en diversidad e identidad de género, pertenecientes a las unidades de endocrinología, endocrinología pediátrica, ginecología, cirugía plástica y reparadora y salud mental principalmente. La oferta que se realice debe ser integral y holística.

Incremento de la demanda asistencial

Existe en Europa un importante incremento de demanda asistencial de personas trans o con diversidad de género que también se manifiesta en España según los últimos datos publicados. La atención requerida precisa de un alto nivel de especialización si se quiere realizar una atención segura y de calidad. Esta atención no siempre es posible realizarla de manera equitativa en todo el territorio nacional. Por eso se requiere que el SNS garantice una asistencia igualitaria y sin segregación entre comunidades autónomas.

Principio de no patologización

Las clasificaciones diagnósticas internacionales han progresado hacia la no patologización; así la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS de 2018 (CIE-11) continúa incluyendo la transexualidad, con un término diferente pasando a denominarla "discordancia de género" y la recoge en el capítulo titulado "condiciones relativas a la salud sexual" (excluyéndolo del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento).

La discordancia de género no es una condición común a todas las personas que manifiestan diversidad de identidad sexual.

Las definiciones que se usarán en esta propuesta serán, según la CIE-11, las siguientes:

Discordancia de género o incongruencia de género: la discordancia de género se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado por la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo.

Discordancia de género o incongruencia de género en la adolescencia o adultez (HA60): la discordancia de género en la adolescencia o adultez se caracteriza por una discordancia marcada y persistente entre el género experimentado por la persona y el sexo asignado, lo que a menudo conduce a un deseo de "transición" para vivir y ser aceptada como una persona del género experimentado, ya sea por medio de un tratamiento hormonal, intervención quirúrgica u otros servicios de salud, para que el cuerpo pueda alinearse, tanto como lo desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no se puede hacer antes del inicio de la pubertad. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas una base para determinar el diagnóstico.

Discordancia de género en la infancia (HA61): la discordancia de género en la infancia se caracteriza por una discordancia marcada entre el género experimentado o expresado y el sexo asignado en niños pre púberes. Incluye un fuerte deseo de ser de un género diferente al del sexo asignado; una fuerte aversión por parte del niño a su anatomía sexual o a las características sexuales secundarias previstas, o un fuerte deseo por tener las características sexuales secundarias primarias o previstas que coinciden con el género experimentado; y juegos imaginarios, juguetes, juegos o actividades y compañeros de juego que son típicos del género experimentado en lugar de los del sexo asignado. La discordancia debe haber persistido aproximadamente durante dos años. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no son por sí solas una base para determinar el diagnóstico.

A. Justificación de la propuesta

<p>► Datos epidemiológicos:</p>	<p>No se conocen estudios sobre el número de personas trans en el estado español. En un estudio norteamericano basado en entrevistas telefónicas un 0,5 % (población mayor de 18 años) se identificaba como trans. En una encuesta por internet realizada en población holandesa de 15 a 70 años, la proporción de personas que reportaban incongruencia de género fue 0,7% en personas asignadas hombre al nacer y 0,6 % en personas asignadas mujeres al nacer. Mostraron ambivalencia de género 2,2% y el 1,9% en personas asignadas hombres y mujeres al nacer respectivamente.</p> <p>Es importante señalar que no toda discordancia de género, ni toda persona trans, va a demandar tratamiento sanitario. Existen cada vez más vías de transición que no necesariamente implican una medicalización del proceso.</p> <p>No se dispone de datos actualizados sobre utilización de servicios en el estado español, aunque existen datos aislados de unidades concretas que no representan el global del país, sí sabemos que se está produciendo un aumento importante de demanda de tratamientos sanitarios.</p>
---------------------------------	--

B. Criterios que deben cumplir los Centros, Servicios o Unidades para ser designados como CSUR para las personas trans o con diversidad de género

<p>► Experiencia del CSUR:</p> <p>- Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número de casos que deben atenderse o procedimientos que deben realizarse al año para garantizar una atención adecuada a las personas trans o con diversidad de género:	<p>Aunque su objetivo prioritario es la realización de intervenciones quirúrgicas complejas, el CSUR también debe garantizar la valoración, tratamientos y el seguimiento de aquellas personas trans que lo requieran y a las que no pueda ofrecerse una atención especializada de calidad en su Comunidad Autónoma. Para ello, se establecen los siguientes criterios mínimos de actividad en distintas áreas asistenciales.</p> <p>ATENCIÓN QUIRÚRGICA ESPECIALIZADA</p> <p>- Intervenciones de afirmación de género parciales o totales realizadas por la Unidad en el año, de media en los tres últimos años:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 cirugías genitales feminizantes• 15 mastectomías con masculinización de torso <p>ATENCIÓN SALUD MENTAL</p> <p>- 20 casos nuevos atendidos en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años.</p> <p>- 20 personas trans a las que se les proporciona acompañamiento, en seguimiento, en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años.</p> <p>ATENCIÓN ENDOCRINOLOGICA PEDIÁTRICA</p> <p>- 15 personas nuevas ≤16 años a las que se les proporciona acompañamiento y tratamiento personalizado, en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años.</p>
--	---

<p>- Otros datos: investigación en esta materia, actividad docente postgrado, formación continuada, publicaciones, sesiones multidisciplinarias, etc.:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 40 personas trans ≤16 años en seguimiento en cualquier fase del proceso en la Unidad de endocrinología en el año, de media en los 3 últimos años. <p>ATENCIÓN ENDOCRINOLOGICA ADULTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 personas >16 años que inician tratamiento hormonal en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años. - 60 personas trans >16 años en seguimiento en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años. <p>Mamoplastia de aumento: según Cartera de servicios complementaria de cada comunidad autónoma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Docencia postgrado acreditada: El centro cuenta con unidades docentes o dispositivos docentes acreditados para psicología clínica, psiquiatría, endocrinología, pediatría y sus áreas específicas, cirugía plástica, estética y reparadora, urología y obstetricia y ginecología. - Participación en proyectos de investigación en este campo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ El centro dispone de un Instituto de Investigación acreditado por el Instituto Carlos III. - Participación en publicaciones sobre diferentes aspectos de la atención a las personas trans o con diversidad de género. - Realiza sesiones clínicas multidisciplinarias, que incluyan todas los Servicios o Unidades implicadas para la toma conjunta de decisiones y coordinación y planificación de tratamientos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los casos de la Unidad, en sesión multidisciplinar, quedando reflejado en las correspondientes actas. - La Unidad tiene un programa de formación continuada en la atención a las personas trans para los profesionales de la Unidad estandarizado y autorizado por la dirección del centro. - La Unidad tiene un programa de formación en la atención a las personas trans, autorizado por la dirección del centro, dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria. - La Unidad tiene un programa de formación en la atención a las personas trans dirigido a personas atendidas y familias, autorizado por la dirección del centro, impartido por personal médico y de enfermería (charlas, talleres, jornadas de diálogo...).
---	--

<p>► Recursos específicos del CSUR:</p> <p>- Recursos humanos necesarios:</p> <p>Formación básica de los miembros del equipo ^a:</p> <p>- Equipamiento específico necesario para la adecuada atención a las personas trans o con diversidad de género:</p>	<p>- El CSUR tendrá carácter multidisciplinar y estará formado por una Unidad básica y diversas Unidades que colaboran en la atención integral de las personas trans y actuarán de forma coordinada.</p> <p>La Unidad básica multidisciplinar estará formada, como mínimo, por el siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un coordinador asistencial, que garantizará la coordinación de la atención de las personas trans por parte del equipo clínico de la Unidad básica y el resto de las unidades que colaboran en la atención de las personas trans. El coordinador será uno de los miembros de la Unidad. - Atención continuada del equipo médico-quirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El centro cuenta con un protocolo, consensado por la Unidad y el Servicio de Urgencias y autorizado por la Dirección del centro, de la actuación coordinada de ambos cuando acude a Urgencias una persona trans. - Resto personal de la Unidad: <ul style="list-style-type: none"> - 1 endocrinólogo/a - 1 pediatra con dedicación exclusiva a endocrinología - 1 profesional de salud mental (psicólogo clínico/psiquiatra) - 1 ginecólogo/a con experiencia - 1 urólogo/a con experiencia - 1 otorrinolaringólogo/logopeda - 1 cirujano/a plástico - 1 gestor de casos - Personal de enfermería y quirófano - Coordinador de la Unidad con experiencia de, al menos, 4 años en la atención a las personas trans. - Todos los profesionales del equipo multidisciplinar deben tener al menos 2 años de experiencia en la atención a personas trans. - Personal de enfermería y quirófano, con entrenamiento específico en la atención con personas trans. - Equipamiento necesario para el área quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> - Mesas de quirófano aptas para colocación de perneras neumáticas y posición semisentado - Perneras neumáticas - Instrumental quirúrgico, incluyendo dilatadores - Torre de laparoscopia y material de laparoscopia específico - Microscopio quirúrgico - Disponibilidad hospitalización adultos
---	---

<p>► Recursos de otras unidades o servicios además de los del propio CSUR necesarios para la adecuada atención a las personas trans o con diversidad de género:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad directa de las personas y de los profesionales de los centros donde habitualmente les atienden, a los recursos de la Unidad, mediante vía telefónica, email o similar. <p>El hospital debe disponer de los siguientes Servicios/Unidades, que tendrán experiencia en la atención a personas trans:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de endocrinología - Servicio/Unidad de psiquiatría/psicología clínica - Servicio/Unidad de cirugía plástica y reparadora para vaginoplastias y disponibilidad de programa de cirugía masculinizante genital (metoidioplastia) - Servicio/Unidad de anestesia - Servicio/Unidad de cuidados intensivos - Servicio/Unidad de otorrinolaringología - Servicio/Unidad de ginecología - Servicio/Unidad de urología - Servicio/Unidad de cirugía general y digestivo - Servicio/Unidad de radiodiagnóstico - Laboratorio general y de hormonas - Servicio/Unidad de ginecología - Servicio/Unidad de trabajo social <p>Para consultas no quirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de endocrinología pediátrica - Servicio/Unidad de psiquiatría infantil
<p>► Seguridad:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma, realizada por los profesionales de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas. - La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. El centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. - La Unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño. - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos).

	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU). - La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (aplicable en caso de unidades con actividad quirúrgica). - La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo. - La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras de decúbito (aplicable en caso de que la unidad atienda personas de riesgo).
<p>► Existencia de un sistema de información adecuado:</p>	<p>El hospital codifica con la CIE.10.ES y recoge los datos del registro de altas de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Unidad tiene codificado el RAE-CMBD de alta hospitalaria en el 100% de los casos. <p>- La Unidad dispone de un registro de personas trans atendidas, que al menos cuenta con los datos recogidos en el RAE-CMBD.</p> <p>La Unidad debe disponer de los datos precisos que deberá remitir a la Secretaría del Comité de Designación de CSUR para el seguimiento anual de la unidad de referencia.</p>
<p>► Indicadores de procedimiento y resultados clínicos del CSUR^b:</p>	<p>Los indicadores se concretarán con las Unidades que se designen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad cuenta con los siguientes protocolos, actualizados y conocidos por todos los profesionales de la Unidad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo estandarizado de actuación clínica desde la fase inicial del proceso, debiendo incluir la necesidad de solicitar el consentimiento informado en cada fase del tratamiento. ▪ Protocolo de seguimiento postquirúrgico que contemple, al menos, que las personas operadas deben ser revisados tantas veces como se requiera y un último control al año de la intervención. ▪ Protocolo de optimización de estado de salud: En las personas que sean susceptibles de realizar cualquier tipo de intervención quirúrgica se aplicará el protocolo de optimización de estado de salud física y psicosocial, como garantía de acceso a estas prestaciones minimizando el riesgo de complicaciones. Este protocolo se basa en las recomendaciones de la WPATH (Sociedad Profesional Mundial de la atención a las Personas Trans), y en la bibliografía científica existente respecto a este tipo de procedimientos. ▪ Protocolo de optimización preoperatoria para procedimientos quirúrgicos (en anexo I)

	<p>- Un manual interno de procedimientos, donde se establezcan deberes y competencias de cada uno de los profesionales integrantes de la Unidad.</p> <p>La Unidad mide los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de eventos cardiovasculares, neoplásicos o metabólicos en el seguimiento atribuibles al tratamiento hormonal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ eventos protrombóticos (ictus, IMA, TEP, TVP), poliglobulia, SAOS) - Complicaciones por cirugía: <ul style="list-style-type: none"> ▪ % intervenidos de mastectomía que precisen re-intervención ▪ % de necrosis de colgajos de neovagina en un año. ▪ % de fístulas recto-neovaginales y vesico-neovaginales en un año. ▪ % de fístulas y estenosis uretrales en genitoplastias masculinizantes en un año. ▪ % de estenosis de meato urinario en un año. ▪ % de infecciones de la herida quirúrgica en genitoplastia en un año. - % de personas con valoración postcirugía (Las personas operadas deben ser revisados durante el primer año una media de 3 veces en consulta como seguimiento y control de postquirúrgico inmediato durante los primeros seis meses, finalizando con un último control al año de la intervención).
--	---

^a Experiencia avalada mediante certificado del gerente del hospital.

^b Los estándares de resultados clínicos, consensuados por el grupo de expertos, se valorarán, en principio por el Comité de Designación, en tanto son validados según se vaya obteniendo más información de los CSUR. Una vez validados por el Comité de Designación se acreditará su cumplimiento, como el resto de los criterios, por la S.G. de Calidad Asistencial.

ANEXO I: PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

La atención sanitaria a las personas trans debe ofertarse en un marco de garantía y ajustada a los máximos estándares de calidad disponibles. Toda intervención irreversible debe estar adecuadamente justificada dado que estas actuaciones se realizan sobre cuerpos sanos. Un modelo garantista, tal como propone y describe en la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI incluye un equipo de profesionales expertos con experiencia suficiente. Los procedimientos englobados dentro de la cirugía feminizante o masculinizante son intervenciones que permiten obtener cambios en la anatomía, con el fin de alcanzar un aspecto y funcionalidad que sea más congruente con el género de la persona trans. Una de las particularidades de estas intervenciones, es que se realizan en personas sanas, lo que permite que las cirugías se puedan diferir hasta que el usuario se encuentre en unas condiciones óptimas de salud, tanto física como mental, para afrontar la intervención exponiéndose al mínimo riesgo posible.

El consumo de tabaco ha sido asociado con peores resultados en cirugía y un incremento de las tasas de complicaciones, incluyendo complicaciones generales, necrosis tisular y la necesidad de revisión quirúrgica¹. El hábito tabáquico también se ha visto asociado a un aumento en el riesgo de infección postoperatoria². Se ha observado en diversos estudios que el uso de tabaco afecta el proceso de cicatrización después de cualquier cirugía, incluyendo algunas técnicas específicas de la cirugía de las personas trans (por ejemplo, cirugía reconstructiva de pecho, cirugía genital)³. Estudios adicionales han reportado un mayor riesgo de necrosis cutánea, cicatrización retardada de heridas y trastornos cicatriciales debido a la hipoxia e isquemia tisular en personas fumadoras⁴. Teniendo en cuenta esto, desde la propia WPATH (World Professional Association on Transgender Health) se recomienda dejar de consumir tabaco/nicotina antes de la cirugía de afirmación de género y abstenerse de fumar durante varias semanas después de la cirugía hasta que la herida haya sanado completamente¹⁻⁹.

La obesidad, el sobrepeso, y el consumo de drogas también se han visto asociados a mayores tasas de complicaciones postoperatorias en cirugías reconstructivas en diversos estudios¹⁰⁻¹³.

Existen otros factores adicionales, como la no disposición de apoyo social o económico para afrontar el postoperatorio, que adquieren gran importancia, ya que el incumplimiento de las pautas postoperatorias por dichas limitaciones puede desencadenar en la aparición de complicaciones severas, irreversibles, e incluso mortales. Por tanto, en los casos de personas vulnerables y sin recursos o con soporte socioeconómico inadecuado, se deben movilizar los recursos sociales adecuados para verificar que se podrá cumplir adecuadamente con el postoperatorio.

Los siguientes criterios de acceso se han desarrollado con dos objetivos principales:

- Minimizar la probabilidad de realizar cirugías irreversibles en personas que pudieran volver atrás en su proceso de transición.
- Optimizar la situación basal del paciente con el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones al que se expondrán al someterse a estas intervenciones.

VAGINOPLASTIA

Criterios generales para Vaginoplastia:

- Incongruencia de género persistente y documentada.

- La usuaria debe ser valorada por el equipo multidisciplinar del CSUR y concluir si la indicación de la cirugía es correcta siempre que el tratamiento hormonal este ajustado, se hayan valorado los factores de riesgo asociados en el caso de que existieran y la persona cuenta con la capacidad de tomar decisiones con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
- Edad \geq 18 años.
- 12 meses continuos de adherencia y buena tolerancia al tratamiento estrogénico.
- Foto depilación genital.

Criterios de exclusión absolutos

- Fumadora activa, o ex fumadora desde hace menos de 2 meses. Se evaluará mediante cooximetría el consumo de tabaco, el día de la primera consulta, en la cita preoperatoria, y el día de antes de la cirugía.
- Consumo de drogas de efecto vasoconstrictor o dependencia de alcohol. Si se encuentra en tratamiento por estas condiciones, debe haber permanecido sin consumir estas sustancias durante al menos 1 año.
- No disposición de un soporte socioeconómico adecuado para cumplir con las pautas de cuidados postoperatorios. Ante la duda sobre la existencia de un buen soporte socioeconómico, se contactará con trabajo social para garantizar que se pueda realizar un adecuado cumplimiento del postoperatorio.
- IMC >30 kg/m².
- Personas que presenten infección activa, y en caso de VIH+, deben presentar adecuado control de enfermedad, con carga viral negativa.

Criterios de exclusión relativos

- Presencia de alguna morbilidad significativa que incremente la posibilidad de sufrir complicaciones tras la cirugía.

METOIDIOPLASTIA

Criterios generales para Metoidioplastia

- Incongruencia de género persistente y documentada.
- El usuario debe ser valorado por el equipo multidisciplinar del CSUR y concluir si la indicación de la cirugía es correcta siempre que el tratamiento hormonal este ajustado, se hayan valorado los factores de riesgo asociados en el caso de que existieran y la persona cuenta con la capacidad de tomar decisiones con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
- Edad \geq 18 años.
- 24 meses continuos de adherencia y buena tolerancia al tratamiento androgénico.

Criterios de exclusión absolutos

- Fumador activo, o ex fumador desde hace menos de 2 meses. Se evaluará mediante cooximetría el consumo de tabaco, el día de la primera consulta, en la cita preoperatoria, y el día antes de la cirugía.
- Consumo de drogas de efecto vasoconstrictor o dependencia de alcohol. Si se encuentra en tratamiento por estas condiciones, debe haber permanecido sin consumir estas sustancias durante al menos 1 año.

- No disposición de un soporte socioeconómico adecuado para cumplir con las pautas de cuidados postoperatorios. Ante la duda sobre la existencia de un buen soporte socioeconómico, se contactará con trabajo social para garantizar que se pueda realizar un adecuado cumplimiento del postoperatorio.
- IMC >30 kg/m².
- Personas que presenten infección activa, y en caso de VIH+, deben presentar adecuado control de enfermedad, con carga viral negativa.

Criterios de exclusión relativos

- Presencia de alguna morbilidad significativa que incremente la posibilidad de sufrir complicaciones tras la cirugía.

MASTECTOMÍA

Criterios generales para Mastectomía

- Incongruencia de género persistente y documentada.
- El usuario debe ser valorado por el equipo multidisciplinar del CSUR y concluir si la indicación de la cirugía es correcta siempre que el tratamiento hormonal este ajustado, se hayan valorado los factores de riesgo asociados en el caso de que existieran y la persona cuenta con la capacidad de tomar decisiones con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
- Edad >= 18 años.

Criterios de exclusión absolutos

- Fumador activo, o ex fumador desde hace menos de 2 meses. Se evaluará mediante cooximetría el consumo de tabaco, el día de la primera consulta, en la cita preoperatoria, y el día de antes de la cirugía.
- Consumo de drogas de efecto vasoconstrictor o dependencia de alcohol. Si se encuentra en tratamiento por estas condiciones, debe haber permanecido sin consumir estas sustancias durante al menos 1 año.
- No disposición de un soporte socioeconómico adecuado para cumplir con las pautas de cuidados postoperatorios. Ante la duda sobre la existencia de un buen soporte socioeconómico, se contactará con trabajo social para garantizar que se pueda realizar un adecuado cumplimiento del postoperatorio.
- IMC >30 kg/m².
- Personas que presenten infección activa, y en caso de VIH+, deben presentar adecuado control de enfermedad, con carga viral negativa.

Criterios de exclusión relativos

- Presencia de alguna morbilidad significativa que incremente la posibilidad de sufrir complicaciones tras la cirugía.

ALGORITMO DE DERIVACIÓN:

- Se contará para dicha derivación un consentimiento específico adecuadamente informado.
- Las consultas, aunque eminentemente quirúrgicas, podrán ser también no quirúrgicas con el fin de resolver casos con especial dificultad y que no puedan ser resueltas en sus Unidades de origen o en sus Comunidades Autónomas.

- Aquellas consultas no quirúrgicas que no requieran desplazamiento del usuario se podrán realizar de moda telemática mediante los medios que cada centro tenga establecido.
- Antes de las actuaciones quirúrgicas irreversibles el caso será presentado en el comité clínico para que sea conocido por el equipo multidisciplinar y con la finalidad de establecer las mejores estrategias para garantizar una actuación global, completa y de calidad.

Bibliografía específica que apoya este Anexo sobre optimización quirúrgica

1. Yoong SL, Tursand/Espaignet E, Wiggers J et al. Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. 2020. World Health Organization
2. Coon D, Tuffaha S, Christensen J et al. Plastic surgery and smoking: A prospective, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2013; 131(2), 385–391
3. Kaoutzani C, Winocour J, Gupta V et al. Theeffectof smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*. 2019; 39(1), 109–119
4. Pluvy I, Garrido I, Pauchot J et al. Smoking and plasticsurgery, part I. Pathophysiologicalaspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 2015; 60(1), e3–e13.
5. Matei S, Danino MA. Smoking and plasticsurgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*. 2015 60(1), e71–e72.
6. Wang CY, Dudzinski J, Nguyen D et al. Association of Smoking and Other Factors with the Outcome of Mohs Reconstruction Using Flaps or Grafts. *JAMA Facial Plast Surg*. 2019 Sep 1;21(5):407-413.
7. Timmermans FW, Westland PB, Hummelink S et al. A retrospective investigation of abdominal visceral fat, bodymassindex (BMI), and active smoking as riskfactors for donor site woundhealing complications after free DIEP flapbreastreconstructions. *J Plast ReconstrAesthetSurg*. 2018 Jun;71(6):827-832.
8. Kinsella JB, Rassekh CH, Wassmuth ZD et al. Smoking increases facial skin flapcomplications. *Ann OtoRhinolLaryngol*. 1999 Feb;108(2):139-42.
9. Klasson S, Nyman J, Svensson H et al. Smoking increases donor site complications in breastreconstructionwith DIEP flap. *J Plast Surg Hand Surg*. 2016 Dec;50(6):331-335.
10. Iamaguchi RB, de Moraes MA, Silva GB.IS OBESITY A RISK FACTOR FOR FREE VASCULARIZED FIBULAR FLAP COMPLICATIONS?. *Acta OrtopBras*. 2019 Jul-Aug;27(4):192-196
11. Beugels J, Hoekstra LT, Tuinder SM et al. Complications in unilateral versus bilateral deep inferior epigastric arteryperforator flapbreastreconstructions: A multicentre study. *J Plast ReconstrAesthetSurg*. 2016 Sep;69(9):1291-8.
12. Mather TL, Tobin CA, Doren EL et al. Rates of major complications and flaplossforabdominallybasedbreastreconstruction in obese patients are independent of WHO class of obesity. *J Plast ReconstrAesthetSurg*. 2023 Nov;86:165-173
13. Barnes LL, Lem M, Patterson A. et al. Relationship Between BMI and Outcomes in Microvascular Abdomen-BasedAutologousBreastReconstruction. *Plast ReconstrSurg*. 2023 May 1.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013
2. Barnes LL, Lem M, Patterson A et al. Relationship Between BMI and Outcomes in Microvascular Abdomen-Based Autologous Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2023 May 1.
3. Beugels J, Hoekstra LT, Tuinder SM et al. Complications in unilateral versus bilateral deep inferior epigastric artery perforator flap breast reconstructions: A multicentre study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016 Sep;69(9):1291-8.
4. Coleman E, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. Disponible en <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
5. Coon D, Tuffaha S, Christensen J et al. Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2013; 131(2), 385-391
6. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E. Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20:585-591.
7. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, Martínez Tudela J, Berhero T, Oliveira G et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit*. 2012;26:203-9.
8. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
9. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, Morillas-Ariño C. Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012-2021). *J Sex Med*. 2023 Feb 27;20(3):377-387. doi: 10.1093/jsxmed/qdac034. PMID: 36763946.
10. Expósito-Campos P, Gómez-Balaguer M, Hurtado-Murillo F, García-Moreno RM, Morillas-Ariño C. Medical detransition following identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health* 2021; 18(6) 498-501 <http://doi.org/10.1071/SH21089>
11. Falcone M, Timpano M, Ceruti C et al. A Single-center Analysis on the Learning Curve of Male-to-Female Penoscrotal Vaginoplasty by Multiple Surgical Measures. *Urology*. 2017 Jan;99:234-239
12. Godlewski J. Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. *Arch Sex Behav* 1988; 17:547-8.
13. Gómez Balaguer M, Solá Izquierdo E, Garzón Pastor S, García Torres S, Cubells Cháscales P, Hernández Mijares A. En: Becerra A ed. *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003. p. 59-63.
14. Gómez E, Trilla A, Godas T, Halperin I, Puig M, Vidal A, Peri J. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (5): 295-302.
15. Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínico en los últimos años. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*. 2006; 78: 55-64.
16. Gómez Balaguer M, Cabrera García P, Tomé García M "Incongruencia de género. Papel de la endocrinología en la atención integral a las personas transgénero y con diversidad sexogenérica". *Manual del residente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición 2023*
17. Gómez Balaguer M. *Medicina transgénero y atención psicosanitaria a las personas con diversidad de género*. En: Roznan C, Cardellach F. Farreras Roznan. *Medicina interna*. 20.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2024. [In press].-
18. Gómez-Gil E (2020). Atención sanitaria a la transexualidad y diversidad de género en España. En: *Atención sanitaria de la transexualidad y diversidad identitaria*. Hurtado Murillo F. y Gómez Balaguer M. Edit. Editorial Sotavento pp21-31.

19. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaráz M, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M et al. Grupo GIDSEEN. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. *RevEsp Salud Pub.*2020;94(16): 1-14
20. Iamaguchi RB, de Moraes MA, Silva GB. IS OBESITY A RISK FACTOR FOR FREE VASCULARIZED FIBULAR FLAP COMPLICATIONS?. *Acta OrtopBras.* 2019 Jul-Aug;27(4):192-196
21. *Johns MM.* Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students. *MWR / January 25, 2019 / Vol. 68 / No. 3*
22. Kaoutzanis C, Winocour J, Gupta V et al. Theeffectof smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal.* 2019; 39(1), 109–119
23. Kinsella JB, Rassekh CH, Wassmuth ZD et al. Smoking increases facial skin flapcomplications. *Ann OtolRhinolLaryngol.* 1999 Feb;108(2):139-42.
24. Klasson S, Nyman J, Svensson H et al. Smoking increases donor site complications in breast reconstruction with DIEP flap. *J Plast Surg Hand Surg.* 2016 Dec;50(6):331-335.
25. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
27. Matei S, Danino MA. Smoking and plasticsurgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique.* 2015 60(1), e71–e72.
28. Mather TL, Tobin CA, Doren EL et al. Rates of major complications and flaplossforabdominallybasedbreastreconstruction in obese patients are independent of WHO class of obesity. *J Plast ReconstrAesthetSurg.* 2023 Nov;86:165-173
29. Maurer V, Howaldt M, Feldmann I et al. Penile Flap Inversion Vaginoplasty in Transgender Women: Contemporary Morbidity and Learning-Curve Analysis From a High-Volume Reconstructive Center. *Front Surg.* 2022 Feb 23;9:836335
30. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez-Balaguer M, Rica Texevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *An Pediatr (Barc)* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.002>
31. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE-A-2023-5366.
32. OMS:. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.
33. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2020: 67(9)562-567 <http://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
34. Pluvy I, Garrido I, Pauchot J et al. Smoking and plasticsurgery, part I. Pathophysiologicalaspects: Update and proposed recommendations. *Annales de ChirurgiePlastiqueEsthétique.* 2015; 60(1), e3–e13.
35. Timmermans FW, Westland PB, Hummelink S et al. A retrospective investigation of abdominal visceral fat, bodymassindex (BMI), and active smoking as risk factors for donor site wound healing complications after free DIEP flapbreastreconstructions. *J Plast ReconstrAesthetSurg.* 2018 Jun;71(6):827-832.
36. *Conron KJ et al* TrasgenderHealth in Massachusetts: Results From a Household Probability Sample of Adults (2012).. *Am J Public Health* 2012.
37. Yoong SL, Tursand’Espaignet E, Wiggers J et al. Tobacco and postsurgicaloutcomes: WHO tobacco knowledge summaries. 2020. World Health Organization

38. Wang CY, Dudzinski J, Nguyen D et al. Association of Smoking and Other Factors With the Outcome of Mohs Reconstruction Using Flaps or Grafts. *JAMA Facial Plast Surg.* 2019 Sep 1;21(5):407-413.
39. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students — 19 States and Large Urban School Districts, 2017. Michelle M Johns PhD and cols. *MWR* / January 25, 2019 / Vol. 68 / No. 3